À NOTRE SANTÉ !

Balises pour une définition féministe et inclusive

Étude 2024

vie féminine

À NOTRE SANTÉ !

Balises pour une définition féministe et inclusive

Étude 2024

Bureau d'étude
Vie Féminine

Toutes nos publications sont téléchargeables sur notre site
www.viefeminine.be/publications-ressources

vie féminine

TABLE DES MATIERE

TABLE DES MATIERE 2

INTRODUCTION ET CONTEXTUALISATION 4

LA SANTÉ À VIE FÉMININE – FIL HISTORIQUE 6

Résonances avec l'histoire et le travail de terrain du Mouvement 7

Semaine d'étude 2023 : plusieurs objectifs entre réactualisation et zones à creuser . 9

ACTUALISATION À LA SUITE DE LA SEMAINE D'ÉTUDE 12

1 - LA SANTE A L'INTERSECTION DES TROIS SYSTEMES DE DOMINATION 12

Une vision universaliste créatrice de violences 13

[À l'intersection du racisme, sexisme, capitalisme, penser d'autres dominations : transphobies et transidentités] 15

Non-recours à la santé 18

Stratégies d'évitement 18

Prise en charge biaisée 18

Environnement nocif, santé en danger 20

2 - LA SANTE MENTALE, PART ENTIERE DE LA SANTE 22

Précarité, isolement, racisme et santé mentale 22

Santé mentale et violences 25

La santé mentale : conceptions et organisations 26

3 – PROSPECTIONS 30

La sexualité 30

Grossophobie 30

Violences gynécologiques et obstétricales 31

Nos corps, nos droits ! 31

4 - BILANS DE SANTÉ 32

Financement 32

Accessibilité pour toustes et information 33

Rapport personnel soignant.e.s / patient.e.s 33

Chaine de soins et autonomie 34

[Quid des handicaps visibles et invisibles ?] 35

Prévention primaire 35

Échanger 36

CONCLUSION 38

INTRODUCTION ET CONTEXTUALISATION

Depuis la création de Vie Féminine, le sujet de la santé est abordé sous plusieurs aspects : alimentation, maladies professionnelles, IVG, sport pour toutes, santé mentale, etc. La santé est un élément crucial, sur laquelle on ne peut faire l'impasse. Elle concerne tout le monde : comme préoccupation individuelle de tous les jours, mais aussi, et surtout, en tant qu'enjeu collectif de société. Comment assure-t-on une santé accessible et inclusive à toutes et tous ? De quelle manière pourrions-nous être une société en bonne santé ?

Dès lors, nous voulons continuer à considérer le sujet comme une des préoccupations centrales de notre Mouvement.

Nous voulons mettre le doigt sur ce qu'est une santé véritablement féministe et inclusive et lutter pour y parvenir.

Parce qu'il n'est pas normal que les femmes pauvres soient davantage confrontées à des problèmes dentaires en raison du coût trop élevé des soins. Parce qu'il n'est pas normal que certaines femmes racisées voient leur santé se dégrader plus rapidement parce qu'on n'a pas su écouter convenablement et considérer à temps leurs plaintes. Parce qu'il n'est pas normal que la plupart du temps ce soit des femmes qui se préoccupent de la santé des autres, pour finalement voir leur propre santé passer à la trappe. Mais surtout, ce n'est pas normal que notre santé dépende de notre revenu, de notre genre, de notre couleur de peau, etc.

Cependant, bien que la thématique fasse partie intégrante du Mouvement, quelques sujets sont à dépoussiérer. Avant toute chose, nous avons voulu, prendre du temps pour prospecter, dans tous les sens, sur la thématique de la santé.

Cette prospection a eu lieu lors de la Semaine d'étude 2023 de Vie Féminine intitulée « À notre santé ! ». Ensemble, nous avons réfléchi sur la santé à l'aune des trois systèmes de dominations : sexisme, racisme, capitalisme. Nous avons pensé la santé sous de multiples facettes : sexualité, maladies professionnelles, santé dentaire, transidentités, dépossession des savoirs, etc. Nous l'avons questionnée, retournée dans tous les sens, pour finalement, aujourd'hui, publier nos balises pour une définition féministe et inclusive de la santé. Ces balises sont non-exhaustives tant le sujet de la santé est large et mérite une attention continue.

Pour définir ce qu'implique une approche féministe de la santé, nous commencerons par retracer l'évolution historique de la perception de la santé au

sein de Vie Féminine depuis ses débuts. Ensuite, nous actualiserons notre définition en tenant compte des savoirs et des échanges qui ont rythmé nos trois jours de Semaine d'étude prospective sur le sujet de la santé.

LA SANTÉ À VIE FÉMININE – FIL HISTORIQUE

Dans une note de travail de 2011, Vie Féminine avait élaboré sa conception pluridimensionnelle de la santé. Cette vision s'appuie sur la définition de 1946 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (qui n'a pas été modifiée depuis) caractérisant la santé comme étant un « *état de complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette conception de la santé permet de sortir de l'unique prisme médical et scientifique pour privilégier une vision plus générale, comprenant, par exemple, la dimension de bien-être. De cette manière, elle rompt avec une vision hégémonique[1] de la santé considérée jusqu'alors presque exclusivement sous un point de vue médical, avec son flot de vocabulaires spécifiques à (tenter de) décrypter. De plus, selon la proposition de l'OMS, la santé mentale est intégrée comme un élément essentiel de la santé globale et non comme une catégorie secondaire. C'est également ce à quoi nous nous attachons, à Vie Féminine.

Cependant, cette définition de la santé fait abstraction de toute une partie de la dimension politique qu'elle peut revêtir, telle que les différents rôles endossés par les femmes dans ce domaine. Le hors-série n° 195-196 du magazine *axelle*, a mis en évidence cette implication des femmes dans le domaine de la santé à différents niveaux. Tour à tour, selon les circonstances, la situation ou les temps de vie, les femmes sont donneuses de soins, receveuses de soins et pourvoyeuses de soins à la société. Dans le domaine de la santé aussi, quand les femmes s'arrêtent, le monde s'arrête.

Notre approche de la santé s'ancre sur un modèle de *continuum* de soins. Il s'agit de considérer la santé dans un processus long, constitué de différentes étapes et besoins/revendications : de la naissance à la fin de vie. « Nos corps, nos choix », jusqu'au bout. En tant que mouvement d'éducation permanente féministe, nous considérons, de manière inévitable, la question de la santé en lien avec les contextes sociopolitiques et économiques spécifiques, impactant directement nos états. C'est dans la prise en compte des réalités de la vie quotidienne des femmes que nous agissons. Depuis plus de 100 ans, nos revendications et nos actions se déclinent en fonction du contexte historique, d'enjeux propres à ces temporalités, mais surtout en fonction des besoins spécifiques rencontrés par les femmes.

[1] Une vision hégémonique de la santé est une vision dominante de la santé par rapport aux autres visions existantes dans la société. C'est celle qui a le plus de poids, celle qui devient une norme.

Résonances avec l'histoire et le travail de terrain du Mouvement

La question de la santé doit, en Europe occidentale et notamment en Belgique (et donc *de facto* pour les femmes de Vie Féminine), être resituée dans un contexte historique particulier : celui de la *déféminisation* des savoirs. Alors que durant de nombreuses années, les femmes avaient acquis des savoirs empiriques liés à la santé, elles ont progressivement été évincées du domaine médical. D'une part en étant considérées comme hérétiques et chassées par l'Église et l'État ; et d'autre part, par la professionnalisation des pratiques médicales. La professionnalisation des soins de santé s'est construite *avec* les savoirs des femmes, mais *sans* elles. D'un savoir populaire, transmis, solidaire, pragmatique, le « savoir » autour de la santé devient « une affaire d'homme » [blancs et bourgeois] préférant se référer à l'Ordre divin (plutôt qu'aux observations empiriques). Les enjeux de pouvoir autour de la possession du savoir ont effacé les femmes d'une grande partie de l'histoire médicale hégémonique. Destituer les femmes de leurs savoirs a aussi été un moyen de contrôler leurs corps et leur santé (notamment leur fécondité).

Progressivement, la médecine a commencé à naturaliser des comportements et à y associer des remèdes. C'est le cas par exemple des femmes des classes moyennes ou supérieures qui devaient préserver leur énergie pour la consacrer entièrement à leurs organes de reproduction (selon une fameuse théorie de la « conservation de l'énergie ») (Lathuraz, 2023). Parce que naturellement, elles seraient chétives et devraient dédier leur vie à la reproduction. Cette façon de naturaliser les comportements s'est aussi faite auprès des personnes plus précaires, qui auraient soi-disant plus de maladies contagieuses par exemple. Dès lors, l'État et le domaine médical y voient une bonne raison de les contrôler. Il n'est pas étonnant que l'imbrication du sexisme, du classisme et du racisme se retrouve jusqu'à aujourd'hui dans les définitions de ce qui est « grave » et de ce qui ne l'est pas, de ce que signifie être en « bonne santé » ou non, de la définition du corps normatif (ou non), mais aussi dans les domaines et maladies qui suscitent intérêt et financements. Si les hommes [cisgenres] souffraient d'endométriose, il est fort à parier que des traitements contre ses symptômes auraient été une priorité du corps médical. S'ils accouchaient, on ne leur dirait sans doute pas que « cette douleur n'est rien par rapport au bonheur de donner la vie ». S'ils avaient des règles qui les pliaient en deux et les empêchaient de se lever, il est également très peu probable qu'on leur dise que « c'est normal d'avoir mal », et l'idée d'un congé menstruel ne semblerait pas si saugrenue.

Lorsqu'on se plonge dans les archives de Vie Féminine pour dresser une cartographie du travail réalisé autour de la question de la santé, il apparaît que le sujet a été systématiquement présent, abordé, travaillé, tout au long de notre histoire.

Au départ, il s'agissait principalement d'identifier les besoins que les femmes rencontraient et de les outiller pour qu'elles puissent se saisir de leur santé. Des ateliers étaient menés, des fiches informatives et de recommandations ont été créées sur de multiples sujets : soins palliatifs, drogues, santé bucco-dentaire, etc. À cette époque, l'accent était davantage mis, et ce n'est pas surprenant au regard du contexte sociohistorique, sur l'hygiène et la morale. La santé était principalement abordée à partir d'une vision familialiste dans laquelle la tâche du soin revenait à la mère.

Ainsi, à la fin du 19e siècle, les premières associations de femmes « Les Gouttes de lait » se développent, leur objectif est « *d'offrir conseil, alimentation et savon aux femmes, aux enfants démunis pour faire baisser le taux de mortalité au sein de cette population fragile* »[2]. Quand les Ligues Ouvrières Féminines Chrétiennes (LOFC) mettent sur pied un certain nombre de consultations pour enfants en créant les Services Maternels et Infantiles (SMI) en 1926., c'est à partir de cette même vision.

Cependant, ce qui distingue Vie Féminine, c'est son ancrage de terrain, sa capacité à rester fidèle aux besoins des femmes, à les écouter et à évoluer en conséquence. En 1921, les femmes de Vie Féminine luttaient « contre la vente de moyens anticonceptionnels »[3]. 50 ans plus tard, dans la lignée de l'affaire Peers[4] et lorsque l'information sur la contraception est dépénalisée en Belgique [1973], Vie Féminine, répondant à la sollicitation du ministère de la Santé publique et de la vie, formera des animatrices pour diffuser les principes de la « parentalité responsable » afin de sensibiliser les femmes chrétiennes des milieux populaires et les informer sur les différentes méthodes de contraception. Cela ne signifie pas pour autant qu'elles prennent clairement position en faveur de l'avortement, la question restant clivante dans le milieu chrétien et pour une partie du public de Vie Féminine. Mary Malevez dans le podcast d'*axelle* « La lame de fond permanente » rappelle que c'est une position qui ne va pas de soi pour une

[2] https://www.viefeminine.be/notre-histoire
[3] *Vie Féminine, 100 ans de mobilisation féminine,* CARHOP, p.45
[4] C'est le 16 janvier 1973 qu'éclate l'*Affaire Peers* : le gynécologue est arrêté sur dénonciation anonyme pour avoir procédé à environ 300 avortements. La campagne nationale pour la libération du docteur Peers servira de moteur au mouvement qui débouchera sur la légalisation de l'avortement en Belgique. Le 3 avril 1990, le parlement belge vote la loi sur l'interruption volontaire de grossesse ; il reconnaît ainsi explicitement le droit des femmes à disposer de leur corps.

organisation catholique. Elle explique que quelques années auparavant, en 1968, le Pape avait rappelé avec force l'interdit portant sur la contraception.

Vers la fin du 20e siècle, on assiste à une politisation de la question de la santé (même si bien entendu, les revendications politiques ont toujours existé dans le Mouvement), faisant place à des revendications dénonçant les problèmes de santé liés directement au sexisme et à la précarité. Désormais, on parle de droits liés à la santé et du rapport aux institutions. C'est ainsi qu'en 1996, par exemple, la publication « Droits en santé : j'existe au féminin ? » est rédigée.

En 2011, Vie Féminine définit ses premières balises d'une approche féministe de la santé, y incluant par la même occasion la santé mentale qui devient non plus un sujet secondaire ou annexe, mais une composante intégrante de cette approche. La santé mentale est explicitement observée à l'aune des trois systèmes de domination.

Au fil des années, la question de la santé et du bien-être des femmes s'est déclinée sous de multiples formats, sous la forme de publications, mais également d'animations, de groupes de travail, dans des partenariats avec l'ONE, dans des cours de yoga, de sophrologie, de boxe, dans des articles d'*axelle*, en formations, dans des lettres destinées aux parlementaires, lors de Semaines d'Etude, etc.

La santé est un « objet total » chez Vie Féminine, il méritait donc d'être réactualisé à l'aune du contexte politique actuel et de notre grille de lecture des trois systèmes de dominations.

Semaine d'étude 2023 : plusieurs objectifs entre réactualisation et zones à creuser

Nous l'avons évoqué lors de l'ébauche historique de la thématique de la santé au sein de Vie Féminine, notre détermination à demeurer attentive aux [nouveaux] enjeux de société et aux besoins des femmes reste inchangée. Après avoir retracé le fil de notre histoire et analysé les différents enjeux ayant déjà été mis au travail, nous avons pu identifier des zones creuses et des questions laissées en suspens qui ont guidé nos réflexions lors de la Semaine d'étude. Plus de 10 ans s'étaient écoulés depuis cette dernière tentative de définition, le contexte politique a changé, les termes des débats aussi, de nouvelles thématiques ont émergé dans les priorités de Mouvement.

Par ailleurs, ce rapide tour d'horizon nous a permis de constater que la question de la santé avait certes été amplement travaillée, mais essentiellement dans le contexte du *care*, du soin aux autres.

Cette Semaine d'étude était l'occasion de nous recentrer spécifiquement sur la santé, sur nos santés, sur une santé *réellement* féministe et inclusive. Certaines de ces pistes ont pu y contribuer :

La santé est traitée à l'intersection des systèmes de domination du patriarcat et du capitalisme (plus précisément par rapport à la précarité), mais pas encore suffisamment avec celui du racisme. À Vie Féminine, depuis 2021, le racisme est considéré comme une priorité de Mouvement. Un travail significatif a été réalisé et nous disposons désormais de pratiques qui nous permettent d'affiner nos lectures.

La question de la santé mentale est principalement appréhendée à partir des causes sociales, environnementales, politiques, économiques des troubles ou maladies mentales. En plus d'un travail indispensable sur les causes, il serait intéressant d'élargir notre vision féministe de la santé pour y inclure des réflexions sur ce qui est considéré comme déviant dans la santé mentale et notre manière d'y faire face.

La santé peut être travaillée sous de multiples aspects (maladies chroniques, transidentités, sexualité, santé dentaire, etc.), profitons-en pour investiguer et élargir nos conceptions.

Alors, comment penser nos santés en 2023 ? Avec les réalités politiques, sociales, économiques, écologiques que nous connaissons aujourd'hui ? Comment les (re)penser après avoir traversé plusieurs années de pandémie, impactant considérablement la santé mentale de nombreuses femmes ? Comment penser la santé dans une vision féministe, lorsque les femmes sont, comme à chaque crise, prises aux fronts ? Quand la crise énergétique impose à nombre d'entre elles de devoir faire des choix se répercutant directement sur leur santé ? Quand le froid engendre des maladies ? Face aux dérèglements climatiques et à ses catastrophes, comment s'organiser et imaginer une santé pour toutes, prenant en compte les impacts (in)directs de ses crises sur nos corps ?

ACTUALISATION À LA SUITE DE LA SEMAINE D'ÉTUDE

Comme nous l'avons vu, cette Semaine d'étude avait pour objectif de s'emparer d'une thématique — la santé — tout en revêtant une fonction prospective. Nous avons retourné et questionné le sujet « santé » dans tous les sens, sous différentes dimensions dans l'objectif de se rapprocher de ce que nous considérons être une santé féministe. Évidemment, au vu de la grille de lecture qui guide notre travail chez Vie Féminine, réaffirmée lors de notre dernier Congrès identitaire d'octobre 2023, la première partie tente d'analyser la santé à travers le prisme des trois systèmes de dominations. En deuxième partie, nous ferons un focus sur la santé mentale, part intégrante de la santé globale, trop souvent mise de côté. Troisièmement, nous aborderons quelques sujets qui ont fait l'objet de prospections. Enfin, nous nous arrêterons sur les bilans de santé que nous avons dressés pour notre société. Ceux-ci traduisent nos revendications pour une santé plus inclusive.

1 - LA SANTE A L'INTERSECTION DES TROIS SYSTEMES DE DOMINATION

La santé doit être comprise à travers le prisme des trois systèmes de domination, si on la veut la plus inclusive possible. En effet, et cette Semaine d'étude nous a permis de remettre le doigt dessus : les dominations impactent directement nos santés, structurent les accès pour se soigner et organisent inéquitablement le travail lié à la santé. Nous allons l'observer en remontant le fil : depuis une approche universaliste de la santé à une prise en charge biaisée en passant par le non-recours à la santé et les stratégies d'évitement des patient.e.s.

Par « trois systèmes de domination », Vie Féminine entend le patriarcat, le capitalisme et le racisme. Les différents systèmes de dominations structurent nos sociétés à plusieurs niveaux : niveau interpersonnel (les interactions entre plusieurs personnes), au niveau institutionnel et au niveau sociétal (stéréotypes, etc.). Les différents niveaux se renforcent l'un l'autre. Le racisme opère une domination structurelle par rapport à l'origine ethnique (réelle ou supposée), le sexisme par rapport aux sexes et aux genres des individus et le capitalisme par rapport à la classe sociale.

Une vision universaliste créatrice de violences

Une des principales raisons d'une santé non inclusive est de penser des soins de santé « universels » ayant comme seule référence un homme blanc, en bonne santé, jeune et qui n'a pas de problème. Autrement dit : un idéal de la médecine, un modèle, un homme qui n'existe pas. C'est nier nos diversités, mais aussi les différentes discriminations qui agissent sur nos corps, nos vécus, et finalement qui altèrent nos rapports à la santé. Une femme avec peu de moyens et ayant vécu des violences racistes risque d'avoir d'emblée une moins bonne santé. Il faut donc faire en sorte que le système de santé ne perpétue pas ces inégalités. Pour cela, nous devons visibiliser noS santéS, mais aussi, les discriminations vécues qui peuvent avoir un impact direct sur nos corps.

Cette norme universelle (de l'homme en bonne santé) s'observe aussi dans la recherche médicale et dans les sujets qu'elle décide de prioriser. Par exemple, les cystites, qui sont des inflammations de la vessie, sont peu documentées. Pourtant, elles touchent beaucoup de femmes et peuvent être très douloureuses. Le cas de l'endométriose est un autre exemple particulièrement significatif du manque de recherche sur les maladies qui touchent plus spécifiquement les femmes.

Se pencher sur le sujet des essais cliniques nous permet également de mettre en lumière le manque de considération de la recherche médicale sur les corps qui ne sont pas ceux d'hommes blancs cisgenres en bonne santé. Anissa D'Ortenzio, chargée d'études chez Soralia, nous explique que cette norme amène à avoir des prescriptions médicales qui ne sont pas adaptées à certaines femmes. Des effets secondaires imprévus ou des cœurs artificiels adaptés seulement aux corps d'hommes cisgenres, trop gros pour être implantés dans d'autres corps[5].

L'exemple de la pilule contraceptive est emblématique. D'abord pensé pour les hommes, comme à l'accoutumée, le projet fut abandonné quand on a pris conscience des potentiels effets secondaires (rétrécissement des testicules) de cette pilule. La recherche s'est alors penchée sur les femmes, en utilisant des femmes placées en institution psychiatrique, puis des femmes d'origines portoricaines (sans leur consentement) pour tester les effets de ladite pilule. C'est ici un excellent exemple de la façon dont la recherche médicale peut être sexiste, raciste, mais également validiste[6]. Aujourd'hui, la pilule est toujours fréquemment

[5] Anissa D'Ortenzio, intervenante à la Semaine d'étude 2023, Atelier clef de lecture « Essais cliniques : une absurdité médicale pour les femmes ? ».
[6] Le validisme est une oppression systémique, comme le sont aussi le racisme, le sexisme, etc. C'est une domination à l'encontre des personnes porteuses d'un handicap (qu'il soit mental et ou physique).

l'objet d'erreurs médicales. Elle est par exemple fréquemment sous-dosée pour les personnes en surpoids, ce qui augmente le risque de grossesses non désirées.

La norme universaliste invisibilise aussi les vécus et les corps qui ne correspondent pas. Rachid Bathoum, socioéconomiste, chercheur associé à l'Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migrations (IRFAM), nous parle à ce propos de la violence induite par l'invisibilisation du racisme vécu. Que ce soit auprès des médecins, des travailleur.euse.s sociaux.ales, etc., il y a une tendance à renvoyer aux personnes racisées qui font part de leur récit, qu'elles se « victimisent ». Ce qui ajoute de la violence à la violence déjà vécue et relatée. Face à cela, les personnes mettent en place des stratégies, comme des « mécanismes de déni ou de banalisation de la discrimination subie » (Espace Sémaphore), qui ne sont pas sans incidence sur leur santé. En fait, il faut « penser les effets des discriminations raciales [sexistes, capitalistes] comme un problème de santé publique »[7].

Il est aussi important de rappeler l'importance de décoloniser nos imaginaires, mais donc aussi nos manières de faire et de penser le « système santé ». Cela comprend aussi de rendre compte de la blanchité comme système de référence universel avec tous les privilèges que ça implique.

[7] Rachid Bathoum, intervenant à la Semaine d'étude 2023, Conférence incontournable « Toutes (in)égales face à la santé ? ».

À l'intersection du racisme, sexisme, capitalisme, penser d'autres dominations : transphobies et transidentités

Critiquer la vision universaliste de la santé nous amène à nous pencher sur les diversités de corps et d'identités, et donc, aussi sur les transidentités. Ce sujet commence de plus en plus à se faire une place au sein de Vie Féminine. Lors du Congrès identitaire de 2023, nous avons acté la motion suivante : « Vie Féminine est consciente des oppressions spécifiques et systémiques subies par les femmes lesbiennes, bisexuelles et trans. En tant que Mouvement féministe, nous souhaitons contribuer à une société vraiment inclusive. Dans un premier temps, nous nous engageons à mettre en place, le plus rapidement possible, une sensibilisation de notre réseau (via des formations, des ateliers, des animations, des stands, etc.), basé sur la récolte des vécus, besoins et réalités concrètes de terrain ».

Cette motion vient appuyer le travail de cartographie entamé en mai 2023 par le Mouvement sur le sujet des transidentités. L'objectif est de compiler tous les endroits où le sujet est abordé à Vie Féminine : de l'astérisque ajouté au mot « femmes », aux femmes qui vérifient notre position sur l'accueil des personnes trans avant de s'investir dans le Mouvement, en passant par l'accompagnement d'une personne trans en transition dans un groupe local. D'un endroit à l'autre du Mouvement, les pratiques, les ressources et les positions ne sont actuellement pas les mêmes. Avec cette cartographie, nous amorçons un travail pour créer des balises communes au sein de tout le Mouvement.

Nous en avons aussi fait un sujet lors de la Semaine d'étude avec l'atelier « Les corps comme champs de bataille » animé par Nomi De Meulemeester, coordinatrice à la Maison Arc-en-Ciel de Namur. Cet atelier nous a amené à réinterroger les normes de genre, à les replacer systématiquement en rapport à un espace et à un temps spécifique. En effet, les normes de genre ne sont pas les mêmes dans la campagne ardennaise en 1700 que dans un quartier Bruxellois en 2010. On ne sera pas amenées à s'habiller de la même manière, à parler de la même façon ou à faire les mêmes choses.

Avec Nomi De Meulemeester, nous avons pris le temps de définir et comprendre ce que sont :

L'EXPRESSION DE GENRE D'UNE PERSONNE — elle peut s'observer en fonction de ce qu'elle dégage physiquement, « à travers ses vêtements, sa coupe de cheveux, sa voix, sa musculature, son comportement, son rôle social, etc. » (unicorn mrtino). Elle nous précise que les personnes transgenres peuvent avoir une pression sociale pour que leur expression de genre corresponde le plus possible à leur identité de genre. Par exemple, une femme transgenre qui ne s'épile pas risque de se prendre des commentaires sexistes, mais aussi transphobes. Face à cela, il faut adopter des stratégies.

L'IDENTITÉ DE GENRE— c'est la manière de se sentir « à l'intérieur de soi » : homme, femme, aucun des deux, etc.

CE QUE RECOUVRENT LES CARACTÉRISTIQUES SEXUELLES — elles sont composées d'éléments anatomiques, des hormones et des chromosomes. Sur le plan anatomique, les médecins utilisent un phallomètre pour décider s'il s'agit d'un pénis ou d'un clitoris. La mesure se situe jusqu'à 0,8 mm pour le clitoris et à minimum 2,5 cm pour le pénis. On a tendance à classer ces caractéristiques sexuelles de façon binaire avec d'un côté les caractéristiques « mâles » et de l'autre côté les caractéristiques « femelles ». Lorsqu'une personne a toutes ses caractéristiques d'un côté ou de l'autre, on dit qu'elle est dyadique. Sinon, elle est intersexe.

LES VARIATIONS INTERSEXES EXISTANTES — il y en a 23 différentes. C'est, par exemple, avoir des caractéristiques sexuelles globalement « femelles » et avoir une grande pilosité. Les variations intersexes concernent 4 % de la population, autrement dit, autant que les personnes rousses. Malgré le fait que ça ne représente pas forcément un risque médical d'avoir des variations intersexes, nombreuses sont les personnes qui ont subi des mutilations pour que toutes les caractéristiques sexuelles rentrent dans une même catégorie. De plus, les mutilations génitales infantiles demandent souvent des ajustements et d'autres opérations pendant la croissance de l'enfant ainsi que des accompagnements hormonaux. Alors, pourquoi se préoccuper autant que nos caractéristiques sexuelles soit d'une catégorie ou d'une autre ? Surtout lorsqu'on apprend que les mesures pour déterminer qu'une caractéristique sexuelle soit dite « mâle » ou « femelle » semblent parfois aléatoires (comme pour la mesure du pénis/clitoris).

LE SEXE ASSIGNÉ A LA NAISSANCE — Dans nos sociétés très binaires, le sexe assigné à la naissance est soit mâle soit femelle (bien que des variations intersexes existent, comme on l'a vu).

UNE PERSONNE TRANSGENRE est une personne dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance.

Nous sommes aussi revenues sur quelques dates historiques liées aux droits et à l'autodétermination des personnes LGBT (lesbiennes, gays, bis, trans). En 1970, c'est le début des mouvements LGBTQ. En 1990, l'Organisation mondiale de la Santé retire l'homosexualité de la liste des maladies mentales. On est également dans une période de ghettoïsation des personnes gays. En 2003, la Belgique autorise le mariage pour les personnes homosexuelles. En 2007, la Belgique acte sa première loi à propos des personnes trans. Nous sommes dans un contexte de psychiatrisation et stérilisation forcée des personnes trans. Autrement dit, si elles veulent changer de genre, elles doivent passer par la stérilisation. Finalement, en 2018, la Belgique acte le droit à l'autodétermination des personnes pour changer leur identité de genre sur leur état civil. Ce bref rappel historique nous permet de prendre du recul, d'observer à quel point il nous a fallu du temps, et beaucoup de sueur, pour octroyer des droits et une autonomie aux personnes trans.

Non-recours à la santé

Comme nous le rappelait Aurore Kesch, présidente de Vie Féminine, dans son introduction à la Semaine d'étude, les conditions socio-économiques des femmes les empêchent souvent d'octroyer du temps, de l'argent et de l'énergie à leur santé. Les femmes ont tendance à prendre avant tout soin de leurs proches, au détriment de leur propre santé. Avec des soins de santé trop chers, c'est l'effet en cascade assuré : elles sont par exemple nombreuses à reporter leurs soins dentaires, ce qui peut avoir un impact sur le reste du corps, notamment en matière d'équilibre. Ce sont aussi les femmes qui occupent la majorité des postes de soins ou liés à la santé, en étant très mal rémunérées et dans des conditions de travail déplorables. Aurore Kesch résume : « Il y a un tel écart entre ce que les femmes ont apporté depuis toujours à la santé, et la manière dont cette société accueille ces apports et pense leur santé ».

Stratégies d'évitement

Mais si les femmes vont moins consulter pour elles que pour les autres, c'est aussi pour s'éviter des commentaires sexistes, racistes, grossophobes, etc., ou des attitudes inappropriées. En effet, comme nous le disait aussi Aurore Kesh, les femmes « n'ont pas envie de recevoir un commentaire qui n'a rien à voir avec l'objet précis du rendez-vous, comme un commentaire sur leur poids » ou sur leur prétendue origine avec un « ici on fait comme ça ». Ces commentaires ont souvent l'allure d'injonctions. Et ces injonctions, parfois contradictoires (comme le fait de ne pas devoir être stressée, mais de devoir quand même s'occuper de tout), amènent à la culpabilisation. Le capitalisme peut tirer profit de ces injonctions et les alimenter. En créant de nouveaux besoins, le capitalisme amène les femmes à dépenser des fortunes pour tenter de correspondre à ce qu'on attend d'elles.

Prise en charge biaisée

La santé des femmes est aussi mise à mal par une prise en charge biaisée par les stéréotypes. Notamment dû à une norme universaliste comme on l'a vu précédemment. On considérera par exemple que c'est normal de ressentir de la douleur quand on a ses règles, alors qu'il s'agit parfois d'endométriose à prendre au sérieux. On minimisera la souffrance des personnes racisées, considérant qu'elles exagèrent, passant alors à côté d'un diagnostic ajusté. C'est ce qu'on appelle le syndrome méditerranéen. Une étude coordonnée par le professeur Xavier Bobbia, urgentiste au CHU de Montpellier, démontre qu'aux services

d'urgence, les femmes et les personnes noires sont moins prises au sérieux que les hommes et les personnes blanches. A un niveau d'urgence équivalent, les hommes sont dans 62 % des cas considérés comme prioritaires contre 49% pour les femmes. Quant aux personnes blanches, elles le sont à 58% contre seulement 47% pour les personnes noires. (Coisy et al., 2023). Au Royaume-Uni, les femmes noires ont cinq fois plus de risque de mourir de complications liées à la grossesse et à l'accouchement que les femmes blanches (Kasprzak, 2019). On passera à côté d'un diagnostic d'autisme, car les stéréotypes liés aux filles (introversion, sensibilité, etc.) correspondent aux caractéristiques de l'autisme ; alors qu'un petit garçon qui ne va pas jouer au ballon, cela suscite plus vite l'attention. Il faut donc combattre ces stéréotypes, parfois intériorisés.

Comme on l'a vu, les sujets « tabous » (comme la ménopause, les règles, etc.) ne sont pas toujours suffisamment explorés et manquent d'être sérieusement étudiés et investis (notamment en terme financier). Cela nous laisse alors avec des zones grises, des suppositions et des solutions non adaptées qui font parfois des dégâts.

Il faut également penser le système de santé en tenant compte des impacts directs et indirects de la violence des discriminations racistes sur les personnes. Surtout que, comme nous l'explique Rachid Bathoum, les effets des discriminations se reproduisent de génération en génération. On parle de « bagage traumatique ».

La (non-)reconnaissance des maladies professionnelles est également un bon exemple de cette mauvaise prise en charge. En effet, les maladies professionnelles n'échappent pas aux injustices. Laurent Vogel, chercheur à l'Institut syndical européen (ETUI), enseignant émérite à l'ULB, nous explique qu'il y a autant d'hommes que de femmes qui demandent à faire reconnaître leur maladie comme étant liée à leur travail.[8] Pourtant, en 2022, cette reconnaissance se fait dans 85 % des cas uniquement pour les hommes. Pour faire reconnaître une maladie professionnelle, soit la maladie est déjà inscrite dans une liste spécifique, qui est révisée régulièrement, soit il faut prouver soi-même que la maladie est uniquement due au travail. Or, toute maladie possède de multiples causes. Il est donc difficile de démontrer que celle-ci n'est pas due à autre chose que le travail. Et c'est d'autant plus le cas lorsque les questionnaires sont discriminatoires avec des questions telles que « Est-ce que vous avez des enfants ? Est-ce que vous les portez régulièrement ? », pour rejeter les liens entre troubles musculo-

[8] Laurent Vogel, intervenant à la Semaine d'étude 2023, Atelier clef de lecture « "Le travail c'est la santé", vraiment ? ».

squelettiques et travail de caissière, aide-ménagère, ou autre. En conséquence, presque toutes les incapacités permanentes des femmes sont ainsi rejetées.

À propos des listes spécifiques de maladies professionnelles, on y retrouve des maladies liées à des métiers principalement réalisées par des hommes (industrie lourde). On reconnaît moins les maladies professionnelles chez les femmes, pourtant, elles sont plus nombreuses que les hommes à être en incapacité de travail. Il y a différents enjeux à reconnaître les maladies professionnelles des femmes : sur le plan individuel, on est mieux indemnisé. Sur le plan collectif : si on reconnaît que certaines maladies sont liées au travail, on pourra avoir une prévention du travail plus adaptée.

Environnement nocif, santé en danger

Si la santé des personnes confrontées à des dominations est mise à mal, ce n'est pas seulement dû à une recherche biaisée, des comportements discriminatoires, une mauvaise prise en charge. Le lieu de vie, l'endroit où on travaille, celui où on dort, sont des facteurs déterminant une bonne partie de notre santé. Or, en fonction de nos richesses, de notre prétendue origine ou de notre genre, on sera plus ou moins soumis aux stress, à la pollution environnementale, à la chimie de synthèse, à des violences, à un air plus ou moins saturé, etc.

Dans une recherche menée par Solidaris, iels expliquent que « les moins bons habitats concentrent les familles précarisées et les soucis de santé » (Le Soir, 19/11/23). Environ 10 % des habitant.e.s de logements estimés de très bonne qualité considèrent avoir une mauvaise santé. En comparaison, les habitant.e.s de logements considérés de mauvaise qualité, sont trois fois plus nombreux à trouver leur santé mauvaise. Parmi les maladies dues à un logement de mauvaise qualité, on retrouve : des maladies cardiovasculaires, des accidents domestiques, mais aussi des soucis de santé mentale et des problèmes respiratoires (liés à l'humidité, aux moisissures, à la condensation, etc.). Sarah De Laet observe par exemple que lorsque les « personnes sont menacées d'expulsion, on voit leur santé se dégrader au fur et à mesure de l'approche de la date » (Le Soir). On a donc « des inégalités de revenus qui renforcent des inégalités de santé » (Le Soir).

De façon plus globale, on observe que la pollution environnementale a aussi de nombreux effets sur la santé. Une enquête menée par Medor à Bruxelles (2022), et généralisable à beaucoup d'autres lieux, révèle que c'est dans les quartiers les plus pauvres que la pollution est la plus importante et qu'il y a moins d'espaces verts. L'exposition à la pollution a de nombreux effets, notamment sur la santé des

femmes et des enfants. Des liens ont pu être établis entre les règles précoces et la pollution environnementale. On lit dans l'enquête menée par *axelle* « Ces substances chimiques que l'on retrouve dans de nombreux pesticides (mais aussi dans mille et un produits de la vie quotidienne tels que les boites de conserve, les rideaux de douche ou les téléphones portables…) sont capables de mimer l'action de nos hormones, et de provoquer divers dysfonctionnements » (Sept/Oct. 2023, p.36). À nouveau, cela pointe nos responsabilités sociales face à ces problèmes de santé généralisés.

Bien sûr, ce ne sont ici que quelques exemples (non exhaustifs) qui exposent la façon dont la santé est traversée par des logiques de domination.

2 - LA SANTE MENTALE, PART ENTIERE DE LA SANTE

À présent, penchons-nous plus spécifiquement sur la santé mentale, elle aussi, très façonnée par les inégalités. La Semaine d'étude nous a bel et bien permis de réaffirmer que la santé mentale fait pleinement partie de la santé globale et ne doit en aucun cas être reléguée au second plan. Elle est directement liée à notre santé physique et séparer distinctement les deux n'est pas envisageable.

Lors de cette Semaine d'étude, nous avons consacré trois forums à la santé mentale. Ceux-ci nous ont permis d'une part de faire le point sur l'impact de la précarité, de l'isolement et du racisme sur la santé mentale, d'autre part sur l'impact des violences sur la santé mentale, et enfin, sur la manière dont la santé mentale est intrinsèquement liée à nos conceptions sociétales, à la justice, à ce qu'on considère comme normal ou anormal.

Précarité, isolement, racisme et santé mentale

Croiser la santé mentale avec les thématiques de la précarité, de l'isolement et du racisme met en évidence la manière dont on individualise les problèmes de santé mentale. Il suffirait pour la personne dépressive, par exemple, de se « ressaisir », de se « reprendre en main ». Pourtant, lorsqu'une personne a une jambe cassée, on se permettra moins ce genre d'injonction culpabilisante et inutile.

Si l'on prend appui sur les statistiques de l'IWEPS, on observe le manque de responsabilisation collective du mal-être en Belgique. Rebecca Cardelli, attachée de recherche en études de genre à l'IWEPS, l'exemplifie à travers deux chiffres : en Wallonie, 622 personnes se suicident par an.[9] En parallèle, ce sont 214 personnes qui meurent dans les accidents de la route. Pourtant, des deux causes de mortalité, une est plus visibilisée que l'autre. C'est aussi un manque de responsabilisation genré du mal-être. Parmi les tentatives de suicide, 65 % concernent des femmes. Les femmes sont aussi plus concernées par la prise d'antidépresseurs. Toutes les femmes ne sont pas touchées de la même manière ni au même moment. Il y aurait un pic entre 45 et 54 ans, qui toucherait d'autant plus les familles monoparentales (en majorité des femmes). Fort à parier que si ces statistiques étaient combinées à la (prétendue) origine des femmes et à leur niveau de précarité : les femmes précaires et racisées seraient d'autant plus touchées.

[9] Rebeca Cardelli, intervenante à la Semaine d'étude 2023, Forum sur la santé mentale « La santé mentale des femmes à l'épreuve de la précarité, de l'isolement et du racisme ».

En avançant ces chiffres, Rebecca Cardelli précise qu'ils ne diminuent pas. Cela signifie que les mesures mises en place pour l'accompagnement des femmes en souffrance sont inefficaces.

À propos de la précarité, poser la question de l'impact de la précarité sur la santé mentale des femmes, c'est poser la question de l'œuf ou de la poule.

L'ŒUF QUI CRÉE LA POULE…

Céline Deville, chargé de mission au Réseau Wallon de Lutte contre La Pauvreté (RWLP), l'exemplifie sur base d'un témoignage : « Si je suis malade, c'est parce que je suis pauvre ». C'est la violence des conditions dans lesquelles les personnes vivent, c'est le « trop peu de tout », constamment. C'est une violence sur la durée, qui maintient un état de fatigue et de survie permanente. C'est un présent et un futur anxiogène, sans perspective. Une militante du RWLP témoigne : « La pauvreté c'est un parasite qui affecte tes pensées tout le temps ». Ou bien : « Je vais finir ma vie comme je l'ai commencée : avec rien, avec le stress et la pression du CPAS »[10]. Cette violence « précaire » trouve son origine en grande partie dans les institutions. En effet, comme nous le rappelle Céline Deville, on est dans une société où l'on préfère gérer la pauvreté plutôt que de sortir les personnes de la pauvreté. Ça signifie que les personnes précaires ou pauvres sont sans cesse confrontées aux institutions, à la pression imposée, et doivent « rendre des comptes ». Ce sont majoritairement les femmes qui se retrouvent dans cette position : ce sont elles qui vont au CPAS, qui sont en contact avec l'école, et qui reçoivent, comme nous le dit Céline Deville, « les injonctions contradictoires entre le CPAS qui donne de quoi manger s'il n'y a rien dans le frigo et les SAJ qui menacent de vous retirer vos enfants si le frigo est vide ». Les statuts octroyés par les institutions aux personnes précaires sont de plus en plus instables. L'accès à certains droits est de plus en plus conditionné et soumis au contrôle. Cela crée énormément d'insécurité, de stress et de culpabilisation pour les femmes qui intériorisent les messages tels que « c'est de votre faute ». Ces contrôles sont souvent intrusifs et génèrent un sentiment d'invasion très fort dans la vie privée des personnes. D'autres effets de la précarité sont les addictions comme l'alcoolisme ou la toxicomanie.

[10] Céline Deville, intervenante à la Semaine d'étude 2023, Forum sur la santé mentale « La santé mentale des femmes à l'épreuve de la précarité, de l'isolement et du racisme ».

On retrouve aussi des personnes qui sont dans des institutions psychiatriques parce que ça constitue leur dernier filet de sécurité, et ce même si à priori elles n'ont pas de troubles mentaux.

OU LA POULE QUI CRÉE L'ŒUF ?

Mais si la précarité impacte la santé mentale, à l'inverse des troubles mentaux peuvent également amener à la précarité : perte de revenu, grosse charge administrative, services saturés, coûts des soins, etc. Ce qui nous amène à réfléchir à la santé de façon préventive et à agir sur les facteurs qui impactent directement nos santés comme le logement, l'isolement social, etc.

Même si on ne résoudra pas le débat de l'œuf ou la poule, Céline Deville expose un moment clef de basculement, elle dit « c'est justement au moment où tout s'est un peu réglé dans leur vie qu'elles se sont effondrées ». Une militante du RWLP explique : « C'est le jour où je me suis dit "occupe-toi de toi maintenant" que bam, j'ai réalisé que j'avais tenu sur le fil du rasoir pendant des années et que je me suis écroulée ».

À propos de l'impact du racisme sur la santé mentale, Barbara Mourin, psychothérapeute et coordinatrice de l'Espace Sémaphore, nous explique, partant d'un cas concret d'une femme racisée ayant consulté chez elle, comment son récit de mal-être est le fruit du racisme. Elle parle de difficultés relationnelles, de repli sur elle-même, de difficultés à dormir, de stratégies d'évitement comme le fait de travailler la nuit pour ne pas être en contact avec ses autres collègues ou d'accepter uniquement des contrats intérimaires pour ne jamais rester trop longtemps au même endroit. Elle parle aussi de l'impression de n'être jamais vraiment adulte. Même s'il a fallu beaucoup de temps à la patiente pour mettre le mot dessus, ces situations, ces états sont le fruit du racisme qui lui crée un état émotionnel très fragile.[11] Des participantes de l'atelier « Français Langue Etrangère », ont également mis en avant l'impact du racisme intégré aussi chez les personnes racisé.e.s qui les amènent parfois à se détester. Ce sont aussi les structures par lesquelles passent des femmes racisées arrivant en Belgique qui ne sont pas toujours soutenantes voir complètement néfastes pour elles. C'est le problème de la barrière de la langue et le manque d'interprètes, ce sont les contraintes administratives qui ajoutent du stress, c'est le manque d'informations sur leurs droits, etc.

[11] Barbara Mourin, intervenante à la Semaine d'étude 2023, Forum sur la santé mentale « La santé mentale des femmes à l'épreuve de la précarité, de l'isolement et du racisme ».

Santé mentale et violences

Les violences conjugales, intrafamiliales ou dues à des parcours d'exil, ont un impact non négligeable sur la santé mentale des femmes. Malgré les nombreux témoignages venant des personnes concernées ou des professionnelles, il manque une prise en charge de la santé mentale des femmes avec une grille d'analyse adaptée aux violences vécues. Évidemment, bien d'autres types de violences sont à considérer, mais nous nous concentrons à présent sur celles-ci.

Diane Delafontaine, animatrice à Vie Féminine et membre du Groupe de Travail National sur les violences, nous explique, sur base du rapport Henrion sorti en 2001, plusieurs des effets des violences conjugales et intrafamiliales sur la santé mentale des femmes. Par violences, on parle bien de violences physiques, sexuelles et psychologiques. On retrouve des troubles émotionnels : colère, honte, sentiment d'impuissance, étant d'anxiété, sentiment de terreur. [12]Ces troubles peuvent s'inscrire sur le long terme. Il y a aussi des troubles psychosomatiques comme des troubles digestifs, des sensations de fourmillement dans les mains, des difficultés à respirer. Il y a des troubles du sommeil, des états « d'alerte » permanents. Des troubles cognitifs avec des difficultés à se concentrer ou des pertes de mémoire. Plus de 50 % des femmes victimes de violences conjugales sont dépressives. Elles sont aussi neuf fois plus nombreuses que les femmes non-victimes de violences conjugales à avoir fait une tentative de suicide (IWEPS). Les violences impliquent aussi des chocs post-traumatiques qui ne sont pas assez abordés. Elles sont aussi nombreuses à développer des addictions, telle que l'alcoolisme suite à des violences. Les impacts, on le voit, sont multiples, il y a donc un réel besoin de soins. Pourtant, au niveau de la prise en charge, on remarque que lorsque les femmes victimes passent par une institution psychiatrique, pour se reposer et se soigner, cela peut souvent jouer en leur défaveur, notamment concernant la garde des enfants.

Au sujet de l'impact des violences après ou pendant un parcours migratoire, Maria-Gladys Busse, psychothérapeute au centre Exil, identifie, presque systématiquement quatre symptômes à la suite du premier entretien psychologique : des douleurs à la tête, un mauvais sommeil, des cauchemars et une douleur dans le corps généralisée (« j'ai mal partout »)[13]. Ses patient.e.s sont dans un état d'épuisement. Elle rappelle aussi le contexte dans lequel se retrouvent les personnes migrantes qui veulent obtenir l'asile : celui de l'attente

[12] Diane Delafontaine, intervenante à la Semaine d'étude 2023, Forum sur la santé mentale « Violences : des coups aussi portés à la santé mentale ».
[13] Maria-Gladys Busse, intervenante à la Semaine d'étude 2023, Forum sur la santé mentale « Violences : des coups aussi portés à la santé mentale ».

et de la justification. Le parcours est long et semé d'embûches qui mènent très rapidement à la précarité. Elle nous explique « tu fais la demande, tu vas dans un centre, t'es dans la rue si tu n'as pas de place » même si les femmes sont prioritaires pour dormir dans un centre. Enfin, comme on en a parlé précédemment, le corps est aussi mémoire des traumas précédents, des générations précédentes. Il faut donc aussi considérer ce bagage traumatique qui peut se transmettre d'une génération à l'autre.

La santé mentale : conceptions et organisations

À présent, si on prend un peu de distance, on peut observer comment la santé mentale est un concept dont les contours ont changé au fil du temps. En fonction des définitions qu'on lui donne, des objectifs de l'époque, la prise en charge collective peut être différente. Anne Roekens, professeure d'histoire contemporaine à l'Unamur, explique qu'au commencement de l'histoire de la médecine avec Hippocrate, on considère la maladie mentale comme le fruit d'un déséquilibre entre des liquides[14]. Cette vision suit une logique purement physique et organique. On mettait alors les personnes qu'on considérait comme anormales dans des étables avec les bêtes. Ensuite, au Moyen-Age, suite à l'urbanisation croissante, l'objectif était avant tout de maintenir l'ordre dans les villes. Des « maisons de fous » sont alors créées pour tenir hors de portée les personnes qui troublent l'ordre public. Au 19e siècle, de nouvelles théories médicales se développent, dont l'aliénisme. On considère qu'il faut des traitements spécifiques pour « soigner » les personnes qui auraient une maladie mentale. On crée alors des asiles, éloignés des villes où des personnes sont internées sous contrainte. Des lois régissent ces enfermements. Il s'agit de nouveau de soigner, mais aussi (et surtout ?) de « protéger » la société. On passe d'une logique de « maintien de l'ordre public » en enfermant les fous, les estropiés, les vagabonds pour les cacher à une logique sécuritaire de « protection » de la société pour finir avec une logique curative. Ces différentes logiques s'entremêlant continuellement.

En Belgique, la plupart des personnes considérées comme malades mentales se retrouvaient dans des congrégations religieuses. Elles étaient soit féminines, soit masculines et étaient éloignées des centres urbains. L'asile est strictement organisé, toute la vie y est millimétrée. Il y a un tri qui s'opère au sein des femmes : il y a les pensionnaires (qui payent pour venir) et les indigentes (qui sont pauvres, à charge de l'assistance publique, qui représentent la majorité des femmes). On

[14] Anne Roekens, intervenante à la Semaine d'étude 2023, Forum sur la santé mentale « "Hystérique", "folle", "dangereuse" : Comment la psychiatrie enferme les femmes ».

observe comment la pauvreté se lie à la santé mentale et à ce qu'on considère comme « trouble à l'ordre public ». Elles sont également classées en fonction du degré d'agitation : paisible, semi-paisible, agitée. Le degré d'agitation définit aussi l'intensité de traitement, de contrainte, et d'enfermement. À travers ces recherches, Anne Roekens observe que les discours médicaux, les diagnostics, les traitements et les « chances de sortie » sont infléchis selon le genre des patient.e.s. Elle met aussi en avant les préjugés moraux qui existent à l'égard des femmes. Elles seraient sournoises, susceptibles, dissimulatrices, etc., mais aussi « hystériques » (notion qui est apparue dans le domaine médical et qui a été très répandue aussi socialement). Leur « dépravation sexuelle » est pointée du doigt. On se préoccupe par contre très peu de leur situation socio-économique et des effets que cela peut avoir sur leur santé mentale (alors qu'on parlera de souffrance professionnelle chez les hommes).

Ce rappel historique nous montre comment le domaine juridique et le domaine médical sont intrinsèquement imbriqués, avec des traces toujours existantes aujourd'hui.

Par exemple, les soins de santé en prison dépendent encore du ministère de la Justice et pas celui de la Santé. Si l'on suit le parcours des femmes détenues, avant leur incarcération, pendant et après, on observe à quel point la santé mentale est très peu prise en considération. Marion Guémas, coordinatrice plaidoyer recherche chez Icare, explique qu'en Belgique moins de 500 femmes sont incarcérées.[15] Cela s'explique entre autres par la pathologisation des femmes et de leur comportement (plutôt que les considérer comme des délinquantes, on préfère les mettre en hôpital psychiatrique). Le taux peu élevé de femmes en prison fait que les quartiers pour femmes[16] sont isolés au sein des prisons d'hommes. Avec parfois des infrastructures qui ne sont pas adaptées à la présence de détenues et donc des conditions de détentions parfois pires que pour les hommes. Une autre explication à cela est que l'on considère le besoin de se dépenser physiquement des femmes comme moins important que pour les hommes. Les hommes ne pourraient pas se passer de préau (ce qu'on comprend), mais les femmes oui, car elles seraient plus passives (sic). Elles sont aussi considérées comme sournoises, menteuses, etc., et sont infantilisées en permanence. À l'évidence, les siècles défilent et les institutions ont du mal à se défaire de certains stéréotypes. Cela a de graves conséquences sur la santé mentale des femmes. Le fait que les détenues soient sanctionnées en fonction de

[15] Marion Guémas, intervenante à la Semaine d'étude 2023, Forum sur la santé mentale « "Hystérique", "folle", "dangereuse" : Comment la psychiatrie enferme les femmes ».
[16] Car oui, en prison aussi, pas seulement en asile psychiatrique, la non-mixité est très stricte.

ces stéréotypes (si elles s'énervent, se plaignent) les amène finalement à adopter ces comportements genrés, entretenant le mythe que les femmes seraient plus dociles.

À présent, si on regarde le parcours des femmes détenues avant d'entrer en prison, la grande majorité est issue de milieux très précaires et a connu beaucoup d'insécurités. Au sein des détenues, elles sont 52 % à être en détresse psychologique sévère (Icare, p.10). Parmi elles, on retrouve aussi des problèmes d'assuétudes, ce qui peut jouer en leur défaveur lors de leur incarcération. Dans la prison, les femmes à qui on inflige une peine de soin sont mélangées aux femmes à qui on inflige une peine de sanction. Il n'y a pas de lieux spécifiques attribués à chaque type de peine. Autrement dit, une logique de soin est difficile à mettre en place. Cette situation de co-détention joue aussi sur la santé mentale des femmes. Ajoutez à cela des locaux insalubres, surpeuplés, des matelas qui jonchent le sol, les barrières de la langue, du travail morbide (construction de housses mortuaires pour bébés), etc. C'est aussi la vie relationnelle et sociale qui peut être source de stress avec une charge mentale qui se maintient, même à distance, même au-delà des murs. Le fait que les soins de santé ne soient pas adaptés, qu'ils soient trop lents, qu'il y ait un manque d'intimité, etc., amène certaines détenues à refuser des soins. Les effets physiques de la prison sur le corps des femmes (baisse de la vue, de l'ouïe, etc.) impactent également leur santé mentale.

Il faut aussi noter, comme nous le rappelle Marion Guémas, que « beaucoup de femmes détenues ont des parcours de vie violents. Pourtant, rien n'est mis en place pour accompagner ces femmes qui sont aussi victimes. Il n'y a pas d'espaces pour qu'elles puissent déposer leurs récits pendant leur incarcération ».

À la sortie de prison, la santé des femmes peut aussi être mise en péril. Notamment dû aux stigmates qui peuvent peser sur elle en tant qu'ex-détenue. À nouveau, un parallèle peut être fait avec les femmes qui passent par les institutions psychiatriques et qui après leur séjour souhaitent supprimer cet historique de leur dossier médical, parfois avec difficultés. En effet, cette trace peut jouer en leur défaveur, notamment en justice.

Certains des enjeux liés à la prison et à la santé mentale des femmes se jouent aussi dans d'autres lieux d'enfermement comme, par exemple, dans les centres fermés.

Finalement, le concept de santé mentale se définit par rapport à plusieurs traits et symptômes qui définissent ce que sont les troubles mentaux. Mais, Olivier

Croufer, animateur au Centre Franco Basaglia, l'explique : « la santé mentale se définit aussi "positivement" comme une prescription d'attitudes telles que le fait de bien dormir, bien manger, etc. La santé mentale est donc une norme qui nous invite à avoir une conduite de vie »[17]. À voir jusqu'où il s'agit d'une invitation et pas une obligation au risque d'être stigmatisé. De plus, toutes ces prescriptions sont alimentées par des logiques capitalistes. La santé mentale doit être prise comme un enjeu sociétal et collectif dont la responsabilité n'est pas à porter uniquement individuellement.

Ces différents forums nous rappellent aussi l'importance de toujours considérer la ou les santés mentales par rapport à un contexte, à un système. Sinon, le diagnostic ne sera pas approprié, voire complètement faussé.

[17] Olivier Croufer, intervenant à la Semaine d'étude 2023, Forum sur la santé mentale « "Hystérique", "folle", "dangereuse" : Comment la psychiatrie enferme les femmes ».

3 – PROSPECTIONS

Comme nous l'avons vu, cette Semaine d'étude nous a permis de prospecter sur le sujet de la santé, de nous pencher sur différents thèmes : certains très répandus, mais encore peu investigués par les femmes du Mouvement comme la sexualité, d'autres plus communs, mais tout aussi importants tel que l'alimentation. Nous avons aussi pris le temps de discuter sur des sujets qui méritent bien plus d'attention comme la grossophobie et les violences gynécologiques, entre autres.

Nous présentons ici un échantillon des sujets de prospection, riche à nos réflexions pour penser une santé féministe et inclusive.

La sexualité

Bien que la sexualité soit une composante permanente dans nos sociétés, elle demeure souvent reléguée en marge des discussions, limitant ainsi notre capacité à en débattre ouvertement et librement, à partir de nos expériences personnelles et exprimer nos questionnements. L'atelier que nous avons mené sur la sexualité nous a permis d'aborder le sujet entre nous : des femmes aux histoires variées, aux âges différents. Ce fut l'occasion d'interroger certains diktats, certaines « règles » si souvent entendues[18]. On a parlé consentement, masturbation, plaisir (non-)partagé, ménopause, orientations sexuelles, communication, stéréotypes racistes, et politique. Car oui, la sexualité est politique. Elle est politique, car même au lit, nos échanges sont marqués par les différentes dominations racistes, sexistes, etc. C'est pourquoi, nous ne devons pas faire de ce sujet un tabou, nous devons le rendre ouvert à la discussion, le discuter pour parvenir à une conception de l'(a)sexualité[19] qui nous convienne, nous permettant ainsi de réinventer nos perceptions et nous réapproprier nos manières de penser.

Grossophobie

La grossophobie est partout dispersée dans la société : dans la conception de l'espace public (sièges trop étroits, par exemple) aux codes de beauté en passant par les commentaires malvenus dans le domaine médical.[20] La grossophobie peut impacter considérablement la construction identitaire des personnes grosses.

---

[18] Sandrine De Ridder, Intervenante à la Semaine d'étude 2023, Atelier clef de lecture « Let's talk about sex ! - Prenons le temps d'entendre les femmes sur ce qu'elles en pensent »
[19] L'asexualité est le fait de ne pas ressentir l'envie ou le besoin d'avoir une pratique sexuelle.
[20] Yasmine Ait Abbou, Intervenante à la Semaine d'étude 2023, Atelier clef de lecture « On ne naît pas grosse… »

Violences gynécologiques et obstétricales

Pour les participantes de l'atelier, les Violences gynécologiques et obstétricales (VGO) riment avec non-consentement, intrusion, violence, non-respect, manque de tact, déshumanisation, jugement, etc. Beaucoup en ont un souvenir traumatique et trouvent difficile d'en parler. Pour certaines, c'était d'ailleurs la première fois qu'elles mettaient des mots sur ce qu'elles ont vécu. On a également pu observer une normalisation de certaines expériences de VGO, comme si nous étions d'emblée obligées de « passer par là ». Nous soulignons donc l'importance de se rappeler de nos droits en tant que patientes : que nos choix soient respectés, d'être bien informée, de pouvoir se rétracter à tout moment, de ne pas être entièrement dénudée si ce n'est pas nécessaire, qu'on nous demande notre consentement de façon systématique, etc.[21]

Nos corps, nos droits !

Ce fameux slogan vaut à tous les égards : sur notre droit à faire ce que l'on veut de notre corps, y compris d'avorter. Cela veut dire que les conditions légales et matérielles doivent nous le permettre. Mais ça veut aussi dire le droit d'enfanter si on le veut. Un nouvel article d'alter-écho met en lumière la manière dont on a, pendant des années et jusqu'il y a peu, stérilisé des femmes porteuses de handicaps sans leur consentement, parfois même sans les prévenir. Mais la stérilisation contrainte, qui est un crime contre l'humanité (Traité de Rome), est une pratique qui ne s'arrête pas aux personnes porteuses d'un handicap. En effet, elle a beaucoup été utilisée dans des contextes coloniaux, dans des régimes autoritaires contre les opposantes au pouvoir, etc. Souvent aussi dans une logique eugéniste qui voudrait que la population ressemble à un seul modèle généralement blanc, sans handicap, hétérosexuel, etc. Elle a été utilisée, et l'est encore parfois aujourd'hui. Nos corps, nos droits, reste un slogan à marteler haut et fort.

[21] Charlotte Nicolas et Norine Stenico, Intervenantes à la Semaine d'étude 2023, Atelier clef de lecture « Violences Gynécologiques et Obstétricales, parlons-en ! »

4 - BILANS DE SANTÉ

Après avoir participé aux différentes conférences et ateliers, après avoir questionné, échangé, les participantes de la Semaine d'étude ont travaillé collectivement pour déceler des pistes de ce qui constitue, selon elles, une santé féministe. Elles ont réalisé des bilans de santé en répondant à la question : « Quels sont les ingrédients constitutifs d'une santé féministe des femmes, aux trois niveaux d'analyse : micro, méso, macro ? ».

Les niveaux d'analyse font référence à la grille de lecture des systèmes de domination observables à plusieurs niveaux : micro, méso et macro. « Le niveau micro renvoie aux rapports interpersonnels, aux interactions au sein d'un petit groupe social. Il désigne le système de soin de santé à l'initiative ou à destination de personnes précisément identifiables, comme une famille. Le niveau méso fait référence au rapport aux institutions. Il s'agit du système de soin de santé à l'initiative ou à destination d'un groupe/collectif constitué comme un cours de sport, un hôpital, etc. Le troisième niveau, macro, concerne le niveau plus sociétal. Cela comprend les politiques publiques de soin de santé, mais aussi, nos conceptions partagées dans la société : stéréotypes, mythes, histoires qui colorent finalement le niveau micro et méso » (Service Formation de Vie Féminine). En effet, les différents niveaux se renforcent l'un l'autre.

Plusieurs revendications et pistes sont ressorties de ces ateliers d'éducation permanente féministe pour parvenir à une santé féministe et inclusive. En voici un condensé réparti par thématique.

Financement

Contre un phénomène de privatisation et de libéralisation de la santé et des services sociaux, les femmes veulent un financement (accru) de la Sécurité sociale. Il faut plus de moyens humains et financiers, pour une amélioration des conditions de travail pour tous les métiers de la santé. Revaloriser le secteur de la santé doit permettre aux professionnel.le.s de la santé de pouvoir prendre le temps de s'occuper des patient.e.s.

Cela doit aussi permettre de s'attaquer de front au problème du travail gratuit réalisé par les femmes pour prendre soin, veiller à la santé de leur entourage, etc. Ce travail, en plus d'être non rémunéré, nécessite une charge mentale conséquente, ce qui est un déclencheur de stress. Il est donc nécessaire qu'il ne repose pas majoritairement sur les femmes, mais plus largement sur la société.

Un refinancement massif du secteur doit aussi amener à une démocratisation et une meilleure accessibilité des services de santé.

Accessibilité pour toustes et information

Les participantes mettent en avant l'importance d'une démocratisation des soins de santé (y compris des médicaments). C'est-à-dire, que les soins soient accessibles et que l'accès soit facilité. L'accessibilité doit se faire à de multiples niveaux : mobilité, langues utilisées (et potentiel besoin d'interprètes), numérisation des services et risques de fractures numériques, économie (adapter le montant à payer en fonction du revenu et en appliquant le tiers payant, voir en rendant les soins de santé entièrement gratuits), pour les personnes porteuses de handicaps visibles et invisibles, pour les mères avec des enfants (avec un besoin de service de crèche ou de garderie), etc. Tout en oubliant pas une démocratisation du bien-être !

Être accessible veut également dire sortir de l'universalisme, des études, actions, soins et diagnostics pas uniquement basés sur le modèle de l'homme blanc de 40 ans. Tout le monde doit être pris en compte ; peu importe l'âge, la prétendue origine, les moyens financiers, la santé de la personne ou sa situation. Autrement dit, être soigné sur le même pied d'égalité tout en étant attentif à nos singularités et besoins spécifiques. Par exemple, en ayant des aides et un soutien ciblé pour les familles monoparentales (au niveau du bien-être, de la charge mentale, de l'isolement, de la santé physique, etc.).

L'accessibilité demande d'être bien informé : à propos de nos droits, des différents services et soins possibles, concernant ce que les soins peuvent représenter en termes de budget, etc. Ces informations doivent être elles-mêmes accessibles et parvenir à tout le monde, également en termes de compréhension.

Rapport personnel soignant.e.s / patient.e.s

Les participantes détaillent ce qu'elles attendent du rapport entre le personnel soignant et les patient.e.s. En soulignant notamment l'importance d'être considéré comme patient.e et non comme client.e et qu'on leur consacre du temps lors des consultations. Comme vu précédemment, elles lient ces attentes au besoin de meilleures conditions de travail pour le secteur.

Suivant l'adage « Nos corps, nos choix, nos droits ! », elles rappellent que les professionnel.le.s de la santé doivent avoir notre consentement éclairé pour agir

légitimement. Ça signifie donc qu'iels doivent nous informer de ce qu'iels sont en train de faire pendant l'acte médical.

Elles mettent en avant l'importance que les professionnel.le.s de la santé soient formés à l'accueil, à l'écoute, aux violences de genre, racistes et capitalistes. En effet, elles attendent du personnel, un comportement et des attitudes adaptées et non discriminantes qui tiennent comptent de leurs singularités. Mais aussi, qu'elles soient considérées et comprises, qu'elles ne soient pas infantilisées, renvoyées à des rôles traditionnels, mises en doute, jugées, etc.

Elles plaident aussi pour une valorisation du savoir et du travail des femmes, notamment, en matière de santé.

Chaine de soins et autonomie

Concernant le type de prise en charge, elles défendent une prise en charge continue de la naissance (ou même de la gestation) à la mort (incluant la façon dont on meurt). Il faut un renforcement de cette chaine du soin, depuis la médecine de proximité jusqu'à l'hospitalisation et retour à la maison (avec un suivi des soins) en prenant en compte la globalité de la personne et de ses réalités de vie. Cela implique d'avoir une vision à long terme et une offre médicale plus large, plus proche et plus adaptée à chaque situation. L'idée est aussi de défendre l'autonomie des personnes, notamment des personnes âgées. Qu'elles puissent rester le plus longtemps possible à leur domicile et dans de bonnes conditions, peu importe qui on est.

Quid des handicaps visibles et invisibles ?

Quand on pense à une personne porteuse d'un handicap, une des premières images mentales qu'on se fait est une personne sur une chaise roulante. Une personne qui a un handicap visible. Pourtant, parmi les personnes porteuses d'un handicap, elles sont 80 % à avoir un handicap invisible : troubles mentaux, maladies chroniques, etc. (Esenca).

Si on veut lutter pour une santé inclusive et le droit à l'autonomie, c'est important que nous soutenions la reconnaissance du handicap invisible. Leur handicap étant invisibilisé, leurs besoins peuvent l'être aussi. Ce qui peut amener à un manque de soutien et ressources nécessaires pour qu'elles jouissent de leurs droits. En plus de cela, les personnes porteuses d'un handicap invisible sont souvent considérées comme « de mauvaise volonté » comme si le fait de ne pas faire telle ou telle chose dépendait uniquement d'elles. Il y a une minimisation et une incompréhension de leurs vécus.

Permettre aux personnes ayant un handicap de jouir de leur droit est une responsabilité qui doit peser sur les épaules de toute la société et pas uniquement sur celles des personnes concernées.

Prévention primaire

Les femmes misent grandement sur la prévention primaire. Il faut un accès à une alimentation saine, locale et accessible à toustes. Mais aussi, un accès à l'eau potable pour toustes et gratuitement, car elle nous est vitale. Autrement dit, les coupures d'eau pour factures impayées ne sont plus possibles.

Elles pointent l'importance d'avoir des logements de qualité étant donné que les questions d'énergie, d'isolation, d'insalubrité impactent directement la santé.

Une bonne information et une sensibilisation sont nécessaires pour agir préventivement sur la santé.

La prévention primaire repose aussi sur une éducation qui promeut des valeurs égalitaires et sur le financement de lieux d'émancipation et de renforcements collectifs. Les femmes veulent aussi avoir la possibilité de prendre soin d'elles-mêmes et de leur santé mentale. Avoir le temps d'avoir du temps pour soi sans culpabiliser.

Échanger

Les participantes pointent l'importance d'avoir des groupes de paroles, des moyens d'échanger à propos des informations liées à la santé, sur les bons plans, concernant la langue parlée, le coût, le transport, en fonction de si on a un handicap, etc.

Finalement, ces différents éléments peuvent se traduire par la mise en place d'une politique de santé publique qui soit anti-sexiste, anti-capitaliste, décoloniale et intersectionnelle !

CONCLUSION

Des Gouttes de lait à la fin du 19e siècle à aujourd'hui, nous avons réfléchi la santé. D'une approche morale visant à responsabiliser les femmes plus précaires pour qu'elles prennent correctement en charge leur santé et celle de leur entourage, nous sommes passées à une approche plus politique, cherchant à réclamer une prise en main collective de la santé, pour nous réapproprier la santé, nos santés. Cette réappropriation se fait progressivement. La Semaine d'Étude 2023 « À notre santé ! » fut l'occasion, comme on l'a vu, de prospecter sur de multiples sujets (du niveau micro au macro).

Aujourd'hui nous reprenons ces prospections faites en Semaine d'étude pour qu'elles soient les prémices de ce que nous considérons comme étant une santé féministe et inclusive.

Cette conception de la santé prend en considération nos besoins et nos diversités, ainsi que les multiples facettes de la société, elle-même marquée par diverses logiques de dominations telles que le capitalisme, le racisme, le sexisme, le validisme, la transphobie, etc. En tenant compte de ces formes de dominations, cette approche de la santé féministe et inclusive vise à réduire au maximum les discriminations et les violences perpétrées par le système, pour finalement les combattre.

Il s'agit d'une conception de la santé où les femmes ont enfin les moyens et les opportunités de prendre soin d'elles-mêmes et de leur santé, indépendamment de leur situation financière, de leur genre, de leur couleur de peau, ou de leurs papiers (qu'elles en aient ou pas).

Une santé féministe et inclusive où la santé de toustes est importante. Où avoir une bonne santé est avant tout le souci et la responsabilité de la collectivité, de la société. Cette santé englobe à la fois la santé physique et mentale, les considérant toutes les deux à égalité.

De plus, une santé féministe et inclusive accorde aux individus le pouvoir de décider des questions qui les concernent et de participer directement aux processus décisionnels, de la recherche médicale à la prévention primaire.

Une santé féministe et inclusive, c'est un cheminement et un tournant : celui de l'après une santé largement dominée par des hommes blancs et bourgeois, souvent indifférents aux besoins des personnes les plus discriminées. Une santé féministe et inclusive c'est donc la santé qu'on décide de se réapproprier !

BIBLIOGRAPHIE

COISY, F., OLIVIER, G., AGERON, F-X., GUILLERMOU, H., ROUSSEL, M., BALEN, F., GRAU-MERCIER, L., BOBBIA, X. (2023). ***Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients?.*** European Journal of Emergency Medicine. DOI: 10.1097/MEJ.0000000000001113

D'ORTENZIO, A. (2022). Essais cliniques : une absurdité médicale pour les femmes ?. Soralia.

ESENCA. Rendons visibles les invisibles. https://www.esenca.be/rendons-visibles-les-invisibles/ , page consultée le 26 septembre 2023.

ESAPCE SEMAPHORE asbl. (2023). Les dégâts des discriminations ethno-raciales sur la santé. CPAS+

HENRION, R. (2001). Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé. Ministère de la Santé, France.

ICARE. (2023). Parles avec elles. Quand des femmes détenues se racontent en prison.

IWEPS. (2022). Egalité entre les femmes et les hommes en Wallonie. Genre et santé mentale, *Cahier 5*.

KASPRZAK, E. (2019). Pourquoi les mères noires ont-elles plus de risques de mourir en couche ?. BBC NEWS.

LATHURAZ, U. (2023). Dépossession des savoirs et réappropriations. Notes de présentation à la semaine d'étude de Vie Féminine « À notre santé ! ».

MEDOR, (2022). Bruxelles Malade. Portrait d'une ville où les inégalités fonctionnent en cercle vicieux. https://bxl-malade.medor.coop/?lang=fr

UNICORN MRTINO (https://unicorn.mrtino.eu/), page consultée le 26 septembre 2023.

WEILER N. (2023, Septembre — Octobre). Pollution environnementale : la santé des filles en danger ?. *axelle*, 254.

Analyse & rédaction

Bureau d'étude de Vie Féminine

Zélie Legros

Comité de lecture

Eléonore Merza Bronstein, Frédérique Malignon

Graphisme

Frédérique Malignon/ Image de couverture : Joseph Pearson (Unsplash)

Editrice Responsable

Hyacinthe Gigounon

Avec le soutien de

Contact

Bureau d'étude de Vie Féminine

coord-etude-doc@viefeminine.be

Vie Féminine

Mouvement féministe d'action interculturelle et sociale

Rue de la poste, 111, 1030, Bruxelles

secretariat-national@viefeminine.be

www.viefeminine.be / 02 227 13 00

No Dépôt légal : 2024/3812/1

Sous licence Creative Commons

vie féminine