

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé - www.educationsante.be
N° 351 / JANVIER 2019



**Genre
et promotion
de la santé :
tour d'horizon**

Sommaire



4

RÉFLEXION

Des espaces de non-mixité au service de l'autodétermination?



7

REPÈRES

Contraception: où sont les hommes?



12

INITIATIVES

Femmes, genre et promotion de la santé: origine et perspectives du réseau



17

OUTILS

Check-list sur la prise en compte du genre dans les projets



18

VU POUR VOUS

«Entre deux sexes»



20

RÉFLEXIONS

Penser la santé autrement: vers une approche globale et féministe?



25

DOCUMENTATION

Sélection de ressources
«Genre et promotion de la santé»



Sur notre site
www.educationsante.be

Retrouvez tous nos articles et bien plus encore sur notre site internet
www.educationsante.be.

Dans les inédits web ce mois-ci, vous trouverez :

- › **Vive Olympe!**
Un jeu pour explorer l'histoire des droits des femmes en Belgique
- › **L'Allemagne reconnaît l'existence d'un «troisième sexe»**

Éducation Santé est aussi présente sur les réseaux



sociaux. retrouvez-nous sur Facebook :
www.facebook.com/revueeducationsante

MENSUEL (11 numéros par an, ne paraît pas en août). **ABONNEMENT**: gratuit pour la Belgique. Pour l'étranger, nous contacter. **RÉALISATION ET DIFFUSION**: Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination inter-mutualiste ANMC-UNMS. **ONT COLLABORÉ CE MOIS-CI**: Pascale Vandenaevne, Laurence Stevelinck, Manoë Jacquet, PROMO SANTÉ SUISSE, Fanny Colard, IRSS-RESO. **RÉDACTRICE EN CHEF**: France Gerard (education.sante@mc.be). **SECRÉTARIAT DE RÉDACTION**: Manon Gobeaux. **JOURNALISTES**: Manon Gobeaux, Juliette Vanderveken. **CONTACT ABONNÉS**: education.sante@mc.be. **COMITÉ STRATÉGIQUE**: Gaëtan Absil, Martine Bantuelle, Anouck Billiet, Raffaele Bracci, Martin de Duve, Damien Favresse, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Denis Mannaerts, Vladimir Martens, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans. **COMITÉ OPÉRATIONNEL**: Pierre Baldewyns, Manon Gobeaux, Anne-Sophie Poncelet, Caroline Saal, Marinn Trefois, Juliette Vanderveken. **ÉDITEUR RESPONSABLE**: Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **MISE EN PAGE**: Émerance Cauchie. **ISSN**: 0776 - 2623. Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord de la revue et moyennant mention de la source. **POUR TOUS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**: Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET**: www.educationsante.be. **COURRIEL**: education.sante@mc.be. Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé : www.pipsa.be. Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be. Notre site adhère à la plate-forme www.promosante.net. Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt: Bruxelles X - ISSN 0776-2623. Numéro d'agrégation: P401139. Crédit photo: AdobeStock.

Éducation Santé fête ses 40 ans et s'habille pour la circonstance !

Le premier numéro d'Éducation Santé (dactylographié, si si !) est paru en décembre 1978. Nous avons souhaité profiter de cet évènement pour proposer un nouveau look à la revue. Tant son logo que l'habillage de ses pages se parent de nouveaux atours pour coller davantage à notre époque et nos modes de lecture.

L'occasion idéale pour un numéro thématique

Comme vous le verrez au fil des pages, le fil conducteur de ce numéro thématique est la question du **genre en promotion de la santé**. Découvrez sans tarder les analyses et articles des contributeur.trice.s qui nous ont permis de vous offrir ce numéro sur un thème devenu incontournable et qui nous tient à cœur en promotion de la santé.

D'ailleurs, bien que nous n'utilisons pas l'écriture inclusive d'ordinaire, nous avons souhaité faire une exception à l'occasion de ce numéro spécial « genre » et laisser la plume libre aux contributeur.trice.s de ce numéro.

Une autre particularité de ce numéro est qu'il regorge de ressources « pour aller plus loin... » fournies par les auteur.trice.s, par le RESO (service universitaire de promotion de la santé UCL-IRSS), etc.

... Une expérience qu'Éducation Santé souhaite renouveler, avec vos apports et suggestions !

Éducation Santé a pour vocation de relayer votre voix et de s'adresser aux intervenants en promotion de la santé. Vous souhaitez partager votre expérience, présenter un outil ou une initiative, proposer une analyse... ? Vous avez un article à proposer ou l'envie d'en écrire un ?

Contactez-nous via notre site internet www.educationsante.be ou via education.sante@mc.be. Si vous manquez de temps pour écrire, cela ne doit pas être un frein, l'équipe est là pour vous aider.

Bonne découverte, bonne lecture... et bonne année 2019 !

L'équipe d'Éducation Santé



RÉFLEXION

Des espaces de non-mixité au service de l'autodétermination ?

La non-mixité consiste à créer des espaces de travail et/ou de parole entre personnes appartenant à un même groupe social. On retrouve cette non-mixité, par exemple, dans des corporations, dans des mouvements de minorités ethniques, de génération, de genre... Cette pratique est utilisée par certains militants ou auto-représentants, notamment dans les mouvements féministes, LBTG, antiracistes ou encore de personnes vivant en situation de handicap. La non-mixité fait l'objet de critiques, y compris au sein même de ces mouvements, car elle est parfois jugée comme excluante ou contre-productive et apparaît de nos jours comme une option marginale.

► PASCALE VANDENAVERNE ET L'ÉQUIPE DE HANDICAP ET SANTÉ, ARAPH ASBL

Mixité/non mixité, une recherche d'égalité ?

Pour comprendre l'évolution de notre société en matière de mixité/non-mixité, il est intéressant de faire un détour par le monde scolaire. En effet, le temps de l'école des filles séparée de l'école des garçons nous semble révolu et la mixité s'impose aujourd'hui à nous comme une norme. C'est une réalité qui tend à se propager à l'ensemble des lieux de socialisation. La majorité des institutions, des lieux d'accueil, de formation et autres mouvements de jeunesse fonctionnent désormais en mixité de genre. Cette mixité de genre et, plus largement, la mixité sociale sont encouragées et en sont même élevées au rang de valeur.

Pourtant, la mixité dans les écoles, par exemple, est une construction récente qui s'est imposée pour répondre à des contingences matérielles avant tout. Selon Michel Fize (1), sociologue de la famille et auteur d'un ouvrage sur la mixité scolaire (2003), la mixité dans les écoles françaises est née dans les années 1960 sans réelle réflexion pédagogique préalable et dans le but de faire face à l'augmentation de la population scolaire et au manque d'infrastructures. Par la suite, dans les années 1980, des idées égalitaires sont venues renforcer l'option prise par l'enseignement public. En Belgique comme en France, la mixité a émergé dans les années 1960 pour se généraliser dans les années 1970, mais il a fallu attendre le décret « Missions » de 1997 pour voir la Communauté française en faire une obligation légale dans les écoles de son réseau.

Pour Michel Fize (2) (2003, p274), « *la mixité scolaire a échoué, puisque l'égalité des sexes n'est toujours pas assurée* ». Il argumente par le fait que la mixité a une part de responsabilité dans la moindre réussite des garçons, en plus de n'avoir pas permis de réduire les stéréotypes et les discriminations sexuelles. Il faudrait, écrit-il, repenser la mixité. Pour repenser la notion de mixité, il est intéressant de l'articuler avec la notion d'égalité.

Christine Delphy (3), sociologue et féministe (2016), dénonce que la mixité ne suffit pas toujours à rétablir l'équilibre et à assurer l'égalité. Elle considère que la mixité, si elle n'est pas accompagnée d'un réel travail de recherche d'égalité, conduit à « *l'hyper sexualisation des conduites des deux sexes* » et favorise les inégalités. Elle propose une alternative : instaurer une « non-mixité choisie » dans certains lieux afin de favoriser l'auto-émancipation. « *La pratique de la non-mixité est tout simplement la conséquence de la théorie de l'auto-émancipation. L'auto-émancipation, c'est la lutte par les opprimés pour les opprimés.* »

Les mouvements américains de lutte pour les droits civiques en sont une illustration. Dans les années 1960, après deux ans de travail mixte, le mouvement s'est ouvert uni-

quement aux Noirs « (...) estimant que c'était la condition pour que leur expérience de discrimination et d'humiliation puisse se dire ... » (Delphy (4) 2016).

Pour comprendre le choix de la non-mixité, il est important de se souvenir que la mixité n'est pas synonyme d'égalité, mais plus modestement un moyen d'obtenir de l'égalité. Un moyen qui, s'il n'est pas accompagné d'un réel travail de recherche d'égalité, peut se montrer contre-productif. L'introduction de la notion de « recherche d'égalité » permet de sortir d'une lecture binaire : mixité/non-mixité. Elle nous offre une grille d'analyse plus complexe avec quatre possibilités au sein d'un groupe :

- ▶ une mixité sans égalité, au sein de laquelle on n'a pas instauré une politique d'égalité dans laquelle se développe un renforcement des rapports de force entre les sexes ;
- ▶ une mixité émancipatrice accompagnée d'une réelle recherche d'égalité ;
- ▶ une ségrégation, dans laquelle le groupe des dominés est mis à part ;
- ▶ une non-mixité choisie comme outil d'auto-émancipation.

Mixité/non mixité, une adaptation en fonction des objectifs

Nous avons interrogé des professionnels du secteur social à ce sujet et il est apparu comme essentiel que la question de la mixité ou de la non-mixité à l'intérieur des actions sociales est à mettre en lien avec les objectifs à atteindre. Par exemple, s'il s'agit de sensibiliser le public à la problématique des violences faites aux femmes, il est sans doute intéressant de travailler en mixité. Mais s'il s'agit d'outiller ces femmes pour se défendre, il est intéressant d'envisager la non-mixité comme une option valide.

Irène Zeilinger (5) de l'asbl Garance témoigne : « *on se sent très mal compris quand on travaille en non-mixité parce que les gens ne comprennent pas toujours l'objectif principal qui est d'outiller les femmes. Dans les groupes mixtes, les rapports de pouvoir se reproduisent malgré la meilleure volonté des hommes et des femmes. On passe alors beaucoup de temps à déconstruire les rapports de violence. Nous avons observé aussi que la prise de parole n'est pas la même ; ce sont les hommes qui parlent le plus même lorsqu'ils sont minoritaires. Enfin, c'est aussi une question de sécurité et de confiance. La majorité des femmes qui ont été victimes de violence, l'ont été par des hommes. Elles ont du mal à refaire confiance aux hommes et nous devons constater qu'il est plus facile de parler de ces sujets entre femmes.* »

Audrey de Briey (6), coordinatrice des asbl Mode d'Emploi (2016), argumente le choix de la non-mixité des formations Vie Féminine de la manière suivante : « *la non-mixité permet aux femmes (...) d'acquérir plus de confiance en elles, en leurs capacités, leur potentiel, de les rendre plus sûres d'elles.* »

À l'asbl Garance, lorsqu'ils organisent des groupes de self défense, Irène Zeilinger (7) a observé « *que certains hommes*



tentent d'impressionner les femmes laissant à celles-ci moins l'occasion de développer leur potentiel. Pour certains, il est inconcevable que les femmes assurent elles-mêmes leur sécurité. D'autre part, on remarque qu'ils ont du mal à laisser une provocation sans réponse. Ce qui les amène à se mettre en danger plus que les femmes.» Pour toutes ces raisons, il est intéressant de travailler en groupes non mixtes afin d'outiller chacun en fonction de sa différence.

Dans le champ du handicap, les concepts d'autodétermination tels que le « *peer counseling* » et l'« *empowerment* » se sont répandus depuis les années 1990 ; ils regroupent des actions de formation par les pairs (appelés « *pairs aidants* ») et d'« *auto-représentation* » dont le leitmotiv est : « Rien pour nous sans nous ! » (déclaration de Madrid). Il s'agit d'accompagnements de personnes vivant avec un handicap désireuses d'augmenter leur autonomie, par des personnes vivant en situation de handicap qui ont atteint un niveau d'autonomie plus grand.

Le professeur Michel Mercier (8) mène, depuis plus de 20 ans, avec son équipe, des recherches et des actions en faveur des personnes en situation de handicap, notamment dans le domaine de l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS). Il connaît bien les notions de « *peer counseling* » et d'« *empowerment* » et nous en parle : « *des personnes concernées par le handicap, leurs accompagnants et des chercheurs ont développé des procédures visant à orienter les champs de recherche. C'est là l'esprit du programme international d'éducation à la citoyenneté démocratique où les personnes bénéficiaires deviennent des experts et les experts, des bénéficiaires.* »

Dans ses formations d'autodéfense, l'asbl Garance recourt à des formatrices en situation de handicap mental accompagnées simplement par une assistante non porteuse de handicap qui n'intervient pas dans les débats. « *En raison de son handicap, l'animatrice peut davantage communiquer pour être comprise. Le fait que l'animatrice est une femme en situation de déficience intellectuelle permet aux participantes de s'identifier à elle. Elles en sortent grandies. Le fait que le savoir soit transmis par une femme qui leur ressemble leur permet d'entrevoir de nouveaux possibles.* » (H Zeilinger (9))

L'EVRAS demande, selon nous, à être questionnée en terme de mixité et de non-mixité. À ce sujet, le Professeur Mercier met en évidence la pertinence de différentes approches : « *dans le domaine de l'EVRAS, il est intéressant de travailler, d'une part, avec des groupes mixtes, puisque dans de nombreux cas, la vie relationnelle, affective et sexuelle se joue en mixité, et d'autre part, avec des groupes non-mixtes, notamment lorsqu'il s'agit d'homosexualité, afin que les personnes du même sexe puissent s'exprimer entre elles à propos de leur orientation sexuelle. En outre, même dans l'hétérosexualité, les sensibilités et les représentations sociales des hommes et des femmes sont différentes. Il est donc intéressant, dans les animations, d'alterner les moments de mixité et de non-mixité. Lorsqu'il s'agit de personnes en situation de handicap et de personnes valides, la mixité combinée à la non-mixité est également riche. La mixité répond à la nécessité d'apprendre à s'adapter l'un à l'autre dans l'hétérogénéité. Il est aussi important d'avoir des groupes non-mixtes à d'autres moments pour permettre aux participants d'exprimer leur différence avec l'autre groupe. »*

En guise de conclusion

En conclusion, la mixité est largement répandue dans notre société et nous avons tenté de démontrer que dans le champ du handicap comme en matière de genre, elle n'est pas fatalement porteuse d'égalité et de possibilité d'expression pour les groupes dominés. La mixité est un moyen nécessaire, mais non suffisant pour atteindre l'égalité. Elle est un facteur essentiel d'inclusion. Elle est idéale pour reconnaître la différence et pour permettre le « vivre ensemble » des hommes et des femmes d'une part, et des personnes vivant ou non en situation de handicap d'autre part.

Cependant, tout au long de cet article, nous avons tenté de montrer l'intérêt que peuvent avoir des moments de non-mixité au sein des actions sociales. La non-mixité est intéressante dans le champ du handicap, comme dans le travail sur le genre, parce qu'elle permet l'expression des individualités, la transposition des stratégies et le partage du vécu, dans une démarche d'autodétermination.

Pour que la mixité et la non-mixité soient émancipatrices, elles doivent être choisies en fonction des objectifs à atteindre et accompagnées d'une recherche d'égalité.

Enfin, l'idéal, selon nous, dans une visée d'universalisme proportionné, est de rester ouvert et souple dans nos pratiques.

(1) Fize, M. (2003) *Les pièges de la mixité scolaire* (éd. 1^{re}). Paris: Presses de la Renaissance.

(2) Ib idem

(3) Delphy, C. (2016). La non-mixité: une nécessité politique, Les mots sont importants.net, Récupéré sur <http://msi.net/La-non-mixite-une-necessite>

(4) Ib idem

(5) Irène Zeilinger en entretien avec l'auteur le 17 octobre 2018

(6) de Briey, A. (2016). L'ISP au féminin, *L'Essor*, (n° 75), Bruxelles: L'Interfédé, p30

(7) Op sit.

(8) Michel Mercier, en entretien avec l'auteur le 19 octobre 2018

(9) Op sit.

Contraception : où sont les hommes ?¹

REPÈRES

Aujourd'hui, en Belgique, les femmes sont majoritairement en charge de la contraception. Les hommes ne partagent pas, ou très peu, cette responsabilité. La question est même rarement abordée au sein des couples, tant elle semble naturellement incomber aux femmes. Pourtant, un partage des responsabilités aurait de nombreux avantages. Quels sont alors les freins à plus d'égalité en la matière et comment les dépasser ?

► **LAURENCE STEVELINCK**, diplômée du Master interuniversitaire de spécialisation en études de genre



Le partage des responsabilités, une question de santé et d'égalité

Selon une étude² récente menée en Belgique, 68% des femmes et 33% des hommes déclarent utiliser un moyen de contraception. Une femme sur deux se dit seule à décider de la contraception de son couple. On retrouve ce même déséquilibre au niveau financier : 87% des femmes payent personnellement leur contraceptif³. Cette responsabilité inégale se traduit aussi par une forme de travail invisibilisé⁴ et naturalisé. Les femmes portent la charge mentale qu'implique ce travail souvent quotidien. C'est à elles que revient la responsabilité de la bonne utilisation de la contraception : prendre son comprimé à heure et à temps, placer correctement, et au bon moment, un nouveau patch ou un nouvel anneau, etc. Elles sont aussi contraintes de se plier à un suivi médical régulier étant donné que la majorité des contraceptions sont prescrites après consultation. Encore une charge financière et même horaire (rendez-vous chez un-e praticien-ne, visite à la pharmacie...). Ce travail influence également la sexualité et le désir dans le couple : le travail des femmes anticipe les relations sexuelles et crée toutes les conditions pour que le désir des hommes puisse, lui, être spontané, sans qu'ils doivent se soucier de la contraception.

On le voit : que ce soit techniquement, financièrement ou mentalement, la contraception est majoritairement à charge des femmes. Les hommes sont souvent absents comme s'ils n'étaient pas féconds ou concernés par les conséquences possibles d'une relation sexuelle non contraceptée : la naissance d'un enfant, devenir père. Leur vie reproductive est pourtant plus longue que celle des femmes et, contrairement à elles, ils sont fertiles tous les jours du mois. Ce n'est d'ailleurs que depuis sa médicalisation dans les années 1960 que la contraception s'est féminisée⁵. Auparavant, le retrait était la méthode la plus utilisée en Europe. Pourtant, si les hommes « se contraceptaient », les bénéfices d'un partage équitable seraient socialement importants.

Des avantages conséquents

D'un point de vue de santé publique, une alternance contraceptive pourrait diminuer les risques liés aux effets secondaires potentiels de la contraception hormonale que les femmes sont actuellement seules à supporter : risques d'accidents thromboemboliques veineux et artériels, douleurs, céphalées, règles plus longues et plus abondantes, tensions mammaires, trouble de l'humeur, acné... « Une contraception va peut-être convenir parfaitement à une

femme et d'autres vont s'en plaindre, explique Yannick Manigart, gynécologue-obstétricien au CHU Saint-Pierre et spécialiste de la contraception féminine. *Pour certaines patientes, beaucoup, rien ne convient. Et c'est un vrai problème. Je me retrouve souvent à me demander ce que je vais leur prescrire. Elles expulsent leur stérilet, elles ne peuvent pas prendre ceci, la ligature des trompes implique un risque... S'il existait une alternative pour les hommes, ce serait bien !* »

Une prise en charge masculine représenterait aussi une possibilité supplémentaire de réduire le nombre de grossesses non désirées et d'avortements. La moitié des femmes souhaitant avorter utilisaient en effet une contraception⁶, ce qui démontre l'ampleur des échecs contraceptifs, dus à une mauvaise utilisation ou au pourcentage d'échec de la méthode utilisée. Enfin, en étant « contraceptés », les hommes pourraient contrôler plus efficacement leur propre fertilité et choisir plus concrètement et de manière responsable le moment de devenir père.

Par ailleurs, de nombreux couples souhaiteraient partager plus équitablement la contraception. 39% des hommes se disent prêts à utiliser une contraception masculine et 51% des femmes y sont favorables⁷. Si les avantages d'une responsabilité partagée sont nombreux, si une volonté des couples se dessine, quelles sont alors les raisons de ce déséquilibre systématique ?

État des lieux

Une première raison régulièrement invoquée est le manque de moyens contraceptifs masculins. En Belgique, n'existent que le préservatif externe et la vasectomie, considérée le plus souvent comme une contraception définitive. En France, deux autres contraceptions⁸ sont disponibles : une contraception hormonale par injection, validée par l'Organisation Mondiale de la Santé, et une contraception thermique



1 STEVELINCK Laurence, *Contraception : où sont les hommes ? Essai sur une responsabilité partagée - L'exemple de Thomas Bouloù*, mémoire de Master interuniversitaire de spécialisation en études de genre, UCL-ULB-ULiège-USLB-UNamur-UMONS, 2018.

2 Enquête « Contraception 2017 », Solidaris, 2017.

3 Campagne Fifty-fifty, FCPF-FPS, 2017.

4 THOMÉ Cécile, *Jouir sans entraves ? Analyse des effets sur la sexualité de la féminisation de la contraception*, Bruxelles, Observatoire du Sida et des Sexualités, 27 février 2018.

5 LE GUEN Mireille et al., « Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation », dans *Population et Sociétés*, n°549, 2017.

6 BRAUN Frédou, *Dépasser le pour/contre : l'avortement vu autrement*, Louvain-la-Neuve, Centre d'Éducation et de Formation en Alternance, 2012.

7 Enquête « Contraception 2017 », Solidaris, 2017.

8 Plus d'infos : <http://www.contraceptionmasculine.fr>

qui prend la forme d'un slip permettant d'augmenter la température des testicules et, ce faisant, de suspendre la production de spermatozoïdes.

L'utilisation de ces méthodes est loin d'être généralisée. Le préservatif est rapidement abandonné par les couples qui entrent dans une relation stable⁹. La vasectomie connaît une progression intéressante en Belgique (10.000 hommes ont été vasectomisés en 2017 contre 8000 en 2007, dont une large majorité en Flandre¹⁰) mais timide en regard des pays anglo-saxons. Les méthodes alternatives utilisées en France le sont de manière encore très marginale.

Régulièrement, on voit poindre dans la presse des titres accrocheurs affirmant l'arrivée imminente d'une pilule contraceptive pour hommes... qui n'arrive jamais. Une piste qui ne serait toutefois pas une solution-miracle vu le nombre d'échecs contraceptifs dus à une mauvaise utilisation déjà constatée pour la pilule pour

femmes. Daniel Murillo, gynécologue et andrologue au CHU Saint-Pierre, spécialiste de la fertilité, attend quant à lui beaucoup du *Vasalgel*, un

gel injecté dans les canaux déférents et qui, tel un bouchon, bloque les spermatozoïdes. Il peut ensuite être dissous grâce à une deuxième injection, sans que la fonction des testicules ne soit altérée.

Mais cette méthode ne sera sans doute pas disponible avant minimum cinq ans.

« Ça n'intéresse pas les investisseurs. La Fondation Parsemus, qui développe le *Vasalgel*, est une fondation sans but lucratif. La Big pharma n'est pas intéressée car ce n'est pas rentable du tout. On va faire deux injections et le patient est parti pour des années ! Ce qu'elle préfère, c'est vendre des pilules car c'est rentable. On est donc obligé de passer

par des associations non gouvernementales dont la capacité financière est évidemment réduite. Ça prend beaucoup plus de temps pour obtenir des fonds et développer les études ».

Freins techniques et professionnels

Au désintérêt de l'industrie pharmaceutique, s'ajoutent celui de la médecine et des pouvoirs publics, le doute quant à la volonté des hommes d'utiliser une contraception... et donc le manque de moyens alloués aux études sur la fécondité masculine¹¹. Ces budgets ont toujours été très limités. Les contraintes et les effets secondaires potentiels sont aussi cités pour expliquer l'échec de la diffusion des contraceptions masculines hormonales et thermiques. Une étude commanditée par l'OMS justifie ainsi la décision de ne pas mettre sur le mar-

ché un nouveau contraceptif masculin hormonal en raison d'effets secondaires subis par vingt hommes... sur 320¹². Les effets secondaires cités sont pourtant comparables à ceux subis par les femmes, ce qui pose par ailleurs la question de la hiérarchisation sexuée de la santé, à court ou long terme¹³.

Un autre facteur conséquent qui freine l'utilisation de la contraception masculine est à trouver du côté des conseils dispensés par les professionnel-le-s de la santé. Une recherche¹⁴ comparative entre les prescripteurs français et anglais est à cet égard très explicite. En France, 15% des femmes entre 15 et 49 ans déclarent bénéficier de méthodes considérées comme masculines (préservatifs, vasectomie et retrait) tandis que, au Royaume-Uni, elles sont 54%. Pourquoi une telle différence ? Cette étude démontre que les recommandations contraceptives diffèrent fortement en fonction du contexte national : mode de rétribution des praticien-ne-s, historique légal des méthodes, encadrement des formations, des pratiques et de l'information donnée à la patientèle... ainsi que la représentation genrée de la contraception qui influence l'ensemble des médecins, tant français-e-s qu'anglais-e-s. Iels¹⁵ partagent en effet la vision d'une responsabilité majoritairement féminine, avec toutefois des tendances très différentes. Les Français-e-s présentent une perception plus naturalisante (les femmes seraient naturellement plus concernées que les hommes), tandis que les Britanniques abordent généralement le sujet comme une question de société et d'éducation, avec une possibilité d'évolution.

9 THOMÉ Cécile, « D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes. Entre sexualité, santé et genre, analyser la métamorphose du préservatif masculin », dans *Sociétés contemporaines*, n°104, 2016, 4, pp. 67-94.

10 INAMI, 2018.

11 SPENCER Brenda, « La contraception pour les hommes – une cause perdue ? », dans *Andrologie*, n°22, 2012, 3, pp. 205-210.

12 CANNONE Robin, *Contraception hormonale masculine : des résultats prometteurs*, Le Figaro, novembre 2016.

13 PICARAT Marine et MIEUSSET Roger, « La contraception masculine, méthodes nouvelles et résistances », dans *Chronique féministe*, n° 114, 2014, 2, pp. 55-59.

14 VENTOLA Cécile, « Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre », dans *Cahiers du Genre*, n°60, 2016, 1, pp. 101-122.

15 Combinaison de « il » et « elle ».



Proposer une contraception masculine n'est pas non plus une évidence en Belgique. « *Ce n'est pas facile, même pour moi*, concède Yannick Manigart. *Souvent, le partenaire n'est pas présent. C'est clair que je propose une vasectomie quand on se trouve dans un cul de sac au niveau des possibilités. (...) Là, ça vient tout de suite à l'idée. Mais j'avoue sans problème que je n'y pense pas facilement non plus. Parfois ça dépend des patientes. Si on est en ligature, je propose directement la vasectomie. Maintenant, si on n'est pas dans ce cas-là, que la patiente n'en parle pas, c'est vrai que je ne vais pas dire systématiquement "Et votre mari?" Et pourtant, je pourrais, à partir de 40 ans* ».

Du côté des centres de planning familial, malgré la production de quelques analyses et d'une campagne en 2017 mettant en avant la responsabilité partagée, le sujet semble également peu abordé.

Les rôles de genre en cause

À la vue de ces éléments rapidement brossés, l'argument de l'évidence de la contraception féminine s'étiole. Pour la sociologue Cécile Ventola, « *l'usage de la contraception est une pratique sociale, influencée par les rapports sociaux, notamment de sexe, dans lesquels les indivi-*

du-e-s se situent, et par leur socialisation en matière de sexualité et de contraception »¹⁶. Pour de nombreux·ses chercheur·e-s, le déséquilibre contraceptif trouve en effet son origine dans les représentations des rapports sociaux de genre, c'est-à-dire les rôles spécifiques attribués aux femmes et aux hommes, des constructions sociales qui dessinent la masculinité et la féminité, variables dans le temps et l'espace.

La division sexuelle du travail¹⁷ en est un enjeu essentiel : les tâches sont séparées selon le genre et hiérarchisées, celles dites masculines étant davantage valorisées. La contraception médicale est ainsi socialement liée à la sphère reproductive elle-même attachée aux femmes. Ces principes de séparation et de hiérarchie étant bien ancrés, il est plus facile de comprendre pourquoi il s'agit pour les hommes, en matière de contraception aussi, de se différencier à tout prix des femmes, afin d'affirmer une identité sociale masculine.

La socialisation genrée est un outil puissant pour construire ces identités. La famille, l'école, les pairs, les médias... autant d'agents de socialisation qui peuvent influencer les individu·e-s dans leur adoption des rôles de genre, en matière de sexualité, de contraception et dans tout autre domaine.

¹⁶ Ibid, p. 103.

¹⁷ KERGOAT Danièle, « Division sexuelle au travail et rapports sociaux de sexe », dans *Dictionnaire critique du féminisme*, HIRATA Helena, LABORIE Françoise, LE DOARÉ Héliène, SENOTIER Danièle, Paris, PUF, 2000, pp. 35-44.

C'est ainsi que l'on rencontre régulièrement l'argument de l'homme irresponsable¹⁸, ne pouvant pas être enceint, auquel la femme ne pourrait faire confiance, quand on évoque la contraception masculine. Une vision naturalisante qui freine les avancées vers plus d'égalité, infantilise et dédouane les hommes de leurs responsabilités, et pèse au final sur les femmes. Ces constructions sociales doivent donc évoluer vers d'autres modèles pour que les hommes se sentent soucieux et responsables de leur fertilité¹⁹.

Par ailleurs, l'une des résistances principales à la contraception masculine se trouverait dans la symbolique du lieu-même de son action : le phallus, symbole suprême de la virilité. Daniel Murillo pointe ce facteur pour expliquer le refus de la vasectomie. « *Il faut démystifier le concept. Parce qu'on se fait vasectomiser, on devient un eunuque et on se fait châtrer. Le grand fantasme des hommes, c'est qu'on est châtré comme un chat. Un fantasme très présent en Belgique. (...) Tout est encore un concept par rapport à la masculinité, la virilité* ».

Perte d'érection, de libido, peur de devenir un sous-homme... les craintes imaginaires sont encore bien ancrées et liées à une certaine vision de la masculinité²⁰.

Des hommes en action

Si la majorité des hommes ne s'implique pas en matière de contraception, il existe pourtant diverses actions possibles : se renseigner sur l'offre contraceptive et s'impliquer dans la décision, participer équitablement aux frais, se rendre à la pharmacie, partager la charge mentale du rappel de la prise de pilule, questionner la pénétration comme condition obligatoire d'un rapport sexuel...

Certains hommes vont plus loin : ils ont décidé de « se contracepter » et de militer en faveur de la contraception masculine. C'est le cas, en France, de l'association ARDECOM²¹ qui, dans les années 1980, a développé les contraceptifs hormonaux et thermiques pour hommes.

À nouveau active, elle travaille aux côtés des centres de planning familial. C'est le cas aussi du collectif breton *Thomas Bouloù*²² qui organise des ateliers et soirées d'information, et collabore également avec les professionnel-le-s de la promotion de la santé.

Une menace pour les femmes ?

Une majorité de femmes semble désormais favorable au partage de la contraception mais certaines restent réticentes. Il faut rappeler que la contraception médicale, et en particulier la pilule, est considérée comme une victoire fondamentale pour les femmes. Certaines craignent donc que cette liberté leur échappe avec la contraception masculine. Le risque est en effet que certains hommes, forts des rapports de pouvoir en leur faveur, instrumentalisent l'égalité contraceptive pour contrôler la contraception des femmes, leur imposer une grossesse et limiter leur droit à disposer de leur corps²³.

Là encore, il apparaît primordial de déconstruire les rapports sociaux de genre qui subordonnent les unes aux autres. Les mêmes rapports qui assignent solidement les femmes à la responsabilité contraceptive et plombent l'utilisation et le développement de la contraception masculine.

Ces rôles de genre ne sont toutefois pas immuables puisqu'ils sont construits. Les domaines d'action sont nombreux et les professionnel-le-s de la santé y ont un rôle à jouer. L'éducation des plus jeunes, via notamment une éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) homogénéisée, obligatoire et égalitaire, est essentielle pour amorcer une prise de conscience, connaître son corps, déconstruire les stéréotypes de genre et faire émerger de nouveaux modèles de responsabilités. Les adultes aussi doivent être éduqué-e-s et s'éduquer. La formation des professionnel-le-s de la santé doit s'enrichir en matière de contraception pour suivre ces mêmes objectifs. Les pouvoirs publics doivent également soutenir ces programmes ainsi que les initiatives de la société civile. La gratuité de la contraception doit enfin être organisée pour bénéficier au plus grand

nombre. Assumer chacun-e ses responsabilités et sa fertilité, alterner la charge contraceptive, partager les risques et le plaisir, ne pourra être envisagé qu'en provoquant une transformation radicale de nos scénarios culturels.

Le déséquilibre
contraceptif trouve
son origine dans les
représentations des
rapports sociaux
de genre.

18 SPENCER Brenda, « La femme sans sexualité et l'homme irresponsable », dans *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 128, 1999, pp. 29-33.

19 OUDSHOORN Nelly, « Technologies de la reproduction et identités des usagers : une co-construction. Le cas de la pilule masculine », dans *Reproduire le genre*, DORLIN Elsa et FASSIN Éric (dir.), Paris, Bibliothèque publique d'information Centre Pompidou, 2010, pp. 35-45.

20 KALAMPALIKIS Nikos et BUSCHINI Fabrice, « La contraception masculine médicalisée : enjeux psychosociaux et craintes imaginaires », dans *Nouvelle revue de psychologie*, 2007, 4, pp.89-104.

21 Lien vers le site web de l'assoc' <http://www.contraceptionmasculine.fr/>

22 Idem : www Ils n'ont pas de site web ni de page facebook. Mais un e-mail : thomasboulouetcie@riseup.net

23 ANDRO Armelle et DESGREE DU LOÛ Annabel, « La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : enjeux et difficultés », dans *Au-trepart*, n°52, 2009, 4, pp. 3-12.

Femmes, genre et promotion de la santé : origine et perspectives du réseau

INITIATIVES

En 2018, Femmes et Santé asbl est mandatée par la Cocof pour créer et renforcer un réseau « Femmes, genre et promotion de la santé » sur le territoire bruxellois. La mise en place de ce réseau prévue par le plan stratégique de promotion de la santé 2018-2022, répond à l'objectif transversal « lutter contre les inégalités basées sur le genre ». Nous vous proposons ici de (re)découvrir Femmes et Santé asbl, la Plateforme pour Promouvoir la Santé des Femmes, l'articulation entre ces entités et la nouvelle mission de réseau, ainsi que les projets portés par celui-ci.

► **MANOË JACQUET**, Plateforme pour Promouvoir la Santé des Femmes

L'ADN de Femmes et Santé

Femmes et Santé est une asbl qui opère depuis plus d'une quinzaine d'années sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles, en proposant des ateliers de promotion de la santé et des actions communautaires en santé majoritairement à destination de femmes cisgenres¹.

La mise en place de ce type d'ateliers répondait à plusieurs constats :

► **La surmédicalisation du corps des femmes tout au long de leurs cycles de vie** : les règles, la grossesse, l'accouchement, la période autour de la cinquantaine sont autant de processus naturels qui sont souvent pathologisés et dès lors majoritairement pris en charge par des consultations médicales ou psychologiques ou par la prescription de médicaments.

► **Les rapports de pouvoir entre les soignant.e.s et les soignées** : la médecine occidentale place les soignant.e.s dans le rôle d'expert.e.s, tandis qu'une forme de discrédit est accordé aux soignées. On ne prend pas suffisamment en compte les savoirs populaires et l'expertise des personnes sur leur propre corps. La consultation médicale

peut rapidement devenir un espace de pouvoir où l'on va dire ce qui est bon de faire, où le consentement éclairé n'est plus systématique... aboutissant parfois à des violences médicales et institutionnelles qui peuvent être lourdes de conséquences pour la santé des femmes.

► **Un manque de compréhension systémique de la santé des femmes** : la santé est conditionnée par de nombreux déterminants sociaux, dont le genre, le fait d'être racisé.e, l'accès aux ressources socioéconomiques, l'accès aux droits culturels, le fait de disposer d'un réseau social ou d'être isolé.e, etc. La consultation médicale dispose souvent de trop peu de temps pour intégrer ces dimensions et ne peut répondre à elle seule à l'ensemble de ces facteurs sociaux qui se répercutent sur la santé. En ce qui concerne la santé des femmes, une compréhension de la spécificité de leur statut dans la société est nécessaire pour mieux les accompagner dans leurs cycles de vie, mais également

¹ Dont l'identité de genre assigné à la naissance concorde avec leur sexe biologique.



pour favoriser leur autonomie, leur auto-détermination et les liens de solidarités intergénérationnels.

De la mise en place d'ateliers à l'élaboration d'outils de transmission

Les ateliers de promotion de la santé des femmes ont été mis en place par Catherine Markstein, médecin fondatrice et ancienne coordinatrice de l'ASBL. Plusieurs animatrices l'ont accompagnée dans ce projet. Ensemble, elles se sont pleinement inspirées des dynamiques de *self-help*, que l'on peut traduire par *auto-santé*, développées par les mouvements féministes dans les années 70'.

Par ces dynamiques, on sort du colloque singulier entre médecin et patiente pour envisager la santé de manière collective et participative. Chacun.e a une expertise à apporter au groupe; l'autogestion du groupe est garante de la bienveillance et du recoupement des informations. Ces ateliers visent à recréer une culture de transmission entre les femmes par l'échange de leurs savoirs et compétences propres, de leurs expériences et vécus. Elles en ressortent

plus informées et affirmées pour échanger avec le corps médical. Les grandes recommandations de santé publique peuvent être des balises, mais en aucun cas, une réponse systématique: chaque femme doit trouver les réponses qui lui conviennent étant donné ses conditions de vie.

Catherine Markstein s'est appliquée à traduire sa pratique et ses réflexions autour de la santé des femmes en deux outils de transmission.

- 1 **Le référentiel Auto-santé des femmes²**: il encourage la mise en place d'ateliers de santé auto-gérés, au sein d'associations ou dans la sphère citoyenne. Il fournit des canevas d'ateliers autour de l'immunité, de la santé des seins, du périnée, du sommeil, la période autour de la cinquantaine, etc. afin de soutenir les groupes concernés dans leur démarche.
- 2 **La conférence gesticulée «La place n'était pas vide...»**: cette conférence (1h20') est un outil d'éducation populaire (France) qui mélange des savoirs scientifiques et les savoirs expérientiels. En fil rouge de son expérience personnelle, Catherine Markstein greffe ses réflexions et

2 co-écrit et co-édité avec Le monde selon les femmes et la Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial. Le référentiel est disponible en format papier auprès de l'asbl, ainsi qu'en format téléchargeable sur le site du Monde selon les femmes: http://mondefemmes.be/genre-developpement-outils_theorie-analyse_declics-genre_r-f-rentiel-auto-sant-des-femmes.htm



interrogations vis-à-vis d'une pratique médicale patriarcale, raciste et néolibérale. Elle propose des pistes pour une pratique médicale moins normative, plus inclusive et participative³.

La Plateforme pour Promouvoir la Santé des Femmes: un espace de renforcement et de plaidoyer

En parallèle des ateliers de promotion de la santé et des actions en santé communautaire s'est développée une plateforme de femmes et d'associations concernées par la santé des femmes et désireuses de défendre l'intégration de l'approche de genre dans les recherches, les actions et les politiques de promotion de la santé. La « Plateforme pour Promouvoir la Santé des Femmes » (PPSF), a la caractéristique de croiser des regards (citoyennes et professionnelles), des secteurs (promotion de la santé, éducation permanente, coopération au développement, etc.), des témoignages, constats et observations autour de la santé des femmes. La PPSF a été un lieu de renforcement des femmes et des associations désireuses de porter ces questions, alors même que persistent de nombreuses résistances à parler de genre et de nombreux questionnements sur la manière d'opérationnaliser le genre en promotion de la santé.

Au cours de ces dix dernières années, la PPSF a porté une réflexion autour de :

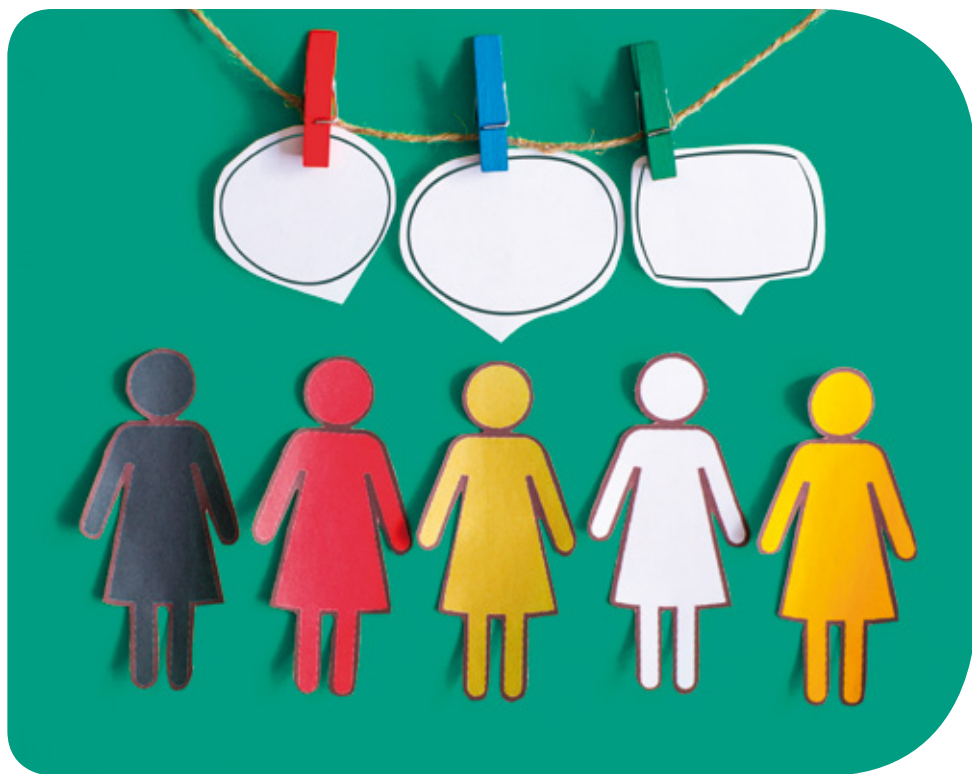
► **l'auto-santé** : en continuum des actions présentées précédemment, la PPSF soutient les femmes dans la réappropriation de leur corps, leur santé et leur sexualité tout au long de leurs cycles de vie par l'échange de savoirs et d'expériences entre elles. Cette thématique a ainsi constitué le cœur du premier événement grand public organisé par la PPSF en mai 2013.

► **les violences faites aux femmes** : elles ne concernent pas seulement la violence entre partenaires ou intrafamiliale, mais des formes de violence beaucoup plus systémiques et liée à une société patriarcale. Les femmes subissent des discriminations du fait de leur identité de genre, qui se repercutent au niveau de l'accès à l'emploi, des salaires, mais également dans l'espace public (sexisme, harcèlement), dans les pratiques médicales (violences gynécologiques ou obstétricales), dans leur sexualité (violences sexuelles, viols).

► **la place du Care⁴ dans notre société** : un nombre important de femmes témoignent que malgré certaines avancées en termes d'égalité au niveau professionnel, les stéréotypes ont la vie dure au sein de la sphère privée. Dans les couples hétérosexuels, les femmes pointent du doigt l'inégale répartition des tâches liées aux soins (de la maison, des enfants, des parents, etc.) et le poids que cela suppose sur leur santé. Le *Care* comme grille de lecture a aussi l'avantage de questionner les valeurs et les rythmes de nos sociétés : une société de la performance et de la productivité est-elle capable de valoriser les tâches liées au *Care*, à la fois invisibles, souvent non-monétarisées et pourtant essentielles au maintien de la vie humaine ?

► **la maternité** : elle est souvent identifiée par les femmes elles-mêmes comme un moment de fracture dans leur vie. La période prénatale est très investie, voire surinvestie au niveau médical, alors que la période postnatale est souvent caractérisée par une forme d'isolement, en plus de l'extrême fatigue et des multiples questionnements propres à l'arrivée d'un nouveau-né. La vie des femmes devenues mères doit se réorganiser drastiquement même au-delà du post-partum, ce qui a beaucoup d'impacts sur leur santé physique et mentale. Ce moment est, en ce sens, un moment de vulnérabilité en termes de vécus des violences et des inégalités.

Nos réflexions se sont accompagnées de dynamiques de plaidoyer telles que la sensibilisation



³ Catherine continue de rencontrer des associations et collectifs par le biais de sa conférence gesticulée. Si vous êtes intéressé.e.s à la recevoir, n'hésitez pas à contacter l'asbl. Par ailleurs, La conférence sera bientôt disponible en format vidéo.

⁴ Terme anglais qu'on peut traduire par sollicitude, le « prendre soin » des autres, de soi, de son environnement. Il comprend un ensemble de savoir-être et de tâches « que nous faisons pour maintenir, réparer et perpétuer notre monde, afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nos personnes et notre environnement. » (Joan Tronto, 2013).



Pour en savoir plus...

Quelques publications autour de ces sujets

- ▶ **11° Rencontres Internationales Femmes et Santé, Santé des femmes et droits humains, construisons l'avenir**, Bruxelles, Belgique, 2011. Disponible sur le site du Monde selon les femmes: <http://www.monde-femmes.be/pdf/RIFS11-FRWEB.pdf>
- ▶ **Care, genre et santé des femmes**, 2016. Disponible sur le site d'Alter Égales: http://www.artko.be/pdf/Rapport_Care.pdf
- ▶ **Stigmatisation de la maternité au sein d'une société néolibérale, entre représentation idéalisée et dévalorisation sociale: quel choix pour les femmes?** 2017. Disponible sur le site de Corps écrits: <https://www.corps-ecrits.be/download/stigmatisation-de-la-maternite-au-sein-dune-societe-neoliberal-entre-representations-idealisees-et-devalorisation-sociale-quel-choix-pour-les-femmes/?wpdmdl=1067>

Des outils pédagogiques

- ▶ **Le Care, une grille d'analyse des rapports sociaux**, publié par la Fédération des centres pluralistes de planning familial, 2017. Celui-ci s'inspire de la recherche réalisée par la PPSF en 2016 et d'un document-plaidoyer rédigé à l'occasion d'une rencontre avec des politiques en juin 2017. Disponible sur le site de la fédération: <http://www.fcppf.be/portfolio/items/le-care/>
- ▶ Femmes et Santé et Le Monde selon les femmes finalisent la co-écriture d'une publication dans la collection Déclat du Monde selon les Femmes, dont l'objectif est d'accompagner les associations à intégrer la grille d'analyse du genre dans des projets de santé. Disponible à la fin de l'année 2018.

et la rencontre avec des élu.e.s...mais pas uniquement! Nous tentons d'amener des professionnels d'autres secteurs à s'approprier notre approche et nos réflexions, les compléter et les complexifier afin d'étendre l'intégration d'une démarche féministe de promotion de la santé. Ainsi, la grille d'analyse du *Care* attend encore d'être déclinée sur de nombreuses thématiques et problématiques comme une réflexion sur les dispositifs de sécurité sociale avec des mouvements syndicalistes, le soutien du bien-être et le statut des aidant.e.s proches, ou encore les liens entre le genre et les assuétudes.

Un nouveau financement, une nouvelle mission, un nouveau réseau

Le 28 mai 2018 (journée internationale d'action pour la santé des femmes), nous fêtons les 10 ans d'existence de la PPSF. L'octroi d'une subvention strictement allouée à la constitution et au renforcement d'un réseau « Femmes, genre et promotion de la santé » est pour nous une grande joie et un signe de reconnaissance par rapport à l'ampleur du travail jusqu'ici accompli de manière militante. 2018 sonne donc un tournant: la fin des ateliers de promotion de la santé d'une part et l'institutionnalisation du réseau bruxellois d'autre part. L'appellation Plateforme pour Promouvoir la Santé des Femmes (PPSF) disparaît au profit du vocable « réseau ».

Lors du 28 mai, une trentaine de femmes issues de la PPSF et du secteur de promotion de la santé à Bruxelles se sont rencontrées. Dans un premier temps, les membres fondatrices et actives de la PPSF ont exprimé la place qu'elles avaient accordé à ce réseau dans leurs actions citoyennes ou professionnelles. Dans un second temps, nous avons abordé les pistes de réflexions et d'actions que la PPSF pensait ouvrir au fil de ces trois années. Enfin, les partici-

pantes ont été invitées à s'exprimer sur leurs ressentis et leurs attentes par rapport à la mise en place d'un tel réseau.

Cette rencontre a été l'occasion de relever de nombreux défis pour le futur réseau bruxellois à différents niveaux:

- ▶ la représentativité: penser la mixité, l'inclusion des personnes transgenres et assurer la présence de non-professionnel.le.s dans le réseau
- ▶ des cadres d'analyse: élargir les réflexions à d'autres féminismes, penser de manière intersectionnelle comme intégrer l'afroféminisme, les transféminismes...
- ▶ des missions potentielles:
 - réaliser un diagnostic des vécus des femmes dans les quartiers et donner de la légitimité à la parole des usagères dans les associations de promotion de la santé
 - construire un plaidoyer (intersectionnel) en veillant à ce que les personnes concernées soient directement impliquées
 - relayer des activités réalisées par ses membres, et inversement ceux-ci deviennent relais du réseau
 - construire et proposer une formation autour de l'approche de genre en promotion de la santé
 - accompagner et soutenir les compétences psychosociales nécessaires au Care
- ▶ accompagner la réflexion sur différentes thématiques de travail:
 - la mixité ou la non-mixité (l'importance des espaces « safe »)
 - les rapports de pouvoir entre les professionnel.le.s et les bénéficiaires (soignant.e/soigné.e, personnes blanches/racisées, etc.)
 - l'engagement/la militance dans les pratiques (l'articulation des échelles de valeurs)
 - la promotion de la santé des personnes malades
 - le lien avec les aidant.e.s proches

- l'opérationnalisation de la grille d'analyse du Care dans les pratiques (avec les publics mais aussi dans les institutions elles-mêmes)

Étant donné que le réseau bruxellois ne dispose que d'une coordinatrice mi-temps, nous ne pourrions répondre à toutes ces attentes endéans les trois années de convention, mais celles-ci suggèrent l'ampleur du travail à mener à l'avenir.

Les actions du réseau en 2018

Une photographie du secteur de la promotion de la santé sous le regard du genre

Nos rencontres avec les acteurs et actrices de terrain depuis le début de l'année nous montrent leur intérêt à prendre en compte la dimension du genre dans les pratiques, même si certaines difficultés à la traduire en actions concrètes sont fréquemment exprimées.

Afin d'avoir une vision globale du secteur autour de ces questions, nous avons proposé trois rencontres collectives dans le courant du mois d'octobre 2018. Celles-ci ont eu pour objectif d'identifier les représentations des associations autour de ce sujet, la manière dont cela se traduit sur le terrain dans les pratiques professionnelles et les échanges avec les bénéficiaires, d'identifier avec eux/elles leurs questionnements et besoins à faire réseau autour des questions de genre et santé des femmes.

Nous avons privilégié un résultat « photographique » plutôt qu'un état des lieux (plus exhaustif). En effet, le dispositif de récolte d'informations se veut « léger » afin de ne pas surcharger le secteur lors de cette première année. Une rencontre est prévue afin de présenter ces résultats au secteur, d'en discuter et de pouvoir dégager de nouvelles pistes d'action et de travail.

Des rencontres

- ▶ La PPSF s'est toujours rencontrée mensuellement de septembre à juin. Lors de la photographie, les personnes rencontrées ont exprimées leurs besoins d'échanges sur les questions liées au genre. Le nouveau réseau doit donc s'approprier cet espace de rencontre, en déterminer l'objectif, les questions et les thématiques à aborder ainsi que la fréquence.
- ▶ Le 28 mai, journée internationale d'action pour la santé des femmes, constituait la rencontre annuelle de la PPSF, à destination du grand public et du monde politique. Le 28 mai restera la date de rassemblement des associations belges francophones qui défendent une approche féministe de promotion de la santé des femmes.
- ▶ Tout au long de l'année, la coordinatrice du réseau répond aux sollicitations du secteur: rédaction d'articles, rencontres, échanges, co-construction d'une action (événements, outils, interventions).

i

Pour plus d'informations

- ▶ Personne de contact: Manoë Jacquet
- ▶ Téléphone: 0493/81.85.23
- ▶ Adresse mail: info@femmesetsante.be ou manoe@femmesetsante.be
- ▶ Siège d'exploitation: Avenue Émile de Béco 109 à 1050 Ixelles
- ▶ Site Web de référence: www.femmesetsante.be

Un site internet interactif

Femmes et Santé dispose aujourd'hui de deux sites Internet qui répondent aux deux missions historiques. À l'avenir, seul le site www.femmesetsante.be (plus connu et plus usité) persistera et sera entièrement revu dans sa structure, ses contenus et son identité graphique.

Le futur site a pour objectif d'être une interface interactive autour de la démarche d'auto-santé et de l'approche de genre en santé. Nous espérons qu'il soutiendra toute association et tout collectif désireux d'intégrer le genre dans ses recherches, actions et politiques. Le site proposera à la fois des canevas méthodologiques, des publications de référence et des ressources autour de différents thèmes. Ce site sera également l'occasion de valoriser les initiatives, les publications et les actions menées par d'autres associations.

↙

Des personnes-ressources, des collectifs citoyens ainsi que des associations belges et françaises s'ancrent dans ce mouvement pour la santé des femmes. Un travail de centralisation de ces informations va être réalisé et diffusé via le nouveau site internet de Femmes et Santé, de telle manière que ce réseau soit visible et joignable. Ainsi, des personnes qui désirent participer à cette démarche, peuvent identifier un groupe sur leur territoire, de même que des personnes désireuses de mettre en place ce type d'ateliers, peuvent également prendre contact et s'informer auprès des personnes/lieux-ressources.

Et en Wallonie ?

Le transfert des compétences a le désavantage de faire vivre notre pays à deux vitesses. En octobre 2018, nous avons relancé des femmes et des associations wallonnes à se réunir autour de la philosophie de Femmes et Santé. Nous désirons renouer des liens de solidarité, recréer un espace d'échanges et de renforcement pour les personnes qui s'interrogent sur la santé des femmes et l'intégration de l'approche de genre en santé...et ainsi créer un réseau spécifique en Wallonie en lien avec nos intérêts et nos thématiques.

Check-list

sur la prise en compte du genre dans les projets

Cette check-list, qui se base sur la liste des critères de qualité pour les projets, vous permet de tester votre sensibilité aux différences entre les sexes (genre). De plus, elle vous donne des indications sur les aspects du projet pour lesquels vous pouvez tenir compte des aspects de genre. Si vous répétez l'évaluation régulièrement, que vous vous fixez des objectives qualités dans les domaines à améliorer et que vous prenez les mesures correspondantes, vous pourrez évaluer et suivre vos progrès dans la prise en compte du genre.

► PROMO SANTÉ SUISSE – WWW.QUINT-ESSENZ.CH

Les questions à se poser

Concepts de promotion de la santé

- ▶ Égalité des chances en matière de santé: l'intervention prévue promeut-elle l'égalité des chances entre filles/femmes et garçons/hommes en matière de santé?
- ▶ Participation des acteurs du setting: des membres masculins et féminins des groupes-cible sont-ils impliqués dans le projet?

Justification du projet

- ▶ Le projet répond à un besoin: les différents accès au thème traité des membres masculins et féminins des groupes-cible sont-ils connus et documentés?
- ▶ Besoins ressentis par les groupes-cible et autres groupes du setting: lors de la mise en œuvre des mesures, les demandes spécifiques aux garçons/hommes et celles spécifiques aux filles/femmes sont-elles prises en compte de manière égale?
- ▶ Apprendre à partir d'autres projets: avez-vous formulé pour votre projet des objectifs qualité tenant compte du sexe?

Planification du projet

- ▶ Justification: lorsque la méthodologie du projet a été prévue, a-t-on regardé si et quand des méthodes spécifiques à l'un ou l'autre sexe sont nécessaires?

Organisation du projet

- ▶ Structure du projet adéquate: les hommes et les femmes sont-ils représentés de manière appropriée dans l'orga-

nisation du projet (équipe de projet, groupes d'accompagnement)?

- ▶ Qualifications et exigences: si nécessaire, des mesures sont-elles prises pour garantir que l'on disposera du point de vue masculin et du point de vue féminin sur le sujet?

Pilotage du projet

- ▶ Évaluation formative: lors de l'évaluation de l'accès aux mesures mises en œuvre, ainsi que de la durabilité et du taux de succès ou d'échec des mesures, les différences entre les sexes sont-elles prises en compte? Les résultats de l'évaluation sont-ils ensuite utilisés pour le pilotage du projet?
- ▶ Motivation et satisfaction des acteurs du projet: les relations entre les sexes au sein de l'équipe de projet ainsi que leur influence sur le travail sont-elles régulièrement discutées?

Impacts

- ▶ Évaluation sommative de l'atteinte des objectifs: lors de l'évaluation des impacts du projet, examine-t-on s'il existe des différences entre les filles/femmes et les garçons/hommes?
- ▶ Documentation du projet: les différences spécifiques au sexe sont-elles documentées dans le rapport de projet?
- ▶ Information et valorisation: communiquez-vous au public vos compétences en matière de genre, vos innovations, vos concepts et/ou vos projets tenant compte du genre?

« Entre deux sexes »

Projeté à l'occasion du festival ImagéSanté en avril 2018, le documentaire de Régine Abadia donne la parole à Vincent Guillot et Ins A Kromminga, intersexes et figures du militantisme en faveur de la reconnaissance et du droit des personnes intersexuées. Éducation Santé a eu l'occasion d'assister à la projection et au débat qui s'est tenu ensuite, en présence de la réalisatrice et de Kris Günther¹.

► JULIETTE VANDERVEKEN

46 nuances de sexes

Le documentaire porte sur la cause des intersexes. Qui sont-ils au juste ? « *Les intersexes sont des individus nés avec des caractéristiques sexuelles (telles que les chromosomes, les organes génitaux, ou bien encore la structure hormonale) ne correspondant pas entièrement aux catégories mâle ou femelle, ou appartenant aux deux en même temps. (...) Le terme « intersexe » représente la palette des variations des caractéristiques sexuelles, variations naturelles au sein de l'espèce humaine*². » Biologiquement parlant, on parle de 46 variations de sexes différentes (avec encore de multiples sous-catégories), même s'il n'en existe que deux reconnues administrativement. Tout un éventail de variation des caractéristiques sexuelles qui concerne entre 0.05 et 1.7% de la population, d'après l'ONU, soit autant de personnes nées intersexuées que de roux.

Lorsque l'on naît avec une variation, qu'on ne rentre pas très exactement dans la catégorie mâle/femelle, on échoit dans la catégorie « Désordre (ou Anomalie) du Développement Sexuel » des classifications médicales... et c'est cette non-conformité aux standards médicaux et sociaux qui est à la racine du « problème ».

« C'est pour son bien », vraiment ?

Tout le monde naît avec des œstrogènes et de la testostérone. Au départ, il n'y a pas de problème. Mais la société en crée un, l'« anomalie » (entendu, ne pas rentrer dans la norme mâle/femelle) dérange... « *Les docteurs conseillent fréquemment aux parents des interventions médicales, chirurgicales ou autres, sur ces nouveau-nés et enfants, afin que leurs corps soient conformes (ou semblent l'être) aux caractéristiques mâles ou femelles. Dans la grande majorité des cas, ces interventions ne sont médicalement*

1 Co-fondateur, porte-parole et représentant de l'OII en Belgique
2 ILGA Europe et OII Europe, « *Défendre les droits humains des intersexués – Comment être un allié efficace ? Un guide pour les ONG et les décideurs politiques* » : <https://oiieurope.org/toolkit-allies-french/>

VU POUR VOUS



© Affiche du film « Entre deux sexes »

Afin que l'ordre des choses soit respecté, que le monde reste rose ou bleu, fille ou garçon, la médecine intervient à l'aide de traitements hormonaux et chirurgicaux sur de nombreux enfants nés intersexes. Vincent Guillot et Ins A Kromminga décident de sortir du silence qui les a trop longtemps accompagnés et tentent de briser un des derniers grands tabous de notre société.

De R. Abadia, 67', France, 2017
1^{er} prix de la Compétition « Soulever des Montagnes »
- Festival ImagéSanté 2018



pas nécessaires et peuvent avoir des répercussions terriblement néfastes sur ces personnes tout au long de leurs vies³. ». Le documentaire de Régine Abadia témoigne de ces répercussions, notamment de la pathologisation déjà au moment de la

vie fœtale ou dès la naissance, des chirurgies dites correctives dès la naissance ou dans l'enfance, des traitements lourds tout au long de l'adolescence, etc. au détriment du consentement libre et éclairé des personnes concernées. Tabou, secrets, absence d'explications sur ce qui se passe et ce qu'on va faire à ton corps, mal-être, difficultés à se définir, suis-je un monstre?... On démarre le visionnage en entendant tous ces terribles témoignages : traumatismes psychologiques, mauvaise estime de soi, risques accrus d'échec scolaire, de précarisation, discriminations...

Interpellant, d'autant plus qu'il ne s'agit pas d'un problème « de santé », mais d'un problème de société ! L'argument « c'est pour son bien » avancé (jadis ?) par le corps médical n'est désormais plus recevable. Notons que, parmi d'autres instances, l'ONU a remis un avis sur ces pratiques qu'elle assimile à de la torture⁴.

L'évolution des pratiques et des conceptions du corps médical

Au centre des revendications⁵, il y a « *la fin (des) pratiques mutilantes et 'normalisatrices' des chirurgies génitales, des traitements psychologiques et des autres traitements médicaux.* » En effet, la violation du consentement libre et éclairé de la personne et le droit à son auto-détermination sont ainsi mis en cause.

Cela débute notamment par une « dépathologisation » des variations des caractéristiques sexuelles, toujours inscrites dans la classification des maladies de l'OMS. Les protocoles et les manuels médicaux doivent évoluer. Les médecins présents dans la salle acquiescent. Kris Günther ajoute « *on n'attaque pas tous les médecins, mais « La » médecine dominante à laquelle ils sont formés et qui choisit de « normaliser* ». Heureusement, une prise de conscience sur le fait que les interventions chirurgicales devraient être retardées jusqu'à ce que l'enfant puisse décider par lui-même semble s'opérer, constate-t-il prudemment... mais aborder cette question et sensibiliser sur le sujet n'est absolument

pas systématique lors du cursus actuel. En termes de sensibilisation, on apprend d'ailleurs que le documentaire est davantage passé en fac de médecine à la demande d'étudiants que de professeurs. Dans les discussions avec la salle, on en vient alors à se demander : « *est-ce la société qui fait les médecins et les psychiatres, ou à l'inverse, ceux-ci façonnent-ils notre société ?* ».

Faire entendre la voix des intersexes

Au travers des voix de Vincent Guillot et Ins A Kromminga, nous suivons le combat et les revendications de personnes intersexuées... Et au-delà, le documentaire nous questionne sur la « normalité », cette construction sociale et culturelle « *qu'on se crée pour se rassurer* » (dixit Kris Günther). C'est seulement depuis les années '90 qu'un peu partout dans le monde, le voile se lève doucement sur la cause des intersexes. Lors des échanges avec la salle, la réalisatrice nous explique d'ailleurs qu'elle a constaté que « *où que ce soit dans le monde, on rencontre des personnes de cultures différentes qui partagent toutes des expériences similaires, les mêmes traumatismes, les mêmes déboires avec le monde médical et les mêmes revendications* ».

Le documentaire donne la parole uniquement à des intersexes, on n'entend pas le point de vue de médecins, de parents d'enfants intersexués par exemple. Régine Abadia explique que faire (« *enfin* » souligne-t-elle) entendre la voix des intersexes était une volonté forte de sa part au cours de la réalisation. Au-delà du respect du droit à l'intégrité physique, « *pouvoir vivre nos différences* » est le grand propos du film.

Briser le tabou et ouvrir le sujet

N'ayant, à titre personnel, jamais entendu parler de la cause des intersexes avant de me rendre à la projection du documentaire et après avoir sondé mon entourage, force m'a été de constater que les cours d'éducation sexuelle ne mentionnent pratiquement jamais leur existence. Ou suis-je d'une génération dépassée sur le sujet ? Je l'espère. Dans le même sens, les professeurs de médecine présents au cours de la projection reconnaissent qu'il s'agit « *d'une ligne dans un manuel de médecine* ».

Pourtant, au-delà des aspects en lien avec la « santé » et le modèle bio-médical, il est bien question de créer et d'élargir le débat sur les questions que cela soulève afin de l'enraciner au niveau sociétal : le droit à l'intégrité physique, au libre arbitre, au consentement, mais aussi la question de la normalité et – pour faire lien avec le thème de ce numéro – l'assignation forcée d'un genre (binaire).

³ Idem (2)

⁴ Note d'information fournie par le Haut Commissariat des Droits de l'Homme (Nations Unies) : https://www.ohchr.org/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/Documents/Issues/Discrimination/LGBT/FactSheets/UNFE_FactSheet_Intersex_FR.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1

⁵ Les revendications du mouvement international des droits intersexe sont reprises dans la déclaration de Malte (2013) : <http://oieurope.org/public-statement-by-the-third-international-intersex-forum/>

FIGHT FOR YOUR RIGHTS



RÉFLEXIONS

Penser la santé autrement: vers une approche globale et féministe ?

Aujourd'hui, la médecine se révèle de plus en plus divisée en spécialisations multiples et la santé¹ de chacun-e n'est plus que très rarement analysée dans sa globalité. C'est l'approche biomédicale qui s'impose principalement, proposant une vision de la personne, de la santé et de la maladie axée sur la biologie. Pourtant, d'autres approches de la santé ont toujours coexisté et continuent de se développer un peu partout, et tout particulièrement au Québec. Celles-ci remettent en cause le modèle biomédical dominant. Le présent article se focalise sur une théorie québécoise, dite de l'approche globale et féministe de la santé.

► **FANNY COLARD**, chargée d'études chez les Femmes Prévoyantes Socialistes

Particulièrement utile pour réaliser des diagnostics, le modèle biomédical réduit la santé à l'absence ou à la gestion de la maladie, alors qu'il s'agit d'un concept bien plus large. Il se focalise sur des facteurs biologiques pour expliquer une maladie, sans inclure des facteurs sociaux et psychologiques ni prendre en compte les interactions réciproques entre le physique et le mental. Ce système s'inscrit dans une médicalisation croissante de la santé, soutenue par le poids toujours plus important des firmes pharmaceutiques, notamment au travers des publicités.

Depuis toujours, d'autres approches de la santé remettent en cause ce modèle biomédical, estimant, entre autres, que celui-ci est dépassé au vu de l'évolution du secteur de la santé : si pendant longtemps les principales causes de décès étaient des maladies infectieuses, pour lesquelles le diagnostic était fondamental (tuberculose, pneumonie, grippe, etc.), aujourd'hui ce sont les maladies chroniques, dites « de société » (c'est-à-dire liées à nos modes de vie), qui sont en hausse (crises cardiaques, cancers, accidents cardio-vasculaires, etc.). À cela s'ajoute également les maladies mentales, de plus en plus identifiées et médicalisées. Celles-ci sont par contre encore parfois considérées comme moins graves que des maladies physiques, le biomédical établissant une sorte de « hiérarchie » du corps sur le mental.

Une approche globale, genrée et inclusive ?

Outre les soins, la santé englobe également le bien-être, le bien-vivre, la santé mentale, et bien d'autres éléments. Pour l'appréhender dans sa globalité, toutes les facettes de la santé doivent être prises en compte de manière équivalente et complémentaire : tout le monde gagnerait à ce que notre système de santé soit moins « compartimenté ».

Afin de développer une approche globale, il est également nécessaire de prendre en compte divers facteurs fondamentaux (sociaux, environnementaux, économiques, etc.), oubliés du système biomédical. Parmi ceux-ci figure le genre. On ne le répètera jamais assez : l'égalité entre les femmes et les hommes est encore loin d'être acquise et le domaine de la santé n'échappe pas à ce constat. Report plus fréquent des soins de santé, plus forte consommation d'antidépresseurs, etc. Divers éléments indiquent des différences significatives entre les femmes et les hommes en matière de santé, qui ne sont pourtant que peu (voire

pas du tout) prises en compte dans notre système de santé. Certains pans de la santé des femmes (notamment en matière de santé sexuelle, comme l'endométriose ou encore le vaginisme) ne sont encore que très peu explorés. De plus, l'approche biomédicale a tendance à ne pas considérer l'influence du patriarcat et des phénomènes sociaux dans le développement d'un éventuel mal-être, axant la santé sur l'aspect curatif et interventionniste, au détriment de la prévention et de la promotion de la santé.

L'approche globale et féministe de la santé

Cette théorie québécoise s'articule autour de huit axes fondateurs.

1 Concevoir l'être humain comme un tout

Plutôt que de segmenter la personne au travers d'une conception mécaniste du corps, une approche globale de la santé se base sur la conception de l'être humain comme un tout (physique et mental), en perpétuelle interaction avec son environnement social et physique. La santé est dès lors considérée aussi comme le résultat de rapports sociaux et est définie de manière holistique, c'est-à-dire considérant l'humain comme un tout indivisible.

2 Prôner l'intersectionnalité

Dans cette logique holistique, l'approche globale et féministe remet également en question la vision « uniformisante » de la santé : les spécificités physiologiques et sociales de chaque sexe et de chaque genre doivent être prises en compte. Cela peut se faire au travers de l'intersectionnalité, un concept utilisé principalement en sociologie pour « croiser » différentes caractéristiques d'une personne qui peut alors faire face à des discriminations multiples et/ou à des rapports de domination divers. C'est par exemple le cas du sexe, du genre, de l'orientation sexuelle, du niveau de vie, d'un éventuel handicap, de la religion ou encore de l'origine ethnique. Cette notion est particulièrement utilisée par les militant-e-s antiracistes et par les féministes car il permet de penser les discriminations dans des cadres plus larges et, à nouveau, moins segmentés.

3 Prendre en compte les déterminants sociaux

Selon toute approche globale de la santé, il est nécessaire de prendre en compte une série de déterminants sociaux, c'est-à-dire des facteurs définissables qui influencent l'état de santé d'une personne ou qui y sont associés. En interagissant



1 Nous utiliserons ici le terme « santé » dans son sens le plus global, sans connotation ni positive, ni négative. Nous ne suivons donc pas ici la définition de l'OMS qui considère la santé comme un concept positif : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. ». Pour plus d'information, voir www.who.int.

entre eux, ces déterminants engendrent des conditions de vie qui ont une influence sur la santé de chacun-e.

Ces facteurs peuvent être classés de diverses façons, en voici un exemple² :

- ▶ Le niveau de revenus et le statut social
- ▶ Les réseaux de soutien social
- ▶ L'éducation
- ▶ L'emploi et les conditions de travail
- ▶ Les environnements sociaux
- ▶ Les environnements physiques
- ▶ Les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelle
- ▶ Le développement de la petite enfance
- ▶ Le patrimoine biologique et génétique
- ▶ Les services de santé
- ▶ Le sexe
- ▶ La culture

Parmi ceux-ci, les déterminants sociaux sont l'une des principales causes d'inégalités en matière de santé, car ils conditionnent les circonstances dans lesquelles chacun-e naît, grandit, vit, travaille et vieillit, influençant ainsi la façon dont chaque personne peut faire face à une éventuelle maladie.

4 Privilégier la prévention et la promotion de la santé à une médecine interventionniste et curative

Dès le moment où l'on appréhende la santé de manière plus large que les maladies, il est également nécessaire de ne pas considérer la médecine interventionniste et curative comme l'unique solution. C'est dans ce cadre que la prévention et la promotion de la santé jouent un rôle fondamental.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la promotion de la santé comme « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* ». Dès lors, la santé est considérée comme une ressource de la vie quotidienne (et non comme le but de la vie) ; c'est un concept positif qui met en valeur les ressources sociales, individuelles et les capacités physiques. Au-delà de prôner des modes de vie sains, la promotion de la santé vise le bien-être : la santé n'est donc pas réduite au secteur sanitaire.

Dans ce cadre, l'approche globale et féministe de la santé considère que « *la santé est affaire de justice sociale. C'est pourquoi les pouvoirs publics ne doivent pas abdiquer leur devoir de légiférer et de réglementer dans tous les domaines qui touchent les déterminants de la santé*³ ».

2 AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, « Qu'est-ce qui détermine la santé? », sur www.phac-aspc.gc.ca, URL : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php#key_determinants.

3 Isabelle MIMEAULT, *Synthèse du cadre de référence en santé des femmes. Changeons de lunettes ! Pour une approche globale et féministe de la santé*, 2008, p. 7, URL : http://rqasf.qc.ca/files/RQASF-Synthese_Cadre_PS_2009.pdf.



5 Développer l'autosanté

L'autosanté implique une démarche personnelle permettant à chacun-e de percevoir les liens entre sa santé et sa situation de vie. L'autosanté est trop souvent réduite à l'autodiagnostic (autopalpations, autotests permettant le dépistage de certaines pathologies, etc.), mais ce concept est plus large : il implique que chaque personne puisse agir sur elle-même et sur son environnement dans le but d'améliorer son état de santé et sa qualité de vie. L'autosanté n'est pourtant pas qu'une démarche individuelle, elle peut également être collective. De tous temps, les femmes en particulier, se transmettaient des connaissances pratiques, de génération en génération, au sujet de la santé féminine, mais ces traditions se sont petit à petit perdues, à l'avantage du savoir médical.

L'autosanté s'inscrit dans le développement global de l'*empowerment*, soit « *la prise en charge de l'individu par lui-même, de sa destinée économique, professionnelle, familiale et sociale*⁴ ».

L'*empowerment* en matière de santé recouvre notamment l'éducation thérapeutique du patient, décrit par l'OMS comme « *un processus continu, intégré dans la démarche de soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées. Ce processus éducatif vise à aider le patient et son entourage à comprendre la maladie et le traitement, à mieux coopérer avec les soignants et à maintenir ou à améliorer sa qualité de vie*⁵ ».

Promouvoir l'*empowerment* en matière de santé permet de rendre chacun-e véritablement actrice/teur de santé et ce même en-dehors de toute prise en charge, par exemple en développant de saines habitudes de vie. Prévenir des problématiques de santé s'inscrit dans une attention aux attitudes et aux comportements qui construisent la santé (privilégier une alimentation saine et équilibrée, veiller à conserver une activité physique quotidienne et modérée, accorder de l'importance à la relaxation, limiter la consommation de tabac et d'alcool, etc.). Les patient-e-s sont dès lors partie prenante de leur santé mais cela ne les en rend pas responsables

pour autant : l'*empowerment* doit toujours s'inscrire dans un cadre d'accompagnement professionnel psycho-médico-social et n'exclut en rien la possibilité de recourir à la médecine « classique ».

6 Favoriser l'autonomie des patient-e-s et respecter leur droit au consentement éclairé

Cet axe est une illustration « miroir » du précédent : si l'autosanté se développe, le corps médical se doit de respecter cette autonomie croissante des patient-e-s et de s'y adapter. En Belgique, depuis 2002, une loi est consacrée aux droits des patient-e-s. Celle-ci reprend entre autres le droit au consentement éclairé, qui est un droit fondamental, signifiant que toute l'information disponible doit être transmise aux patient-e-s afin de leur permettre de prendre une décision en toute connaissance de cause et de comprendre chaque acte médical posé.

7 Développer un sens critique face aux savoirs à prétention universelle

L'*empowerment* réel et efficace des patient-e-s ne peut se faire qu'à travers une démocratisation du savoir (dans une logique de prévention) ainsi qu'une remise en question des savoirs à prétention universelle tels que la religion, la politique et la médecine. Cette dernière se fonde encore fortement sur des savoirs biomédicaux qui doivent être analysés avec un sens critique, notamment au vu de la norme masculine, blanche et hétérosexuelle qui reste la référence.

Couplé au droit au consentement éclairé, le développement de ce sens critique permet également d'instaurer une relation plus égalitaire entre les patient-e-s et les thérapeutes. Il ne s'agit nullement ici de dire que les patient-e-s doivent se substituer aux médecins ou ne plus croire ce que celles/ceux-ci disent, mais bien de permettre une discussion plus équilibrée entre le savoir du corps médical et les volontés, souhaits, préférences de chaque patient-e afin de trouver ensemble la solution la plus appropriée à chaque situation.

8 Favoriser l'ouverture aux approches alternatives

Toujours dans une logique d'adopter l'approche la plus adéquate pour chacun-e, il peut s'avérer utile d'être ouvert-e aux approches alternatives. Il ne s'agit pas de dire qu'il faut les préférer à l'approche « traditionnelle », mais qu'il faut être conscient-e que certaines d'entre elles conviennent mieux que d'autres à certaines personnes, ce que l'approche médicale dominante fait relativement peu.

Nous insistons toutefois sur le fait que celles-ci doivent nécessairement être encadrées et règlementées de manière à assurer le respect total des droits de la personne, tout en

4 Frédéric OROBON, « Promotion de la santé et empowerment : quelques ambiguïtés », *Carnets de Santé*, URL : <http://www.carnetsdesante.fr/Promotion-de-la-sante-et>.

5 OMS-EUROPE, *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Disease*, 1998, URL : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf.



Pour en savoir plus...

- ▶ « L'approche globale et féministe de la santé », dans *Le Réseau canadien pour la Santé des Femmes*, vol. 12, n°1, 2009/2010, pp. 11-12, <http://www.cwhn.ca/sites/default/files/Network%2012-1%20FR%20Web.pdf>.
- ▶ CAMBROSIO Alberto et KEATING Peter, « Qu'est-ce que la biomédecine ? Repères socio-historiques », dans *M/S: Médecine Sciences*, n° 1912, 2003, pp. 1280-1287, http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/4665/MS_2003_12_1280.pdf?sequence=5.
- ▶ DALPÉ Yves, « Le modèle biomédical est périmé », *Le Soleil en Ligne*, 21 septembre 2014, URL : <http://www.lapresse.ca/le-soleil/z/archives/coin-du-psy/201409/20/01-4802123-le-modele-biomedical-est-perime.php> (consulté le 19/07/2017).
- ▶ MIMÉAULT Isabelle, *Synthèse du cadre de référence en santé des femmes. Changeons de lunettes ! Pour une approche globale et féministe de la santé*, 2008, http://rqasf.qc.ca/files/RQASF-Synthese_Cadre_PS_2009.pdf.
- ▶ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, « Déterminants sociaux de la santé », http://www.who.int/social_determinants/fr/.
- ▶ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Ottawa, 1986, <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/175/?sequence=17>.
- ▶ PICARD Jean-François, « Naissance de la biomédecine, le point de vue d'un historien », dans *M/S: Médecine Sciences*, n°12, 1996, p. 97, <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/611>.
- ▶ RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES, « Approche globale (et féministe) de la santé : 8 idées-forces », 17 septembre 2010, <http://rqasf.qc.ca/approche-globale-de-la-sante-idees-forces>.

lui offrant une solution de qualité, ayant fait ses preuves. Nous prôtons donc la complémentarité des approches plutôt qu'une approche unique.

Des clefs pour penser la santé autrement

La santé est un domaine complexe dont on oublie trop souvent les multiples déterminants pour se concentrer sur les soins de santé. Ils sont bien entendu un aspect fondamental de la santé, mais celle-ci ne doit pas être réduite à cette dimension. Les influences réciproques du social et de la santé doivent impérativement être prises en compte pour tendre vers plus d'égalité en la matière.

L'approche globale et féministe de la santé présente des clefs pour l'appréhender différemment et permettre à chacun-e de se l'approprier pour en devenir actrice/teur à

part entière. Cela ne signifie pas pour autant qu'elle soit parfaite ni que les autres approches soient à rejeter. Si les huit axes autour desquels elle s'articule sont pertinents, certains doivent être appliqués avec précaution. C'est notamment le cas de l'autosanté, qui doit s'inscrire dans un encadrement professionnel du secteur psycho-médico-social, ou encore des approches alternatives, qui doivent être règlementées.

Il est important de préciser que l'approche globale et féministe n'est pas contradictoire avec l'approche biomédicale, et que cette dernière ne doit donc en aucun cas être « rejetée en bloc », la médecine curative et interventionniste sauvant de nombreuses vies. Il s'agit plutôt d'une alternative pouvant s'avérer complémentaire à l'approche biomédicale dominante.

Les mouvements féministes ont toujours joué un rôle fondamental dans la remise en question et la contestation de l'approche biomédicale, celle-ci étant très « andronormée », c'est-à-dire que les hommes y constituent la norme. C'est pourquoi il est nécessaire que les soins de santé, et plus largement la vision de la santé, soient adaptés aux spécificités de genre. Cet aspect n'est encore que trop peu pris en compte, en ce compris dans les actions de prévention et de récolte des données. Afin d'agir également sur le plan collectif, nous porterons cette revendication afin que ces éléments puissent transparaître dans les futures déclarations politiques gouvernementales en matière de santé.



Coordonnées et site web des FPS

Femmes prévoyantes socialistes

Place Saint Jean 1-2

1000 Bruxelles.

Téléphone : 02 515 04 01

Fax : 02 515 18 81

Email : fps@mutsoc.be

Site web : <http://www.femmesprevoyantes.be>

Sélection de ressources

« Genre et promotion de la santé »

► LE SERVICE UNIVERSITAIRE DE PROMOTION DE LA SANTÉ UCL/IRSS-RESO

DOC

OUVRAGES

« La Tyrannie du genre »

« Un déguisement de princesse et un aspirateur pour les filles, un château fort et une voiture radiocommandée pour les garçons... On pourrait penser qu'un choix de jouets aussi stéréotypé appartiendrait au passé. Il n'en est rien. Une sexualisation de plus en plus marquée s'observe dans l'éducation comme dans tous les domaines de la vie sociale. Ces traitements différenciés ne sont pas systématiquement perçus comme des inégalités. Ils sont justifiés par des croyances en des distinctions essentielles, d'ordre « naturel », entre femmes et hommes. Un ensemble de discours psychologisants, de normes et de symboles en découle, qui a des conséquences multiformes sur les rôles assignés à chacun et chacune. Alors que la notion de genre a été promue par les sociologues pour révéler les rapports de domination, l'invoquer à tout propos, qu'il s'agisse de féminiser la langue ou de prôner la parité, instille l'idée que femmes et hommes sont toujours, partout et avant tout, non des personnes uniques mais des prototypes de leur groupe de sexe. »

- DURU-BELLAT M., La Tyrannie du genre, Paris, Presses de Sciences Po, 2017, 308 p.
- Disponible à la Bibliothèque des sciences économiques, sociales, politiques et de communication de l'UCL à Louvain-la-Neuve.

« Partager la ville, Genre et espace public en Belgique francophone »

« La question du sexisme dans l'espace public occupe le devant de la scène politique et médiatique. On sait toutefois peu de choses sur la situation en Belgique francophone. Cet ouvrage pionnier offre un regard inédit sur la situation en Fédération Wallonie-Bruxelles. Loin de se cantonner à la question du harcèlement sexiste, il analyse comment femmes et hommes expérimentent l'espace public différemment. Il relate aussi

plusieurs expériences de terrain visant à un meilleur partage de l'espace public. »

- Sacco, M. Paternotte, D. Partager la ville, Genre et espace public en Belgique francophone, Louvain-La-Neuve, L'harmattan Academia, 2018, 202 p.
- Disponible à la Bibliothèque des Sciences Humaines, Sciences sociales et politiques de l'ULB.

« Les stéréotypes de genre nuisent à la santé des femmes... et des hommes »

« En matière de santé, femmes et hommes ne sont pas logés à la même enseigne. Le livre coécrit par Catherine Vidal et Muriel Salle « Femmes et Santé, encore une affaire d'hommes ? » (édition Belin) se donne l'objectif de tordre le cou aux idées reçues, chez les soignants comme chez les patients, sur la santé des femmes et des hommes. L'article proposé ici en présente un extrait. Les chiffres de l'infographie et le quiz sont également tirés de l'ouvrage. Les vidéos qui illustrent les propos ont été coproduites par l'Inserm, le CNRS et l'université Paris Diderot. »

- Vidal C., Salle M., Les stéréotypes de genre nuisent à la santé des femmes... et des hommes, The Conversation, 2017
- <https://theconversation.com/les-stereotypes-de-genre-nuisent-a-la-sante-des-femmes-et-des-hommes-88989>



WEB-DOCUMENTAIRE

« L'école du Genre »

Le web-documentaire L'école du genre est le résultat d'un travail qui aura duré deux ans et lors duquel des dizaines d'experts furent interrogés mais aussi des familles, des élèves et des équipes pédagogiques à travers toute la France. Ce webdoc, qui s'interroge

sur la construction et la transmission des stéréotypes de genre dans notre société actuelle, comprend 8 épisodes qui sont complétés par des vidéos bonus permettant d'approfondir les questions investiguées.

► <http://www.ecoledugenre.com/#Accueil>

REVUES, NUMÉROS THÉMATIQUE DE REVUE, ARTICLES...

La revue « Genre, sexualité & société »

Cette revue francophone à comité de lecture, consacrée à la sexualité et aux questions de genre, a été créée en 2009 par un groupe de jeunes chercheur-e-s en sciences humaines et sociales. La revue se revendique comme un espace de dialogues et d'échanges, ouverte à différentes approches disciplinaires.

► <https://journals.openedition.org/gss/>

« Le genre, représentations et réalités »

« L'intrication « sexe et société » traverse l'actualité dans ses institutions : famille, mariage, filiation, parentalité, école, église, entreprise, partis politiques. Le genre, comme système de représentation sociale du masculin et du féminin, fait de la différence anatomique des sexes le marqueur selon lequel une société ordonne et hiérarchise ce que l'on est censé être ou faire afin d'être reconnu en tant qu'homme ou femme dans les étapes de la vie et les domaines d'expérience, assignant rôles et formes autorisées comme faits de nature, et stigmatisant ceux qui adoptent une sexualité ou des modes de vie non conformes. Dans une perspective psychosociale, la question se pose dans les termes de la subjectivité et dans ceux des systèmes sociaux, voire du discours de la science « marqué » par le genre, qui relèvent de l'indivision conflictuelle entre nature et culture. Les auteurs interrogent la place assignée aux sexes et particulièrement celle faite aux femmes non seulement dans leur sexualité mais dans la vie sociale et professionnelle, en termes de pouvoir et de travail. Cela concerne la formation, l'intervention, l'analyse des représentations et des assignations dans les pratiques les relations et les fonctions, terrains sur lesquels se mesurent biologie, religion, psychanalyse et sciences sociales. Comment les psychosociologues, eux-mêmes traversés par ces questions, prennent-ils part au débat social qui met en question les représentations et les relations dans leurs traditions les plus ancrées ? »

► Nouvelle revue de psychosociologie 2014/1 (n° 17), 232 p.

► Disponible au centre de documentation du Centre d'études et de documentation sociales (CDES) à Liège.

« Quelle politique de santé pour les mineurs trans ? »

« La santé des mineurs trans, c'est-à-dire des enfants et adolescents qui ne se sentent pas appartenir au sexe assigné à la naissance, reste un angle mort des politiques de santé nationales. La littérature portant sur les transidentités permet de mieux connaître cette population et esquisse ce qu'il est envisageable de réaliser dans le cadre des parcours scolaires de ces jeunes, afin d'améliorer leur participation scolaire et veiller à leur santé globale. »

► Arnaud Alessandrin, Quelle politique de santé pour les mineurs trans ?, Santé scolaire et universitaire, n° 45, 2017, pp. 29-30.

► Disponible au centre de documentation UCL/IRSS-RESO

« Genre et santé »

« Le genre : déterminant social de la santé. Le genre est un révélateur des multiples rapports de pouvoir qui structurent la société [...] : femmes et hommes ne vivent pas les mêmes expériences (socialisation, inégalités, discriminations) selon leur classe sociale, leur couleur de peau, leur religion, leur orientation sexuelle, leur âge, etc. Dès lors, le genre, en tant que système de différenciation et de hiérarchisation, contribue – entre autres facteurs – à expliquer la permanence des inégalités sociales de santé, mais il permet également, comme concept et catégorie d'analyse critique, d'identifier et de préconiser les marges d'action, les pistes d'amélioration, notamment dans le domaine de la santé. »

- ▶ Amsellem-Mainguy Y., Gelly M., Vuattoux A. (dir.), Genre et Santé, La Santé en Action, Vol. 441 (4), 2017, pp. 8-45
- ▶ Disponible au RESO et sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-action-441.pdf>

« L'enfant en non-conformité de genre et sa famille: une approche systémique »

« Cet article analyse les réactions parentales face aux développements non conformes du genre de leur enfant et avance que les mandats parentaux de protection et d'acceptation deviennent problématiques du fait des différences qui existent entre les normes de genre de l'enfant et celles de sa famille, aussi bien qu'entre celles de l'enfant et celles de son environ-

nement. Au travers de multiples modalités thérapeutiques – éducation et accompagnement parental, groupes de soutien de parents, thérapie de l'enfant et thérapie familiale – l'auteur illustre des interventions soutenant à la fois les parents et les enfants pré-pubères dans leur façon de négocier les liens familiaux et la fluidité du genre. »

- ▶ Malpas J., Bosman S., « L'enfant en non-conformité de genre et sa famille: une approche systémique », Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, Vol. 52 (1), 2014, pp. 139-165
- ▶ Au centre de documentation UCL/IRSS-RESO et au centre de documentation du Centre d'études et de documentation sociales (CEDS) à Liège



- Vous voulez partager une expérience dans Éducation Santé ?
- Vous avez rédigé un texte que vous souhaitez voir publier ?
- Vous lancez une campagne en promotion de la santé que vous aimeriez mettre en évidence ?
- Vous avez travaillé sur un projet dont le processus de mise en place ou d'évaluation mérite d'être mis en évidence ?

► Contactez-nous : education.sante@mc.be

