FEMMES PLURIELLES

n°74
Trimestriel
Juin 2021

bpost business
PB-PP / B-12241
BELGIÊ(N) - BELGIQUE
BXL X P N°405 257

Publication des Femmes Prévoyantes Socialistes

DOSSIER
LES OUBLIÉ·E·S DE LA SANTÉ

Editrice responsable : Noémie Van Erps, 1-2, Place Saint-Jean - 1000 Bruxelles

Nous sommes quelques-unes, et de plus en plus nombreuses, à contribuer à la réalisation de ce magazine. Y sont répertoriés : nos questionnements, nos positions féministes, nos coups de poing, nos envies de changement, nos luttes, nos chutes et nos victoires.

LE FEMMES PLURIELLES

Vous souhaitez le recevoir gratuitement chez vous ?

Rien n'est plus simple ! Faites-en la demande : par mail : femmes.plurielles@solidaris.be ou par tel : 02 / 515.04.01

Des remarques ?
Des suggestions ?
Des coups de gueule ou
Des mots d'amour ?

Écrivez-nous sur :
femmes.plurielles@solidaris.be
ou envoyez-nous tout ça
à l'adresse suivante :

Femmes Prévoyantes Socialistes
(Femmes Plurielles),
1-2 place Saint Jean
1000 Bruxelles

EDITO

S'il est encore un secteur qui ne tient pas suffisamment compte des spécificités du genre, c'est la santé. Les femmes et les hommes ne sont certainement pas égales·aux en matière de santé. De la prise en charge en passant par le diagnostic, de la pathologie au suivi de soins ; les femmes doivent encore faire face à de trop nombreux obstacles et stéréotypes. De tous temps, le corps des femmes a fait tantôt l'objet de méfiance et d'une volonté de contrôle, tantôt l'objet d'incompréhension ou encore de désintérêt. A l'origine ? des pratiques médicales trop souvent incarnées et empreintes d'un héritage patriarcal. Ce dossier du Femmes Plurielles dénonce ! Mais il encourage aussi.
Il encourage une pratique plus inclusive et intersectionnelle de la santé par la prise en compte des déterminants sociaux de la santé. Il presse à l'urgence politique en matière de renforcement de la santé par le biais de la formation, des services publics, de la recherche… Il engage à la réduction des inégalités sociales en santé afin de lutter contre l'exclusion des publics fragilisés.
Certain·e·s diront que ces constats précédent le contexte sanitaire que nous connaissons aujourd'hui, c'est exact. Mais il n'est jamais trop tard pour agir collectivement en faveur de politiques inclusives aux bénéfices de toutes et tous.

Noémie Van Erps – Secrétaire Générale des FPS

SOMMAIRE

DOSSIER

4
Les inégalités sociales nuisent gravement à la santé

6
Regards croisés : la santé mentale au temps du Covid-19

9
Un truc en plus
Et la santé mentale des femmes ?

10
EVRAS et vous
Précarité menstruelle : quand les femmes renoncent à leur santé sexuelle

12
Femmes et médicaments : une relation toxique ?

14
Une femme avec une femme : des parcours de soins en santé sexuelle parsemés d'embûches

16
Actu Solsoc
RDC : PASCO aux côtés des hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes (HSH) et des personnes transgenres

18
On décortique
"Le syndrome méditerranéen" : racisme dans les instances médicales

20
L'ASPH, au service des grand·e·s oublié·e·s de la société

HORS DOSSIER

22
Le masculinisme : enjeux et réalités

24
La crise du Covid-19 : une menace pour les droits des femmes et des minorités

26
Elle était une fois
Ces femmes qui ont fait l'Histoire

28
Sur le terrain
Reportage photo Steph

30
Le point Culture'L
Mister T. et moi d'Elisa Rojas

Coordination générale : **Elise Voillot**
Rédaction permanente : **Anissa D'Ortenzio, Eléna Diouf, Stéphanie Jassogne, Laudine Lahaye, Eloïse Malcourant, Margot Foubert, Eléonore Stultjens, Florence Vierendeel et Elise Voillot**
Remerciements : **comité de relecture et rédactrices·teurs bénévoles**

Administration : **Florine Flament, Amélie Zucca et Isabelle Colback**
Concept et mise en page : **www.dirk.studio**
Couverture : **Zoé Borbé**
BD : **Tiffanie Vande Ghinste**
Editrice responsable : **Noémie Van Erps**

Nous utilisons l'écriture inclusive dans l'ensemble de nos publications afin de lutter contre le sexisme de la langue française.
FAM asbl - RPM Bruxelles
Numéro d'entreprise : 0418 827 588

Les inégalités sociales nuisent gravement à la santé

• Leila Maron • Chargée d'études Solidaris •
• Jérôme Vrancken • Chargé d'études Solidaris •
• Elise Voillot • Chargée de communication FPS •

S'il y a bien une chose face à laquelle les citoyen·n·e·s ne sont pas égales·aux, c'est bien la santé ! Selon une étude Solidaris réalisée en 2019[1], cela s'explique en grande partie par l'origine sociale – liée au revenu, au niveau d'éducation, etc. – qui offre aux personnes en haut de la pyramide sociale une assurance tous risques contre les aléas de la vie. Tandis que tous les indicateurs de santé sont dans le rouge pour les personnes situées en bas de l'échelle sociale.

L'argent ne fait pas le bonheur… mais il aide à rester en bonne santé !

Par manque de ressources financières, 1 personne sur 2 a déjà renoncé au moins une fois à un soin médical en Wallonie et à Bruxelles et elles sont 6 sur 10 parmi les familles monoparentales[2]. Ces milliers de personnes ne sont plus en mesure de pouvoir se soigner correctement et reportent leur accès à des soins de qualité.
Le recours aux soins préventifs est aussi très marqué par le clivage social avec moins de dépistage du cancer et jusqu'à 7,5 fois plus de grossesses parmi les adolescentes. Cela constitue à son tour un facteur de risque de précarisation pour ces jeunes mères et un facteur de risque de reproduction des inégalités sociales.
En outre, les personnes précarisées ont moins de moyens pour vivre sainement et sont généralement confrontées à plus de stress. Cela entraîne des conséquences physiques et psychologiques importantes. On constate donc qu'elles ont un moins bon état de santé général avec 3 fois plus de personnes en situation de handicap et 2 fois plus de personnes souffrant de diabète. Leur santé mentale est également nettement plus dégradée.

Il est important de préciser que les inégalités sociales de santé ne se résument pas à un clivage entre les plus pauvres et les plus riches mais touchent tout le monde. L'origine, le genre et bien d'autres facteurs nous prouvent que ces inégalités sont aussi le fruit de constructions sociales.

Les femmes, premières victimes de la précarité et du report de soin

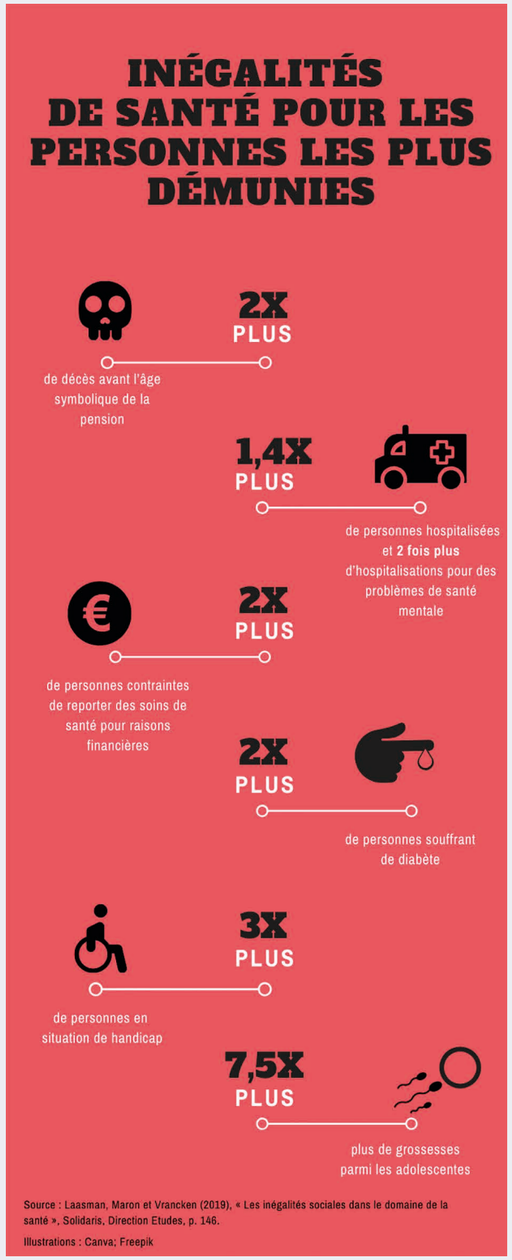
Si les femmes affrontent encore de nombreux stéréotypes et inégalités au quotidien, elles sont également les premières touchées par la précarité.
« Les femmes et les familles monoparentales, sont [donc] les premières impactées par le renoncement ou le report de soins de santé et de médicaments prescrits, suite à des difficultés financières.»[3]

En 2018, les femmes sont légèrement surreprésentées dans les bénéficiaires du RIS (Revenu d'Intégration Sociale)[4]. Parmi elles, on retrouve en majorité des mères monoparentales. Il est d'ailleurs important de noter qu'en Belgique près de 80% des foyers monoparentaux sont gérés par des femmes. Être parent solo augmente fortement le risque de tomber dans la pauvreté. La difficulté à concilier vie privée et vie professionnelle, la perte d'un revenu au sein du ménage ou encore le manque de flexibilité et d'accessibilité de structures d'accueil pour les enfants sont autant d'obstacles qui aggravent une posture déjà complexe.

Au-delà de la situation familiale, d'autres marqueurs de précarité existent. Au niveau professionnel par exemple, à compétences égales et malgré un niveau d'éducation globalement plus élevé, les femmes gagnent généralement moins que les hommes. La dévalorisation financière des secteurs dits « féminins » (secteur du « soin », de l'éducation, de l'aide ménagère, etc.), la présence importante des femmes dans les emplois à temps partiels, choisis ou non[5], les difficultés voire l'impossibilité pour les femmes d'accéder à des promotions hiérarchiques[6] expliquent entre autres des salaires moins élevés. Ces inégalités provoquent à la pension un effet « boule de neige » en renforçant la précarité chez les femmes de plus de 65 ans[7].

Si les conséquences du report de soins peuvent être désastreuses, elles pourraient être évitables. Comme l'explique Jean-Pascal Labille, Secrétaire Général de Solidaris, les reports de soin sont le fruit d'un système politique qui favorise la marchandisation de la santé et ce, au détriment de l'individu[8]. Plus que jamais, nous devons défendre un état social fort mais aussi inclusif et égalitaire afin que personne ne soit laissé·e sur le carreau.

Si les femmes affrontent encore de nombreux stéréotypes et inégalités au quotidien, elles sont également les premières touchées par la précarité.



1. Laasman Jean-Marc, Maron Leila et Vrancken Jérôme, *Les inégalités sociales dans le domaine de la santé*, Direction études Solidaris, 2019, p. 146.
2. À noter que des études récentes montrent qu'en temps de crise sanitaire, la situation a fortement empiré. Pour en savoir plus : https://lstu.fr/JQnTfE69.
3. Solidaris, « Le report des soins de santé », *Étude Solidaris*, 2014, page 2, https://lstu.fr/f1R-TRhp.
4. STULTJENS Eléonore, « Du chômage au CPAS : récits de femmes », *Étude FPS 2019*, https://lstu.fr/ZNKRhDjB.
5. En Belgique, 43,6 % des femmes salariées travaillent à temps partiel, contre 11,8 % des hommes. Les principales raisons du temps partiel sont la « garde des enfants ou de personnes dépendantes » (25 %), les « autres motifs d'ordre personnel ou familial » (20,2 %) et « l'emploi souhaité n'est proposé qu'à temps partiel » (17,8 %). Les stéréotypes persistants dans notre société autour de l'importance de la mère dans la gestion du ménage peuvent expliquer le taux important de femmes qui prennent un temps partiel. (Source : https://lstu.fr/KBk0eBdS)
6. C'est ce qu'on appelle le « plafond de verre ».
7. En Belgique en moyenne, la pension des femmes s'élève à 882 euros, contre 1181 euros pour les hommes, ce qui constitue un écart de pension moyen entre hommes et femmes de 26%. Pour en savoir plus, découvrez notre étude FPS sur les pensions : https://lstu.fr/xKRtHE8- .

Regards croisés : la santé mentale au temps du Covid-19

• Entretiens réalisés par Anissa d'Ortenzio • Chargée d'études FPS •

La crise sanitaire met nos nerfs à rude épreuve. Fermeture des écoles, crainte pour notre santé, manque de contacts sociaux, difficultés financières... Plus d'un an après le premier confinement, quels constats peut-on tirer de cette situation sans précédent ? Pour le savoir, nous sommes allées à la rencontre de deux travailleuses du réseau Solidaris, actives dans les questions de santé mentale. Malgré leur réalités différentes, leur constat est sans appel : la santé mentale est un enjeu majeur pour aujourd'hui comme pour demain.

En mars 2020, alors que le monde se confinait, les centres de planning familial ont gardé leurs portes ouvertes tout en respectant les mesures de sécurité. C'est le cas du centre Aurore Carlier à Tournai. Sa coordinatrice Dorothée Depoortere nous raconte son quotidien et ses craintes pour l'après-Covid.

Quels sont vos constats sur les impacts de la crise sanitaire sur la santé mentale ?

Nous avons le sentiment que les publics les plus fragiles au niveau santé mentale sont encore plus fragilisés. Les personnes font appel à nous pour les mêmes questions et soucis qu'avant (difficultés personnelles, relationnelles, etc.) mais ceux-ci se sont souvent pour la plupart amplifiés avec la crise sanitaire. Les personnes qui nous interpellent nous font également part de leur détresse par rapport à l'accessibilité des services (surtout administratifs comme le Forem / les mutuelles / les centres de formation...) qui fonctionnent à guichets fermés en télétravail. Il est difficile de joindre le bon service ou d'avoir réponse à leurs questions. Elles se sentent perdues dans un contexte insécurisant. L'accessibilité, dans certains secteurs, n'a pas toujours été renforcée pour répondre aux besoins et demandes du public. En tant que centre de planning familial et centre IVG, nous avons veillé à maintenir cette écoute possible tout en adaptant nos services.

Quels sont les publics les plus touchés par la crise et pourquoi ?

Les grands ados ou 18-25 ans en manque de contacts et de liens sociaux, les personnes pour qui la crise a entraîné des situations financières difficiles (perte d'emploi, chômage Covid, indépendant·e·s...) mais aussi les personnes en recherche d'emploi : soit les jeunes sorti·e·s des études soit les personnes sans emploi. L'accès au travail est difficile, l'avenir est incertain. L'organisation du (télé)travail et la fermeture des écoles impactent également les parents. Nous observons que les pères sont impactés (pères en télétravail ou enfants en garde alternée, etc.) mais ce sont souvent les femmes qui consultent pour exprimer leurs difficultés et tenter de trouver des solutions.

Comment pensez-vous que la santé mentale de la population va-t-elle évoluer dans les mois à venir ?

L'élargissement des contacts sociaux impactera certainement positivement un grand nombre de personnes et cela aura donc un effet sur la santé mentale. Les réponses à la détresse psychologique ne sont donc pas forcément psychologiques, le nombre de nos consultations n'a pas augmenté. Les personnes en détresse ont aussi et surtout besoin d'actions concrètes : activités, rencontres possibles, renforcements des liens sociaux.

Cependant, il y aura une partie de la population plus effondrée socio-économiquement et/ou psychologiquement (pertes financières, abandon des études...) et il leur faudra probablement plus de temps pour « remonter la pente ».
Nous avons l'impression qu'au plus les personnes auront été impactées, au plus la « remontée » sera difficile et donc effectivement, les problèmes de santé mentale pourraient s'intensifier. Nous pourrions aussi vivre un moment d'euphorie, de libération dans l'après-Covid... Y aura-t-il une rechute après l'euphorie pour certain·e·s ?
Ces différents constats nous poussent à croire qu'il faut tout mettre en place pour que nos services restent accessibles à un maximum de personnes. Les moyens virtuels ne suffisent pas. Soyons créatives et créatifs tout en tenant compte des protocoles en vigueur !

« Cette pandémie est un marathon, pas un sprint, dont la durée constitue un défi supplémentaire. »

Créé en 2008, Un Pass dans l'Impasse est un centre de référence en matière de prévention du suicide. Il propose des colloques, des formations, des ressources mais aussi un accompagnement pour toute personne concernée par les questions liées au suicide. Florence Ringlet, psychologue et responsable thérapeutique, nous explique ses réalités en temps de pandémie.

Quels constats avez-vous dressés lors du 1er confinement ?

En mars 2020, la crise a œuvré comme un miroir grossissant. Elle a révélé les lignes de fragilité, mais aussi les ressources, préalablement existantes mais sans doute dissimulées par les conditions de vie dites « normales ».
Les préoccupations et les vécus les plus courants que nous avons pu entendre dans la parole des personnes suicidaires qui nous consultaient concernaient le vécu d'isolement, la peur de la maladie et du risque de contamination. Mais aussi la découverte de ressources internes ou externes nouvelles, d'un potentiel créatif et de résilience, parfois l'acquisition d'une nouvelle compréhension d'elles·eux-mêmes et des déterminants de leur souffrance.
D'un côté, nous avons pu observer chez un certain nombre de patient·e·s l'apparition de troubles psychiatriques nouveaux, mais surtout l'exacerbation de symptômes déjà présents.
De l'autre, nous avons aussi constaté une expression moindre des idées et des comportements suicidaires, comme si la problématique était « gelée » ou « mise en quarantaine ». Et ce surtout lors du premier confinement.
Notre hypothèse est que la dimension d'effort collectif mobilisé par la crise avait relégué la souffrance individuelle au second plan. On craignait alors le déconfinement car chacun·e allait être progressivement renvoyé·e à sa situation personnelle.

Quelles ont été les réactions des patient·e·s lors du 1er confinement ?

Dans un premier temps nous nous sommes adapté·e·s aux consignes de sécurité imposées par le Gouvernement, c'est-à-dire de travailler à bureaux fermés puis en télétravail. Les psychologues de l'équipe se sont donc adapté·e·s aux réalités imposées aux patient·e·s en étant beaucoup plus proactives·ifs. Grâce à la réactivité des services informatiques de Solidaris, nous avons pu rapidement proposer des consultations par vidéo et par téléphone pour les personnes qui ne disposaient pas des outils numériques.
Une partie des patient·e·s suicidaires a préféré attendre la reprise des consultations en présentiel. L'hypothèse était que face à la menace de rupture dans la continuité du suivi, certain·e·s avaient réagi dans une logique d'auto-exclusion et d'auto-censure de leur expression d'un besoin d'aide. Ces personnes peuvent souvent avoir tendance à se négliger, à ne pas reconnaitre leurs besoins et ainsi mettre leur souffrance de côté pour éviter de « poser problème » ou de « déranger ».
Dans les circonstances de cette crise sanitaire, ces personnes ont peut-être eu davantage tendance « à prendre sur elles », voire même à « se replier sur elles-mêmes ». Ce sont donc ces patient·e·s-là qui ont exprimé paradoxalement la volonté « d'attendre ». Idem en ce qui concerne les nouvelles demandes.
De nos échanges avec les collègues de différents services, il ressortait le même constat : une interruption accrue des prises en charges et une diminution des nouvelles demandes. Nous redoutions tou·te·s, lors du déconfinement, un effet « tsunami ». Nous ne pouvions que nous attendre à une déferlante dont les conséquences seraient importantes et durables.

© Laura Adai

Avez-vous constaté des différences avec la deuxième vague et les confinements successifs ?
Comme nous l'avions imaginé, les demandes de consultations et les appels de personnes en détresse ont nettement augmenté. Nous avons également constaté que la durée de nos suivis de crise s'allongeaient dans le temps. Certaines nouvelles demandes concernent des personnes qui ne présentaient auparavant aucune vulnérabilité psychique apparente. Nous nous sommes rendu·e·s compte que les rendez-vous en présentiel étaient indispensables pour notre patientèle.
Lors de la deuxième vague et encore aujourd'hui, nous constatons que les défenses individuelles et collectives sont émoussées. La mobilisation solidaire et porteuse d'espoir des premiers mois aurait-elle bu la tasse ? Le vent qui souffle aujourd'hui porte un sentiment de « chacun·e pour soi » avec un courant de révolte et de contestation. Ce qui rend ce deuxième, voire troisième confinement plus rude, outre la caractéristique saisonnière, c'est la lassitude et la fatigue liée à la durée de la situation. Cette pandémie est un marathon, pas un sprint, dont la durée constitue un défi supplémentaire.

Comment les confinements successifs ont-ils impacté la population ?
Les mesures visant à limiter les contacts sociaux affectent le bien-être de l'ensemble de la population. Celle-ci est sollicitée à plusieurs reprises pour adapter son comportement rapidement. Cela nécessite une résilience et une adaptabilité supplémentaire. L'isolement social et sa durée sont aussi préjudiciables au bien-être mental et en particulier chez les jeunes. Il nous parait dès lors essentiel de créer et de stimuler un sentiment d'appartenance. Cette crise nous touche toutes et tous à différents niveaux. De plus, force est de constater que les professionnel·le·s de santé physique ou psychique ressentent une fatigue mentale importante et non négligeable, qui pourrait à la longue avoir un impact sur la qualité des soins.

Vous souhaitez prendre contact avec le centre ? info@lesuicide.be, par téléphone au 081/77.71.50 ou rendez-vous sur leur site internet : http://www.lesuicide.be/

Et la santé mentale des femmes ?

On a analysé pour vous la 6e enquête de Santé Covid de L'institut scientifique de santé publique, Sciensano[1]. Durant le mois de Mars 2021, 20.140 personnes de 18 ans et plus ont participé à cette enquête. Voici les résultats préliminaires concernant les femmes :

LA SITUATION :
Les femmes interrogées lors de l'enquête indiquent que la crise a provoqué un impact *négatif* sur leur santé ou sur leurs soins de santé. 74% d'entre elles pensent que la crise a un impact sur leurs perspectives d'avenir. Les résultats indiquent aussi que les femmes éprouvent des problèmes plus importants liés à la mobilité, aux activités courantes ou encore à de l'anxiété.

64%
C'est le nombre de femmes insatisfaites de leurs contacts sociaux dans leur vie quotidienne. 35,5% d'entre elles estiment être moins soutenues socialement. Elles se sentent donc plus souvent « très seules » que les hommes (respectivement de 32 % et 27 %).

LES FAMILLES MONOPARENTALES
69% des personnes à la tête d'une famille monoparentale se sont retrouvées en manque de contacts sociaux. Elles ont été davantage enclines à des idées suicidaires pendant l'année de crise sanitaire et les 3 mois précédant l'enquête. Cela peut s'expliquer par d'autres constats de l'enquête, qui souligne une perte de revenu, un déséquilibre entre vie familiale et professionnelle, le manque d'activités de loisir, etc. Il s'agit de facteurs plus importants pour ces familles que pour les autres configurations familiales. Pour rappel, près de 80% des foyers monoparentaux en Belgique sont gérés par des femmes.

UN MOT : ANXIÉTÉ
Presque 25% des femmes éprouvent des troubles de l'anxiété contre 18,5% des hommes. L'âge est aussi un facteur important : les jeunes adultes de 18-29 ans sont les plus affecté·e·s (34 %) par rapport à tous les autres groupes d'âge. Entre décembre 2020 et mars 2021, 40% des jeunes femmes de cette tranche d'âge ont déjà ressenti des troubles anxieux au moins une fois.

LES TROUBLES MENTAUX EN AUGMENTATION EN 2021
- **Les troubles dépressifs** sont plus fréquents parmi les femmes (23 % > 20 % hommes) depuis décembre 2020.
- Les femmes ont été plus nombreuses que les hommes (respectivement 8 % et 6 %) à poser **un geste suicidaire** au cours de l'année écoulée.
- Les femmes (13 %) montrent plus souvent des signes de **troubles alimentaires** que les hommes (9 %).

POURQUOI ?
La santé mentale des femmes s'essouffle plus que celle des hommes car elles éprouvent des inégalités sociales qui s'exacerbent tout au long de ces confinements successifs :
- les violences intrafamiliales et conjugales en augmentation ;
- les stéréotypes de genre qui mettent à rude épreuve l'équilibre entre la vie professionnelle et privée ;
- une charge mentale spécifique (faire respecter les règles sanitaires, aider la·le voisin·e, donner cours aux enfants, etc.) qui vient s'ajouter aux tâches quotidiennes, tout en ayant moins de liens sociaux ;
- des moyens financiers qui ont diminué pour certaines d'entre elles, ce qui peut amener à des reports de soins à répétition…

1. Pour en savoir plus : https://lstu.fr/0DFjF-aT.

Précarité menstruelle : quand les femmes renoncent à leur santé sexuelle

• Elena Diouf • Chargée de missions FCPF-FPS •

Près de 500 millions de femmes dans le monde n'auraient pas les moyens d'acheter régulièrement des produits périodiques[1]. Ce phénomène touche avant tout les personnes les plus précarisées : les étudiantes[2], les personnes sans domicile fixe ou encore celles vivant sous le seuil de pauvreté.

En Europe, certaines avancées ont vu le jour pour lutter contre la précarité menstruelle. Au Royaume-Uni, la TVA a été supprimée sur les produits périodiques et en Belgique, elle est passée de 21 à 6%, en faisant ainsi des produits considérés comme « de première nécessité ». L'Ecosse a voté la gratuité totale de ces produits, ce qui est une première mondiale[3] ! Malgré ces avancées, de nombreuses personnes dans le monde doivent chaque mois choisir entre produits de première nécessité et produits périodiques qui font partie des soins de santé… Qu'en est-il chez nous ?

Un coût périodique qui n'est pas sans conséquences

S'il n'existe pas d'étude belge officielle, on estime que chaque cycle menstruel reviendrait en moyenne à plus de 10 euros par mois. Ce chiffre peut varier et dépend de nombreux facteurs qu'il est important de prendre en compte : l'achat d'antidouleurs ou d'autres médicaments, le flux de chacune, l'achat de nouveaux sous-vêtements ou de nouveaux draps, les visites médicales ou gynécologiques, le type de protection utilisée, etc.[4]

Malheureusement, de nombreuses femmes en situation de précarité doivent faire des choix dans leurs dépenses, et ce sont souvent les soins de santé qui sont délaissés (visites chez les généralistes, les spécialistes, achats de médicaments…). En 2020, près d'un·e Belge sur deux a reporté ou renoncé à un soin de santé en Wallonie ou à Bruxelles et les femmes sont les plus concernées.

Ainsi, le report des soins périodiques mais aussi la désinformation et le tabou autour des menstruations ont des répercussions notables sur la santé mentale (honte, culpabilité) et physique (infections, syndrome du choc toxique[5], maladies gynécologiques non diagnostiquées) mais également dans d'autres domaines de la vie quotidienne : présence au travail, insertion socio-professionnelle, loisirs[6].

De nombreux facteurs à prendre en compte pour faire changer les choses

Le report de ces soins de santé primordiaux a de grandes conséquences sur la santé des femmes mais d'autres facteurs sont à prendre en compte.

Tout d'abord, une réflexion doit être menée sur les infrastructures dans l'espace public et les écoles, pensées par et pour les hommes. Le nombre de toilettes et de points d'eau devraient être augmentés, accessibles et gratuits à n'importe quel moment du jour et de la nuit. Dans les écoles, nombre de jeunes filles préfèrent se retenir d'aller aux toilettes tant les sanitaires sont vétustes, sales ou manquent d'intimité, ce qui mène à des conséquences parfois désastreuses : infections, constipation, troubles de la vessie, etc.[7]

Par ailleurs, le manque d'Éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle (EVRAS) et le manque de sensibilisation perpétuent le tabou toujours trop présent autour des menstruations et surtout le manque d'informations concernant les risques liés aux règles chez les jeunes comme chez les adultes. Il est urgent d'évaluer l'enjeu réel en termes de précarité menstruelle en Belgique au travers d'une étude solide, étape essentielle pour mener une réflexion transversale et pour changer les choses de manière structurelle et pérenne. Il s'agit avant tout d'un enjeu de santé publique et d'égalité des chances !

© Monika Kozub

Des initiatives locales déjà mises en place dans les Centres de Planning Familial des FPS

Les Centres de Planning Familial (CPF) sont des acteurs de première ligne essentiels en ce qui concerne la précarité menstruelle. Plusieurs projets ont donc été mis sur pied ces dernières années, notamment le projet Sang Soucis, à l'initiative des FPS de Liège en collaboration avec les CPF-FPS de Liège, Spa et Verviers, qui récoltent des produits périodiques dans le but de les redistribuer aux personnes dans le besoin. Ce projet est associé notamment à l'initiative liégeoise TakeAway qui distribue des denrées alimentaires et hygiéniques aux étudiant·e·s. Depuis 2016, sur le même principe de récoltes et redistributions, il existe également BruZelle, qui travaille en partenariat avec certains de nos Centres, notamment le CPF Rosa à Bruxelles ou le CPF Willy Peers à Namur.

Enfin, le CPF de Namur-Réseau Solidaris et les FPS de Namur mettent actuellement sur pied un nouveau projet. Il s'agit de récoltes de produits périodiques ainsi que la création d'un petit guide d'utilisation pour sensibiliser notamment au syndrome du choc toxique.

Pour plus d'informations sur les Centres de Planning Familial des FPS, rendez-vous sur : https://www.planningsfps.be/nos-centres.

1. MINISTÈRE CHARGÉ DE L'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES, « Brisons le tabou des règles et de la précarité menstruelle », 18 décembre 2020, https://lstu.fr/EX5HBFoQ.
2. Une étude menée en France sur 6500 étudiant·e·s affirme que 13 % des interrogé·e·s déclarent avoir déjà dû choisir entre acheter des protections hygiéniques et un autre produit de première nécessité. (Source : https://lstu.fr/zV5cjsR6.)
3. CALEPIN, « Précarité menstruelle : ça coûte combien les règles dans la vie d'une femme ? », 2 octobre 2019, https://lstu.fr/AOboAarS.
4. *Ibid.*
5. Pour en savoir plus sur le syndrome du choc toxique : https://lstu.fr/kuZoEqT2.
6. FÉDÉRATION DES CENTRES DE PLANNING FAMILIAL DES FPS, « Précarité menstruelle : des initiatives déjà en place », 15 mars 2021, https://lstu.fr/8fjvD9AN.
7. DH, « Changer de tampon hygiénique régulièrement : "on n'y pense pas vraiment" », *DH*, 13 janvier 2020, https://lstu.fr/TrbyWYgc.

Femmes et médicaments : une relation toxique ?

• Anissa D'ortenzio • Chargée d'études FPS •

Le gouvernement fédéral belge actuel (dit Vivaldi) veut combattre la surmédicalisation. S'il faut agir efficacement contre la consommation inappropriée de certains médicaments par les citoyen·nes, il est nécessaire d'analyser le phénomène sous le prisme du genre car ce sont les femmes[1] qui sont les plus touchées. Quel que soit son parcours de vie, chaque femme peut être confrontée à une forme de surmédicalisation de son existence qui aura des conséquences négatives sur sa santé.

Un phénomène de société typiquement féminin ?

La surmédicalisation de l'existence peut se définir comme un processus par lequel des problèmes non médicaux, principalement sociaux (problèmes sexuels, timidité, stress, etc.) ou certains aspects de l'existence (menstruations, ménopause, etc.) sont définis et traités comme des problèmes médicaux, voire comme des maladies[2]. Il s'agit de faire respecter des normes de société, sous peine d'être perçu·e comme défaillant·e, malade. Un encadrement médical et médicamenteux s'institue alors au détriment d'approches plus préventives ou non médicamenteuses[3].

La vie des femmes est rythmée par différentes étapes physiologiques et symboliques, construites par la médecine et les représentations sociales et culturelles[4]. Il existe une pathologisation (définir un aspect de la vie comme une pathologie, une maladie) des étapes de la vie des femmes. Dans un système de santé généralement pensé par et pour les hommes, les corps des femmes sont en fait considérés comme un réservoir d'irrégularités et d'anomalies qui doivent être soignées par un traitement médicamenteux. Le cas de la contraception en est un bon exemple.

La contraception : un enjeu concret de surmédicalisation

Les féministes des générations précédentes se sont battues pour que les femmes aient accès à la contraception, enclenchant des changements socio-culturels majeurs. Toutefois, la contraception, et particulièrement la pilule, est de plus en plus critiquée par les usagères·ers. En effet, la surmédicalisation de l'existence passe par des usages détournés de l'objectif premier de la pilule. C'est particulièrement le cas lorsqu'il s'agit de traiter l'acné ou l'hirsutisme[5] par la pilule. Cela renvoie à ces jeunes filles l'idée que respecter les normes de beauté (une peau parfaite et sans poils) est plus important que les effets secondaires sur leur santé. La pilule est aussi prescrite comme « traitement » pour les symptômes de l'endométriose. Régulariser les cycles menstruels chez les jeunes filles est un autre exemple fréquent de prescription de la pilule. Or le temps de régularisation des règles est une information rarement partagée aux jeunes adolescent·e·s, qui s'inquiètent et consultent souvent pour la première fois les gynécologues de peur de ne pas être dans la « norme ».

La surmédicalisation de l'existence des femmes passe également par la surprescription de la pilule au détriment d'autres moyens contraceptifs. Parmi 12 004 participant·e·s à une enquête[6] relative aux moyens contraceptifs, 80,6% utilisent la pilule contraceptive. À la question « de quels moyens de contraception la·le soignant·e vous a-t-elle·il déjà parlé ? », 89,5% mentionnent la pilule contre 57,4% pour l'implant et le stérilet (DIU au cuivre). Ce dernier serait moins prescrit car il existe encore des stéréotypes à son encontre (uniquement pour les femmes ayant déjà eu un enfant, provoque la stérilité, etc.) et il allège la charge mentale contraceptive[7]. Après avoir posé un DIU et vérifié par une échographie un à trois mois plus tard qu'il est bien en place, cette contraception permet une liberté de 3 à 10 ans. Au contraire, prendre la pilule demande plus de contrôle et de surveillance. Elle implique de prendre un comprimé tous les jours à heure fixe (et garder à l'esprit le risque de maternité tous les jours telle une épée de Damoclès au-dessus de la tête), retourner faire une ordonnance régulièrement chez le médecin, répondre à un interrogatoire préliminaire, et parfois à des examens invasifs.

De plus en plus de femmes ne s'en sentent plus satisfaites car un sentiment de non-choix les envahit. Elles sont également de plus en plus conscientes des controverses médicales pour certaines générations de pilules. Ses effets secondaires (manque de libido, prise de poids, migraines, saignements, etc.) peuvent réellement détériorer la qualité de vie de certaines femmes (relation de couple, charge mentale, confiance en soi, etc.). Pourtant, ils sont généralement niés et ne sont que vaguement expliqués lors de la prescription de la pilule. Il est essentiel que l'ensemble des moyens de contraception soit proposé à toute femme désirant en prendre. Elle sera ainsi libre de faire un choix éclairé au regard de la situation qui lui est propre et du moyen contraceptif qui lui correspond le mieux.

Des recommandations

Pour diminuer concrètement la prescription excessive des médicaments chez les femmes, il est nécessaire de partager davantage d'informations de qualité sur les alternatives thérapeutiques et développer une meilleure prise en charge par la Sécurité sociale. Dans 90% des cas, la contraception repose sur les femmes : il faut développer davantage de recherches sur les contraceptions masculines afin d'aboutir à une véritable contraception partagée entre les partenaires. Ensuite, généraliser l'EVRAS[8] peut aider les citoyen·ne·s à développer une attitude active et informée quant à leur santé dès le plus jeune âge. Réduire la surmédicalisation de l'existence, c'est aussi avoir une meilleure maitrise du budget des médicaments en limitant le pouvoir des firmes pharmaceutiques. Finalement, les politiques de santé ne pourront être effectives qu'à condition d'employer le gender mainstreaming[9].

Cet article s'inspire de l'étude FPS d'Anissa D'Ortenzio, « Une médecine sexiste ? Le cas de la surmédicalisation des femmes », disponible en ligne : https://lstu.fr/m93vJpw2.

1. Nous partons ici d'une division biomédicale binaire entre femmes et hommes en fonction du sexe assigné à laquelle nous tâcherons d'ajouter l'impact du genre.
2. WAGGONER Miranda et STULTS Cheryl, « Gender and Medicalization », *Sociologists for Women in Society Fact Sheet*, printemps 2010, https://lstu.fr/SnQSokqM.
3. COLLIN Johanne et SUISSA Amnon Jacob, « Les multiples facettes de la médicalisation du social », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 2007, p. 26. https://lstu.fr/H2VNqYac.
4. Par exemple les menstruations, la ménopause, etc.
5. Apparition d'une pilosité spécifique sur le visage, le cou, ou le thorax chez certaines femmes.
6. GINESTE Coline, *L'impact du sexisme sur la qualité des soins en gynécologie* (Mémoire de master en Ethique du soin et de la recherche), Université de Toulouse, 2017.
7. *Ibid.*
8. Education à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle.
9. Une stratégie qui intègre systématiquement des réflexions sur les conséquences positives et négatives des politiques publiques pour les femmes et les hommes.

© Joshua Coleman

Une femme avec une femme : des parcours de soins en santé sexuelle parsemés d'embûches

• Florence Vierendeel • Chargée d'études et de communication politique FPS •

Dans une société où les normes priment, la prise en considération des spécificités du public LGBTQIA+ demeure fragile, d'autant plus dans le domaine de la santé. Une enquête française réalisée en 2017 dévoile qu'au moins une personne LGBTQIA+ sur deux s'est déjà sentie discriminée dans le cadre de son parcours de soins[1]. Ces inégalités affectent particulièrement les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes (FSF). En cause ? Une société profondément hétérosexiste[2]. Et pourtant, plusieurs leviers d'action existent pour améliorer la prise en charge de cette minorité sexuelle !

© Anna Shvets - Pexel

Le terme FSF permet d'inclure l'ensemble des femmes ayant déjà eu une relation homosexuelle, indépendamment de leur orientation sexuelle. Par ailleurs, cet article ne concerne que les femmes dites cisgenres, c'est-à-dire qui s'identifient au genre qui leur a été assigné à la naissance.

À l'échelle de la population mondiale, l'état de santé, tant physique que mental, des personnes LGBTQIA+ est globalement moins bon (anxiété, dépression, violences, tentatives de suicide, addictions, etc.)[3]. Les FSF n'échappent pas à la règle, notamment en matière de santé sexuelle. Pourtant, à risques élevés (en raison de leurs pratiques et du manque d'informations)[4], elles sont moins nombreuses à se protéger lors de rapports sexuels. Elles ont également moins souvent recours aux soins de santé, notamment gynécologiques. Ce type de comportement n'est pourtant pas anodin et met en exergue les limites de notre système de soins de santé.

Des inégalités sociales de santé à la stigmatisation intériorisée

Les FSF sont en réalité victimes d'inégalités. Celles-ci sont inscrites dans l'organisation même de la société dont le mode de pensée tend à nier, dénigrer ou encore stigmatiser toute forme de sexualité qui n'est pas hétérosexuelle. Nos institutions, leurs pratiques, politiques et actions, en sont le reflet ! Par exemple, beaucoup de professionnel·le·s de la santé pensent toujours que les FSF sont épargnées des IST et du VIH, ce qui est totalement faux. De nombreux stéréotypes et ignorances entourent encore et toujours la sexualité des FSF. Perçue comme un impensé social[5], celle-ci est invisible et banalisée. Et si, dans l'imaginaire collectif, elle n'existe pas, pourquoi s'en préoccuper ?
Cette question alarmante est au fondement de nombreux obstacles pour les FSF. Les recherches médicales les concernant sont pauvres. En raison de données manquantes à leur sujet, les risques qu'elles encourent sont sous-évalués et les politiques publiques développées ne les prennent pas en compte. Quant aux professionnel·le·s de la santé, celles·ceux-ci ne sont pas formé·e·s à ces questions et manquent très souvent d'informations sur la santé sexuelle des FSF. Beaucoup d'entre elles·eux peinent à aborder l'orientation sexuelle et présupposent l'hétérosexualité de leurs patientes. La prise en charge des FSF est dès lors inadaptée. Les représentations erronées à leur sujet persistent et se reproduisent.
Sans surprise, les FSF intègrent ces discriminations potentielles (lesbophobie[6], préjugés, remarques sexistes, etc.) qui se cristallisent sous la forme de craintes diverses les poussant souvent à éviter les consultations, ou tout du moins, à les raréfier, au prix de leur santé.

De la prise de conscience à la mise en action

Afin de garantir à toutes et tous le droit à la santé, une prise de conscience doit s'opérer chez l'ensemble des actrices·teurs concerné·e·s afin de reconnaitre la nécessité d'adopter des approches spécifiques pour répondre aux besoins de tous les publics, dont les publics vulnérables. Une attention particulière doit être accordée au public LGBTQIA+, et plus précisément, à la santé sexuelle des FSF.
Parmi les pistes d'action concrètes, l'intégration de contenus concernant les personnes LGBTQIA+ au sein des formations initiales et continuées des professionnel·le·s de la santé doit devenir une priorité. Le financement et le développement de campagnes de sensibilisation et de recherches sur la santé sexuelle des FSF doit s'inscrire dans cette prise en considération globale de leurs réalités et vécus. Sur le terrain, les professionnel·le·s de la santé détiennent un pouvoir d'action immédiat en adoptant un vocabulaire inclusif et une attitude d'ouverture, sans préjugés et sans présomption de l'orientation sexuelle de leurs patientes. Des salles d'attente et de consultation LGBTQIA+ friendly, à travers la mise à disposition de brochure et d'affiches inclusives concernant les publics non-hétérosexuels, contribuent également à la création d'un espace accueillant et sécurisant. Enfin, de manière générale, la lutte contre les stéréotypes et les violences dont sont victimes ces minorités doit s'intensifier en s'effectuant dès le plus jeune âge via la généralisation effective de l'Education à la Vie Relationnelle Affective et Sexuelle (EVRAS) en milieu scolaire.

Cet article s'inspire de l'analyse FPS d'Eléonore Stultjens : « Les oubliées de la santé sexuelle : les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes » , disponible en ligne : https://lstu.fr/7jX0TVzJ.

1. BARDOU Florian, « Le grand malaise des LGBTI face au monde de la santé », *Libération*, 16 janvier 2018, https://lstu.fr/xcp812-T.
2. Une société qui considère l'hétérosexualité comme la norme et comme la seule sexualité légitime, la rendant supérieure.
3. RÉGNY Marjolaine, « State-of-the-art study focusing on the health inequalities faced by LGBTI people », Note de lecture, 2018, https://lstu.fr/cvow07r6.
4. La prévalence d'infections sexuellement transmissibles (IST) est plus élevée chez les FSF que chez les femmes hétérosexuelles.
5. « Les pratiques sexuelles lesbiennes n'étant pas reconnues comme des pratiques sexuelles, on déniait l'existence d'une sexualité autonome des femmes. La sexualité lesbienne est un impensé social : "Il n'y a pas de sexualité là où il n'y a pas de pénétration masculine". » (Source : https://lstu.fr/7jX0TVzJ).
6. Qui désigne le rejet et la violence perpétrés à l'égard des femmes lesbiennes sur base de leur orientation sexuelle.

RDC : PASCO aux côtés des hommes qui ont des relations sexuelles avec les hommes (HSH) et des personnes transgenres

• Solsoc •

En 2016, à l'occasion de la Journée mondiale de l'homophobie, la transphobie et la biphobie qui a eu pour thème la santé mentale et le bien-être, le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) a rappelé les difficultés rencontrées par de nombreuses personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres à travers le monde, qui « vivent dans la peur, dans l'isolement et sans pouvoir bénéficier de services de santé vitaux ».

« La crainte de mauvais traitements ou de discriminations exercées par des agents de santé les empêche d'accéder aux services de dépistage et de traitement du VIH. De plus, un pourcentage élevé de personnes LGBT[1] est confronté à l'isolement et à la discrimination dans leur environnement social immédiat, ce qui nuit à leur santé mentale. »[2] À plusieurs reprises, l'ONUSIDA et le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme ont appelé les gouvernements à abroger les lois homophobes[3] et à ne « laisser personne de côté » en permettant un accès complet à des soins de santé de qualité, y compris aux soins de santé mentale, pour les personnes LGBT.
La République Démocratique du Congo (RDC) n'a pas de loi pénalisant l'homosexualité à proprement parler. En effet, le Code pénal de la RDC ne contient aucune disposition interdisant les actes sexuels entre adultes consentant·e·s de même sexe. Cependant, l'absence de pénalisation ne protège pas les LGBT des prêches homophobes discriminatoires proférés par certain·e·s actrices·teurs religieuses·eux, de la stigmatisation, de l'exclusion sociale, de la peur du rejet par la sphère familiale, ainsi que de l'homophobie au sein du corps médical[4]. C'est dans ce contexte que l'ONG congolaise PASCO[5] agit pour que les HSH[6] et les personnes transgenres bénéficient d'un meilleur accès à la santé. En effet, en 2020, on estime[7] la prévalence du VIH chez les HSH à 7,1% contre 0,8% en moyenne pour la population générale congolaise âgée de 15 à 49 ans. Il n'y a pas de données solides concernant les personnes transgenres, mais des études en cours en RDC permettraient de remédier à ces lacunes.

Michel Lay Mayamba, coordonnateur national de PASCO a répondu aux questions de Solsoc.

Pour quelles raisons PASCO a-t-elle fait le choix de cibler les HSH et les personnes transgenres à travers ses actions ?
Avant de créer PASCO, j'ai travaillé avec Médecins Sans Frontières Belgique où j'ai acquis de l'expérience auprès de ces communautés. Nous avons choisi de cibler celles-ci car elles subissent des stigmatisations et des discriminations qui entravent leur accès aux soins du VIH et de la tuberculose, alors qu'elles y sont les plus exposées. Selon notre rapport global de 2020, 7 026 HSH ont été sensibilisés dans le cadre de nos actions, 6 380 dépistés, 219 déclarés séropositifs. 644 personnes transgenres ont été sensibilisées, 556 ont été dépistées et 15 ont été déclarées séropositives.

Quel a été l'impact du Covid-19 sur vos activités ?
L'impact a été très négatif sur une partie des bénéficiaires qui sont habitué·e·s à gagner leur vie par le travail de nuit. Le confinement et les couvre-feux ont freiné brutalement leurs activités. Il y a donc eu une perte de ressources financières et une précarisation de ces communautés. Concernant PASCO, toutes nos activités nocturnes ont eu lieu en journée avec pour conséquence une réduction de l'utilisation de nos services. Nous avons fait en sorte d'adapter nos activités de terrain en tenant compte de cette nouvelle réalité sanitaire tout en respectant scrupuleusement les gestes barrières.

Selon Michel Lay Mayamba, plusieurs obstacles doivent encore être levés pour améliorer l'accès aux services de santé des personnes transgenres et des HSH. Des actions de plaidoyer ont lieu actuellement en RDC auprès des responsables politiques et des autorités administratives à différents niveaux. Ces initiatives ont pour objectif une meilleure acceptation des LGBT par celles·ceux qui continuent à les rejeter.

Solsoc est une ONG de coopération au développement. Avec des organisations du Sud, elle combat l'exclusion et les inégalités en Bolivie, au Burkina Faso, au Burundi, en Colombie, au Maroc, en Palestine, au Sénégal et en République Démocratique du Congo, ainsi qu'en Belgique. Leur objectif commun est de contribuer à la construction d'un monde plus juste et plus démocratique.
Vous souhaitez poser un acte militant en faveur des actions de Solsoc ?
Faites un don sur le compte BE52 0000 0000 5454
Plus d'infos : www.solsoc.be

© Solsoc

1. Nous utilisons le terme LGBT et pas LGBTQIA+ dans cet article car les sources citées pour en alimenter son contenu font uniquement allusion à la communauté LGBT.
2. ONUSIDA, « Déclaration à la presse : L'ONUSIDA demande un accès complet à des soins de santé de qualité, y compris aux soins de santé mentale, pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées », *ONUSIDA*, 17 mai 2016, https://lstu.fr/EYfVsX7Q.
3. ONUSIDA, « Déclaration à la presse : L'ONUSIDA et le Fonds mondial s'inquiètent vivement de l'impact de la nouvelle loi adoptée au Nigéria qui affecte la riposte au sida et les droits humains des membres de la communauté LGBT », *ONUSIDA*, 14 janvier 2014, https://lstu.fr/SQJLEUz7.
4. HUSTACHE Yannick, « LGBT à Kinshasa et au Congo: état des lieux », Point Culture, 19 juillet 2017, https://lstu.fr/Pu6buUo-.
5. PASCO (Parlons Sida aux Communautaires) est une organisation non gouvernementale créée en 2003 par le psychologue Michel Lay Mayamba. PASCO intervient dans le domaine de la santé, de la lutte contre le VIH/Sida, les IST et la tuberculose, ainsi que dans ceux de l'éducation et de la lutte contre la pauvreté. PASCO mène des actions dans 9 provinces sur 24 en RDC. Les interventions de l'ONG dans les domaines de la lutte contre le VIH et la tuberculose ciblent le milieu scolaire et les populations clés, dont les travailleuses·eurs du sexe, les HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes) et les personnes transgenres. PASCO a pour partenaires des actrices·teurs belges de la mouvance progressiste tels que les Mutualités socialistes, les Femmes Prévoyantes Socialistes et la FGTB.
6. Le sigle HSH « désigne tous les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, sans tenir compte du fait qu'ils se reconnaissent comme hétérosexuels, bisexuels ou homosexuels » (Source : Sidaction)
7. Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida « Rapport national de suivi de la riposte au VIH/Sida », *PNMLS*, octobre 2020, https://lstu.fr/Exm7KPbR.

DOSSIER Actu Solsoc

"Le syndrome méditerranéen" : racisme dans les instances médicales

• Elise Voillot • Chargée de communication FPS •

Le « syndrome méditerranéen » représente un ensemble d'idées reçues au sein du corps médical, qui suggèrent que certains patient·e·s originaires supposément des pays avoisinant la Méditerranée, exagèreraient les symptômes dont elles·ils sont victimes. S'il ne donne pas de toux carabinée ou de fièvre purulente, ce stéréotype culturel fait pourtant de nombreuses victimes... Explications.

Décembre 2017, Naomi Musenga souffre de violentes douleurs au niveau du ventre. Dans un état de grande détresse, elle contacte les services d'urgence. Violemment décrédibilisée et moquée[1] par les opératrices téléphonique du SAMU, qui considèrent qu'elle exagère ses symptômes, la jeune femme appellera finalement SOS médecins... mais il est déjà trop tard. Naomi meurt d'une défaillance multi viscérale deux heures et demie après avoir contacté le SAMU. Si cette affaire a particulièrement fait parler d'elle, elle n'est hélas pas le seul cas illustrant une mauvaise prise en charge médicale des personnes racisées[2]. Suite à cette affaire, de nombreuses·eux patient·e·s se sont exprimé·e·s sur les réseaux sociaux à travers les hashtags #MédecineRaciste et #BalanceTonMédecin. Par exemple, celui de cette femme, se plaignant de douleurs persistantes après son cancer et qui finira par mourir d'une tumeur au cerveau parce que les médecins croyaient qu'elle simulait ses symptômes pour ne pas retourner travailler[3]. Mais comment peut-on arriver à ce genre de comportement ?

Aux origines

Dans chaque société, il existe ce que l'on appelle des représentations sociales. Celles-ci, souvent intériorisées de façon inconsciente, sont « composées de divers éléments issus de connaissances scientifiques ; de sens commun, de normes valeurs et croyances »[4]. Elles permettent la construction d'une réalité commune, sont véhiculées de diverses façons (médias, diverses influences sociales telles que la famille, les personnalités publiques, les proches, etc.) et ont un impact sur notre façon d'agir et d'être. Cette méthode pour « classifier » le monde peut amener à des « représentations caricaturales, figées, véhiculées sans réflexion [...] construites par deux mécanismes [...] la simplification [...] et la généralisation »[5]. C'est ce qu'on appelle les stéréotypes.
Dans le monde professionnel, et particulièrement dans le milieu médical, la catégorisation est monnaie courante et sert à « faciliter », par certains aspects, le travail du personnel. Les patient·e·s vont être classé·e·s en fonction de différents critères tels que leur âge, leur sexe, leur classe sociale... et leurs origines supposées ou réelles (au travers de leur nom, leur lieu de vie, leur couleur de peau)[6]. Le problème est que ces méthodes de catégorisation ne sont pas forcément neutres. Celles-ci, associées à des représentations sociales préalables stéréotypées mais aussi à un héritage colonial et racialiste[7], ont tendance à réduire les patient·e·s à un groupe prédéfini. Cela amène certain·e·s spécialistes à avoir des préjugés racistes et à aborder les symptômes et les plaintes des patient·e·s sous une perspective culturaliste[8]. Le culturalisme est un courant de pensée regroupant des théories qui attribuent des comportements spécifiques voire des traits de caractères à des groupes ethniques précis.

Un exemple très concret de ce culturalisme est justement le « syndrome méditerranéen ». Si le terme n'est heureusement pas enseigné dans les cursus, il est abordé de façon informelle lors de consultations ou de stages[9]. Suite à l'affaire Musenga, un collectif d'associations a réalisé une enquête illustrant les différentes discriminations véhiculées par certain·e·s médecins. On constate, pour les personnes portant un nom à consonance africaine, arabe ou berbère, une surreprésentation des propos discriminants, des gestes brusques pour les personnes dites « non-blanches » voire même un refus de prise en charge pour les personnes ayant un nom à consonance étrangère ou un accent[10].

Une médecine raciste et marchandisée

Comme l'explique la chaîne YouTube Les dessous de la santé, dans un milieu professionnel particulièrement engorgé et répondant à des logiques de rentabilité financière, la prise en charge personnalisée semble de plus en plus complexe. Les discriminations à l'encontre des patient·e·s sont indéniables et semblent se renforcer lorsque l'on présente certaines caractéristiques telles que le genre, le poids ou la couleur de peau[11].
Le refinancement structurel des milieux médicaux peut donc être une hypothèse envisagée pour favoriser une approche plus humaine et individualisée.
Néanmoins, cette évolution du monde médical ne doit pas tout excuser. Une importante remise en question du secteur est indispensable. Comme dans de nombreux domaines, la médecine est le reflet des inégalités persistantes dans notre société. Pensée majoritairement par et pour des hommes blancs, valides et cisgenres[12], l'approche médicale n'est pas toujours des plus inclusives. Comme l'explique la militante féministe Rokhaya Diallo : « Le médecin est un être social qui est exposé aux préjugés. Mais il y a une vraie difficulté à reconnaître que la fonction médicale est aussi empreinte de racisme et de sexisme comme le reste de la société. En raison du serment d'Hippocrate[13], on a en effet tendance à penser que le médecin n'est pas imprégné de ce type de préjugés »[14].
Cette sensibilisation au racisme et au sexisme doit être étudiée le plus tôt possible dans les cursus universitaires et de façon transversale car, comme l'explique Clara de Bort, directrice d'un hôpital français : « il y a encore trop peu de formation aux discriminations et aux stéréotypes dans les facs de médecine » tout en rappelant que « La bienveillance n'est pas une option » dans la formation médicale [15].
Enfin, plutôt que de parler de syndrome méditerranéen, parlons de culturalisme ou de racisme institutionnel... chassez ce syndrome que je ne saurais voir !

1. Vous pouvez notamment entendre les échanges téléphoniques dans cette vidéo : https://lstu.fr/nz8n29An.
2. Qui souffre de façon continue et/ou systémique du racisme, sur des plans institutionnels, économiques, interpersonnels et sexuels, entre autres plans. (Définition de Queer Paris : https://lstu.fr/gETw1Y53).
3. VERRIER Lison, « "D'habitude, les gens comme vous se roulent par terre" : patients et médecins dénoncent les préjugés racistes du monde médical », *France Télévisions*, 28 mai 2018, https://lstu.fr/VL0sqrYM.
4. JUNG Emilia « Vers plus d'égalité en santé : guide de prévention et de lutte contre les discriminations dans le domaine de la santé. », *Migrations santé Alsace*, avril 2019, https://lstu.fr/QuDM27yW.
5. *Ibid.*
6. BOUSSARD Valérie et al. « Discrimination ethnique et rapport au public : une comparaison interprofessionnelle », *Hal*, 2010, https://lstu.fr/omLZbUy_.
7. Le racialisme est le fait d'attribuer des caractéristiques pseudo-scientifique à une personne en fonction de sa race (pour en savoir plus : https://lstu.fr/FMxYAMPT).
8. LES DESSOUS DE LA SANTÉ « : Cas n°1 "Le syndrome Méditerranéen" », 23 janvier 2019, https://lstu.fr/QZ_k7ZrR.
9. Ibid.
10. À noter que d'autres discriminations telles que la grossophobie ont été évoquées dans cette enquête. LORIAUX Aude, « Refus de soin, grossophobie, racisme: le cas de Naomi Musenga est loin d'être isolé », *Slate*, 18 juillet 2018, https://lstu.fr/4K7ovLUQ.
11. *Ibid.*
12. Personne dont le genre (identitaire) correspond à celui qu'on lui a attribué à la naissance. Note: Se dit d'une personne qui n'est pas transgenre.(Définition de Queer Paris : https://lstu.fr/gETw1Y53).
13. Il s'agit d'un code déontologique dans la profession médicale (source : https://lstu.fr/Dx5k-a1f).
14. MOSCHETTI Julien « Soyons militant·e·s », What's up doc, s.d, https://lstu.fr/xMF2zsFa.
15. LORIAUX Aude, « Refus de soin, grossophobie, racisme », *op cit.*

© Unsplash

L'ASPH, au service des grand·e·s oublié·e·s de la société

• Nadège Hombergen • Assistante sociale •
• Manon Cools • Chargée de communication & éducation permanente ASPH •

Il y en a eu, des grand·e·s oublié·e·s de la crise sanitaire. Des personnes qui, souvent au croisement entre plusieurs difficultés et précarité, sont à la fois dépassées par des situations administratives, financières ou sociales et délaissées par les politiques ou les services d'aides débordés. Comment y répondre ?

© Volodymyr Hryshchenko - Unsplash

Les femmes sont plus souvent en situation de précarité économique que les hommes et assument la majeure partie des tâches liées à leur famille. Cela réduit leur disponibilité pour effectuer des démarches administratives qui permettraient d'avoir un recours effectif à leurs droits[1]. Cette situation s'empire dans le cas de familles monoparentales. Les conséquences sont parfois lourdes : perte de droits, non-accès à des indemnités, non-recours en cas de décision d'une administration à contester, etc. Nous constatons aussi à l'ASPH - Association Socialiste de la Personne Handicapée - qu'encore trop souvent, des personnes ne peuvent faire valoir leurs droits par manque de compréhension, de connaissance des procédures de recours ou par manque de temps.

Il est important pour nous de donner les moyens afin que toute personne puisse faire valoir ses droits, être accompagnée au mieux dans les diverses procédures tout en allégeant la charge mentale et administrative qu'elles impliquent. Et ceci, peu importe la situation de la personne ou de sa·son proche, qu'il y ait une reconnaissance d'un handicap par un organisme officiel ou pas !

Concrètement, notre contact center gratuit traite de questions générales concernant la santé, l'emploi, l'enseignement, les aménagements. Cela passe par les incapacités de longue durée, les allocations familiales pour enfant à besoins spécifiques, les aides individuelles, les aménagements raisonnables, etc. Au besoin, nous pouvons aussi vous orienter vers les structures adéquates pour traiter votre question. Au sein du service Handydroit®, les expertes en législation de l'ASPH conseillent et accompagnent chaque personne tout en s'assurant de la bonne compréhension de chacune des démarches. Pour accompagner au mieux et répondre à la demande nous collaborons avec des tiers (administrations, avocat·e·s, expert·e·s,...) en accord avec la personne. Au besoin, en tant que point d'appui Unia[2], nous pouvons aussi dénoncer des discriminations.

Voici quelques situations pour lesquelles nos services peuvent vous être utiles :

« Je vis une situation médicale particulièrement difficile liée à ma grossesse et mon médecin-conseil refuse de me reconnaitre en incapacité de travail malgré l'avis médical de mon médecin. »

« Je suis mère célibataire, on a refusé les allocations familiales supplémentaires à mon enfant à besoins spécifiques et je ne suis pas d'accord avec les conclusions médicales, mais je n'ai pas le temps d'entreprendre des démarches. »

« Auparavant, j'étais transporteuse routière, mais depuis quelques années, ma maladie m'empêche de rester assise pour de longues périodes. Lors de ma dernière visite médicale chez le médecin-conseil, celui-ci m'a déclarée inapte pour mon précédent travail, mais estime que je pourrais effectuer un travail moins lourd, comme agent d'accueil. Cela reviendrait à être assise toute la journée, je n'en suis pas capable et j'aimerais contester cette décision. »

« J'ai besoin d'aménagements raisonnables pour pouvoir suivre sereinement mon parcours dans mon école de Promotion Sociale. À l'école, ils sont assez peu renseignés sur la question, je me sens stigmatisée et leur absence de réaction me discrimine ! »

« Je suis en fauteuil roulant et aveugle. Je vis encore chez mes parents. Ceux-ci, vieillissants, ne peuvent plus pousser mon fauteuil roulant sans difficulté. Nous avons donc entré une demande d'aide individuelle pour une aide électronique adaptée à mon fauteuil. L'AVIQ3 estime que le matériel déjà mis à ma disposition est adapté à mon handicap et utilise certains articles législatifs que je ne comprends pas pour refuser ma demande. »

« Auparavant, je travaillais dans une association, mais ma phobie sociale s'est accentuée et je ne suis désormais plus apte à travailler dans des endroits où il y a beaucoup de passage. Le médecin-conseil estime que ma maladie n'est pas suffisante pour être mise en incapacité et me déclare apte au travail. »

Nouveau ! Le contact center de l'ASPH est maintenant accessible de 9h30 à 11h00 aux personnes sourdes ou malentendantes habitant en Région wallonne ou bruxelloise. Il suffit de cliquer sur le logo « Relais signe ». C'est totalement gratuit pour les bénéficiaires. L'ASPH prend en charge le coût de l'interprète. Horaires classiques du contact center : 08h à 12h du lundi au vendredi, au 02/515.19.19

Plus d'infos : www.asph.be

1. Voir notamment L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL DE BRUXELLES « Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise », 2016 et DEMBIERMONT Jean-Paul « Le non-recours aux droits dans le cadre de l'intervention majorée », 2017, etc.
2. Unia est un service public indépendant de lutte contre la discrimination et de promotion de l'égalité des chances. Pour en savoir plus : https://lstu.fr/cb4s5bmw.
3. Agence pour une vie de qualité

Le masculinisme : enjeux et réalités

• Par le service études des FPS •

Qui sont les masculinistes ? Que revendiquent-ils ? Comment agissent-ils ? Développons un petit tour d'horizon non exhaustif du mouvement masculiniste actuel. Les masculinistes peuvent être des individus seuls ou regroupés en différentes mouvances. Malgré une radicalité et des stratégies variables, ils sont mûs par la conviction que les femmes sont devenues égales aux hommes, voire supérieures à ceux-ci. Selon eux, les hommes seraient aujourd'hui dominés, réduits en esclavage par les femmes.

Tout ce qui déstabilise, de près ou de loin, les caractéristiques et représentations du masculin viril et dominateur est méprisé et dénigré par les masculinistes. C'est pourquoi on trouvera quantité de propos misogynes, homophobes, racistes, grossophobes et antiféministes dans leurs discours.
Les masculinistes nient ce portrait peu flatteur. Ils préfèrent être vus comme de simples défenseurs des droits des hommes et être nommés par un terme moins péjoratif tel que « homistes » ou « hoministes ».

La masculinité en crise ?

Un de leurs arguments phares se base sur la croyance que la masculinité forte et dominatrice serait en crise et qu'il conviendrait de réinverser la vapeur pour tout faire rentrer dans l'ordre « naturel » des choses (l'homme dominant – la femme dominée). Toutefois, cette notion de crise est récurrente à travers les siècles et n'est donc pas propre à notre époque. Par exemple, durant l'Antiquité, l'homme politique Caton l'Ancien se plaignait déjà que les hommes soient dévirilisés face aux femmes demandant à pouvoir conduire des chars et porter des vêtements colorés[1].
Les chercheuses·eurs spécialistes de la question s'accordent à dire qu'il n'y a pas de crise de la masculinité mais plutôt un discours construit autour de cette idée de crise. En effet, si l'on regarde les chiffres sur les inégalités femmes-hommes dans le sport, les médias ou les tâches ménagères ou que l'on écoute les témoignages des victimes de harcèlement sexiste, la réalité est claire : le « masculin » se porte très bien[2]. Néanmoins, cela n'empêche pas les hommes de souffrir des injonctions à être toujours plus viril, plus performant, plus conquérant. En France, les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes à mourir d'alcoolisme car la consommation d'alcool est un symbole de virilité. Pour la même raison, ils ont aussi plus de risques de mourir dans un accident de la route[3].

Plus de peur que de mal ?

En Occident, le mouvement masculiniste contemporain a commencé à s'organiser dans les années '80 avec la création de groupes de pères séparés ou divorcés. Ils réclament la résidence alternée, l'autorité parentale partagée et la fin des pensions alimentaires qu'ils considèrent comme une exploitation. Si l'on croit pouvoir se réjouir devant ces pères qui s'investissent avec fougue dans leur rôle (jusqu'à escalader des grues pour faire le buzz), Patric Jean, un réalisateur belge, nous met en garde : « Je reçois parfois des témoignages de pères en difficulté au moment de la séparation. Quand ils sont allés voir une association « de pères », ils sont partis en courant en entendant le discours violemment misogyne qui les a effrayés ». Certains membres de ces associations oublient de mentionner qu'ils ont parfois été condamnés pour violences conjugales, violences sexuelles ou enlèvements d'enfants.

Les réseaux sociaux et plateformes comme Discord, Reddit, 4chan, YouTube offrent aujourd'hui aux masculinistes des lieux de rencontres anonymes, à l'abri des regards et d'une modération efficace. Ainsi, les plus radicaux d'entre eux, les Incels et les MGTOW ont le champ libre pour déverser en toute impunité leur haine des femmes et des féministes[4]. Dans les cas les plus graves, l'idéologie masculiniste engendre des tueries de masse telles qu'à Montréal en 1989, en Pennsylvanie en 2009, à Oslo et sur l'île d'Utoya en 2011, en Californie en 2014 ou encore à Toronto en 2018.

Peut-on parler de terrorisme masculiniste ? Oui car, selon la chercheuse Mélissa Blais : « Un attentat suppose un acte volontaire et une dimension politique. C'est le propre des attentats terroristes de causer un traumatisme collectif ». Une démonstration morbide, si besoin était, de la définition même du féminicide, le « meurtre d'une femme en raison de son sexe »…

Cet article fait suite à un exposé réalisé dans le cadre des activités organisées par les régionales FPS autour du 8 mars. Pour découvrir nos publications sur le sujet : https://lstu.fr/0xaTGy-p.

© Vidar Nordli - Unsplash

1. DUPUIS-DÉRI Francis, La Crise de la masculinité : en finir avec un mythe tenace, Éd. Remue-Ménage, 2018.
2. Voir le texte « 120+ exemples du privilège masculin dans la vie de tous les jours » sur le blog féministe " Dialogues avec mon père" https://lstu.fr/ZGQDYMfK.
3. Voir l'intéressante et récente analyse de Lucile Peytavin sur les coûts financiers de la virilité.
4. MGTOW signifie « Men Going Their Own Way » ç.-à.-d « les hommes qui suivent leur propre voie» et Incels signifie « Involuntary Celibates » pour « célibataires involontaires ». Pour aller plus loin, lisez notre analyse FPS « Masculinisme 2.0 », https://lstu.fr/0xaTGy-p.

La crise du Covid-19 : une menace pour les droits des femmes et des minorités

• Florence Vierendeel • Chargée d'études et de communication politique FPS •

« N'oubliez jamais qu'il suffira d'une crise politique, économique ou religieuse pour que les droits des femmes soient remis en question. » Cette célèbre citation de Simone De Beauvoir continue, tristement, à résonner en beaucoup d'entre nous en ces temps de pandémie. Dès 1949, cette philosophe française nous alerte avec justesse sur les dangers susceptibles de se produire en période de crise, touchant plus spécifiquement les femmes, frange de la population qui demeure dévalorisée et discriminée dans une société profondément patriarcale.

Un contexte propice à des agendas politiques malveillants

Aujourd'hui, les crises s'enchaînent et s'entremêlent. Dès 2007, la journaliste et militante américaine Naomi Klein analyse la manière dont le pouvoir et les élites profitent des crises majeures pour mettre en place des politiques ultralibérales[1]. L'économiste Sandrine Rousseau appuie d'ailleurs cette théorie : « Les climats anxiogènes sont propices à l'édiction de lois, restrictions et règlements [qui] n'ont [parfois] que peu de liens avec la crise mais celle-ci sert d'écran de fumée »[2].

Et la pandémie actuelle confirme cette technique effroyable. Préoccupée par la crise en cours, la population n'est pas toujours en mesure de détecter les failles institutionnelles et démocratiques qui s'installent, surtout si ses capacités d'action, telles que le rassemblement, sont restreintes. Certain·e·s politicien·ne·s en profitent dès lors pour forcer leur agenda politique en ratifiant des règles qui menacent les normes sociales, la protection de l'environnement ou encore les droits des femmes et des minorités[3].

Femmes et minorités en première ligne

Les femmes, et particulièrement les femmes précaires et/ou issues de l'immigration, subissent de plein fouet et de manière disproportionnée les conséquences de cette crise sur leur quotidien. Surreprésentées dans les métiers dits du care, elles sont davantage exposées au virus du Covid-19 et subissent des conditions de travail déplorables. Les violences à leur égard ont augmenté, ainsi que leur taux de chômage, pendant qu'elles assurent la majorité des tâches domestiques et sont victimes d'une charge mentale exacerbée. En plus de cela, certains gouvernements, notamment européens, ne se gênent pas pour compromettre leurs droits les plus fondamentaux.

En Hongrie, par exemple, les discriminations fondées sur le genre sur le lieu de travail ont explosé. Pourtant, les autorités préfèrent fermer les yeux sur les lacunes en matière de législation et d'accueil de la petite enfance[4]. Les femmes enceintes et/ou avec des enfants en bas âge sont les plus touchées par ces licenciements abusifs et ce manque de réponse collective à la prise en charge des enfants, ce qui nuit à leur autonomie financière[5]. L'accessibilité des femmes au marché de l'emploi est donc loin d'être gagnée et protégée. Tout comme leurs droits sexuels et reproductifs… En Pologne, le parti majoritaire ultra-catholique PiS (Droit et Justice) n'a pas hésité à opérer un recul tout à fait scandaleux en la matière. L'avortement n'y est désormais plus autorisé, sauf en cas de viol ou d'inceste, ou lorsque la vie de la mère est en danger, une des législations les plus restrictives en Europe[6]. Le timing n'est pas anodin : alors qu'à l'époque, la mobilisation des mouvements féministes dans l'espace public avait permis de faire pression et de geler le dossier, le gouvernement exploite ici le confinement de la population pour imposer ses valeurs rétrogrades et liberticides[7].

Les minorités LGBTQIA+ sont tout autant concernées par ces abus de pouvoir. Ainsi, le premier ministre hongrois, figure phare du populisme, s'est permis, en décembre 2020, de modifier la Constitution de son pays pour y prohiber l'adoption aux couples de même sexe et y inscrire une définition du genre, comprise comme étant une idéologie néfaste, notamment pour les enfants[8]. Ces deux amendements rejoignent tristement l'interdiction d'inscrire un changement de sexe à l'état civil[9]. C'est par ailleurs le discours extrêmement violent sur lequel s'est appuyé le PiS lors des dernières élections polonaises en juin 2020[10] dans un pays où, depuis début 2019, des dizaines de districts se sont déclarés « zones sans idéologie LGBT »[11].

Un danger réel qu'il faut combattre !

Ces prises de position qui s'insinuent peu à peu dans l'Europe de l'Est ne sont pas à prendre à la légère. Cette malveillance peut rapidement se propager et menacer, sans détours et en toute « légalité » juridique, les droits humains fondamentaux de toute une partie de la population. Face à cette haine, le Parlement européen a réagi en se déclarant « zone de liberté » pour les personnes LGBTQIA+ et en appelant la Commission européenne à lutter activement contre ces discriminations[12]. Les municipalités polonaises concernées ont alors, à l'époque, été privées de subventions, ce qui a mené certaines d'entre elles à revenir sur leur décision[13].

L'Union Européenne doit donc adopter des réponses fermes face à ce type de violations graves. D'autant plus que la crise est, sans aucun doute, une opportunité d'instrumentalisation idéale pour ces partis politiques. Les aspects sécuritaires mobilisés, tels que la fermeture des frontières, sont au cœur des programmes ultraconservateurs et autoritaires de l'extrême droite[14]. Ce contexte leur est donc tout fait favorable pour réaffirmer leur idéologie raciste et justifier leur combat contre la mondialisation et l'Europe[15]. N'oublions pas que lorsque les individus sont isolés, qu'elles·ils doutent des faits et remettent en question les décisions étatiques, alors elles·ils sont la cible privilégiée pour la mise en place d'une politique totalitaire[16]… La vigilance et l'intransigeance sur le respect de nos droits fondamentaux sont donc tout à fait essentiels, d'autant plus en temps de crise.

Ces prises de position qui s'insinuent peu à peu dans l'Europe de l'Est ne sont pas à prendre à la légère.

1. MOUTERDE Perrine, « Naomi Klein : "Seule une réponse très audacieuse à la crise nous mènera quelque part" », *Le Monde*, 7 juin 2020, https://lstu.fr/Jk0k-VNS.
2. ROUSSEAU Sandrine, « Nous courons de crise en crise en laissant derrière nous des parcelles de liberté », *Libération*, 4 octobre 2020, https://lstu.fr/EEJfy5YE.
3. BRUNFAUT Simon, « Jan-Werner Müller : "La pandémie est comme un test de Rorschach. Tout le monde peut y voir ce qu'il a envie d'y voir" », *L'Echo*, 21 août 2020, https://lstu.fr/mmVnukJH.
4. AMNESTY INTERNATIONAL, « Hongrie, discrimination et précarité pèsent encore plus sur les femmes », 3 juin 2020, https://lstu.fr/26fPnjH6.
5. *Ibid*.
6. A.T., « La Pologne interdit presque totalement l'avortement, quelle est la situation dans le reste de l'Union européenne ? », *RTBF*, 29 janvier 2021, https://lstu.fr/BwYf_Hr-.
7. SALVESTRONI Justine, « IVG en Pologne : "Le gouvernement profite de la crise pour détruire nos droits" », *Libération*, 15 avril 2020, https://lstu.fr/JKuacdyY.
8. CHATIGNOUX Catherine, « La Hongrie brade les droits des homosexuels », *Les Echos*, 15 décembre 2021, https://lstu.fr/7Rq7d3D4.
9. *Ibid*.
10. RAVIER-REGNAT Samuel, « En Pologne, le PiS attise la haine anti-LGBT », *Libération*, 16 juin 2020, https://lstu.fr/dCt2PQhe.
11. AFP, « L'UE se déclare "zone de liberté" pour les LGBT en réponse à la Pologne », *Huffington Post*, 11 mars 2021, https://lstu.fr/m4J8P5pR.
12. *Ibid*.
13. BUISSON Marine et BIERMÉ Maxime, « Coronavirus : comment l'extrême droite instrumentalise la crise sanitaire », *Le Soir*, 1ier avril 2020, https://lstu.fr/-7bDwm_K.
14. *Ibid*.
15. REY Hélène, « Comment la crise alimente et amplifie le populisme », *Les Echos*, 13 décembre 2018, https://lstu.fr/bMWETEqR.

Ces femmes qui ont fait l'Histoire

Elles ont durablement impacté le monde scientifique, sportif, militant ou culturel. Pour célébrer l'été, on vous propose un petit quizz sur ces femmes qui ont fait l'Histoire. À vos stylos !

1) Qui fut, en pleine ségrégation raciale, la première femme américaine reconnue pour avoir refusé de céder sa place à une femme blanche dans une bus ?
A. Claudette Colvin
B. Rosa Parks
C. Erica Garner

mais aussi qu'elle était tombée enceinte d'un homme marié, l'histoire a longtemps préféré retenir Rosa Parks. Erica Garner était quant à elle une figure importante du mouvement politique Black Lives Matter, décédée en 2017.

2) Isala Van Diest est une figure importante du féminisme et de la médecine. Pourquoi ?
A. Elle est la première femme médecin de Belgique
B. Elle est la première femme à avoir obtenu le prix Nobel de médecine
C. Elle a popularisé le métier d'infirmière et a formé de nombreuses femmes.

Isala Van Diest est la première femme médecin à exercer en Belgique. Alors que la Belgique ne reconnaissait pas son diplôme suisse, Isala Van Diest a repris des études à l'Université Libre de Bruxelles. Elle est diplômée en 1883 en médecine, chirurgie et obstétrique. « Elle a ouvert son propre cabinet en 1886 pour soigner surtout des femmes et des enfants. Elle a également travaillé au refuge, un centre d'accueil à Bruxelles pour anciennes prostituées »[1]. La première femme à avoir obtenu le prix Nobel de médecine est Gerty Thereza en 1947. Florence Nightingale a quant à elle fortement popularisé et professionnalisé le métier d'infirmière au XIXe siècle.

3) Qui fut la première (et dernière) femme à ce jour à avoir obtenu la palme d'or à Cannes ?
A. Jane Campion
B. Katryn Bigelow
C. Olivia de Havilland

est la première femme à avoir obtenu l'Oscar de la meilleure réalisation en 2010. Olivia de Havilland est quant à elle la première des 12 femmes présidentes du Festival de Cannes depuis sa création. Malgré de nombreux progrès, le cinéma reste très inégalitaire et écarte encore trop souvent les femmes, les personnes racisées et la communauté LGBTQIA+ de ses sphères.

Les deux. Première femme belge doctoresse en droit en 1888, Marie Popelin ne pourra malheureusement jamais exercer le métier d'avocate, sous prétexte qu'elle est une femme. Suite à « l'affaire Popelin » la Ligue du Droit des femmes est fondé en 1892. « En 2011, Jacques Fierens, avocat, a demandé au conseil de l'Ordre du barreau de Bruxelles d'octroyer, de manière posthume, le titre d'avocat à Marie Popelin […] à sa grande surprise, le conseil de l'Ordre a refusé »[2].

Il s'agit de Jane Campion, réalisatrice néo-zélandaise récompensée pour son film La leçon de Piano en 1993. Katryn Bigelow

4) Le 1er août 1980, Vigdís Finnbogadóttir est la première femme au monde élue au suffrage universel direct à la tête d'un État. Mais de quel pays s'agissait-il ?
A. Islande
B. Norvège
C. Finlande

Vigdís Finnbogadóttir a été la première femme cheffe d'état élue démocratiquement en Islande. Elle détient à ce jour le record de longévité pour une femme en restant 16 ans au pouvoir. L'Islande est souvent reconnue comme un pays important en matière d'égalité femmes-hommes.

5) Marie Popelin est une figure importante du féminisme. Pourquoi est-elle reconnue ?
A. Elle est la première femme belge doctoresse en droit.
B. Elle est la fondatrice de la toute première organisation féministe de Belgique.
C. Les deux.

6) Wendy Carlos est une figure majeure de la musique électronique. Avec quel·le réalisatrice·teur a-t-elle collaboré dans les années '70 et marqué ainsi le 7e Art de son empreinte ?
A. Agnès Varda
B. Stanley Kubrick
C. Steven Spielberg

Wendy Carlos, l'une des premières artistes à faire son coming-out trans, est une véritable pionnière en matière de musique électronique. Elle a collaboré avec Stanley Kubrick à deux reprises pour les films cultes Orange mécanique et Shining. Ses compositions ont joué un important majeur sur l'atmosphère distillée dans ces deux films. Elle a également influencé de nombreux artistes contemporains dont Daft Punk.

7) Quelle célèbre championne de tennis, militante féministe et LGBTQIA+ a affronté le joueur Bobby Riggs lors de la fameuse « Battle of the sexes » ?
A. Naomi Osaka
B. Steffi Graf
C. Billie Jean King

1973, cette « bataille des sexes » très médiatisée verra sortir Billy Jean King victorieuse. Le film Battle of the sexes sorti en 2017, illustre cette rencontre historique.

8) En quelle année la première femme astronaute est-elle allée dans l'espace ?
A. 1963
B. 1973
C. 1983

1963. En pleine guerre froide, l'Union soviétique décide d'envoyer Valentina Terechkova dans l'espace. À seulement 26 ans, cette ouvrière modeste fait figure de pionnière. En 2000, elle a été couronnée femme du siècle par l'Association internationale de la femme de l'année, et l'un des cratères de la lune porte son nom.

À bien des égards, Billie Jean King est une pionnière. Considérée comme l'une des meilleures joueuses de tous les temps, elle a également beaucoup apporté dans le développement, la professionnalisation et la reconnaissance du tennis féminin. Bobby Riggs, tenanisman rétrayité et macho notoire, souhaitait affronter des tennisowmen pour montrer la supériorité des hommes sur les femmes dans ce sport. Après avoir battu Margaret Court, il propose à Billy Jean King de l'affronter. En

9) Qui est la plus jeune lauréate du prix Nobel de la paix ?
A. Toni Morrison
B. Malala Yousafzai
C. Greta Thunberg

Il s'agit de Malala Yousafzai qui a reçu en 2014 le prix Nobel de la paix alors qu'elle n'était âgée que de 17 ans. Elle est une figure importante de l'éducation des jeunes filles face à l'oppression des Talibans. Toni Morrison est la première femme afro-américaine à avoir obtenu le prix Nobel de littérature et Greta Thunberg, jeune militante écologiste, a été proposée pour le prix Nobel de la paix en 2020 mais ne l'a pas reçu.

10) Leymah Gbowee est une militante féministe reconnue pour avoir :
A. Joué un rôle majeur dans l'indépendance de la Tanzanie, notamment en encourageant la participation des femmes aux manifestations.
B. Créé un fond de développement pour les femmes africaines.
C. Organisé un énorme sit-in de femmes chrétiennes et musulmanes à Monrovia, capitale du Libéria, pour exiger du président Charles Taylor qu'il ramène la paix dans le pays.

Leymah Gbowee est une combattante pacifiste, particulièrement impliquée dans les droits des femmes. Alors qu'elle se destinait à une carrière de médecin, la guerre éclate au Libéria. Victime de nombreuses formes de violences, elle décide de devenir assistante sociale pour venir en aide aux femmes victimes de violences domestiques. En 2001, elle co-fonde la Women in Peacebuilding Network (WIPNET) qui amène une perspective genrée à l'élaboration de la paix. En 2020, face aux horreurs de la guerre civile, elle participe à l'organisation d'un sit-in rassemblant des femmes musulmanes et chrétiennes pour exiger la paix. Bibi Titi Mohamed (1926-2000) était une femme politique tanzanienne qui a joué un rôle majeur dans l'indépendance de la Tanzanie tout en accordant une place importante aux femmes dans le monde politique et Theo Sowa est la cheffe de la direction du Fonds de développement des femmes africaines.

1. FOCUS ON BELGIUM, « Isala Van Diest, la première femme médecin de Belgique », FOCUS ON BELGIUM, https://lstu.fr/NbC2Ms5Z.
2. RTBF LA PREMIÈRE, « Retour sur le combat de Marie Popelin, figure marquante du féminisme belge », RTBF, 1er août 2018, https://lstu.fr/yKSQJx4j.

Elle était une fois

Un 8 mars 2021 pas comme les autres, ou presque

• Stéphanie Jassogne • Chargée de communication FPS •

À l'occasion du centenaire de la journée internationale de lutte pour les droits des femmes, le 8 mars passé, les FPS ont eu l'occasion de souligner une série de mesures progressistes prises depuis un an en Belgique pour tendre à plus d'égalité entre les femmes et les hommes et d'appeler les instances politiques à les améliorer et à les pérenniser dans le temps[1]. En effet, la crise qui bouleverse nos modes de vie en ce moment n'est pas que sanitaire, elle est aussi sociale, économique, environnementale et politique. Augmentation de la précarité, bouleversements climatiques, montée de l'extrême droite… Les femmes sont les premières touchées par ce système injuste et inégalitaire. Malgré la distanciation physique à respecter, nos animatrices·teurs ont pu garder le lien social avec leur public et se sont démené·e·s pour organiser et soutenir des actions militantes pour l'égalité ! De Bruxelles à Namur, en passant par la région de Tournai, de Liège, de Charleroi et de Mons, les cris d'espoir, les chants solidaires et les revendications pour une société plus juste ont été entendus. Même si quelques rassemblements ont pu avoir lieu en extérieur sur les places et les lieux symboliques de nos villes, cette année, la plupart de nos actions ont été déclinées virtuellement : conférences, ciné-débats, ateliers de créations, etc.

Grâce à ces quelques photos, nous vous (re)plongeons dans l'ambiance de cette journée.

La Marche Mondiale des Femmes à Bruxelles

© Stéphanie Jassogne

© Stéphanie Jassogne

© Stéphanie Jassogne

© Stéphanie Jassogne

© Stéphanie Jassogne

Plusieurs associations se sont réunies sur la Grand-Place de Mons

© Mana Huart

Rassemblement des militantes Place d'Armes à Namur

© Roseline Colle

Mister T. et moi d'Elisa Rojas

• Eva Cottin • Contributrice externe •

Une comédie romantique aux accents politiques, un feuilleton amicalo-amoureux teinté de réflexions sociales ? C'est ce que propose Elisa Rojas en nous livrant cette histoire d'un amour à sens unique, une histoire ordinaire ou presque – parce que ce qui sépare T. et Elisa, c'est peut-être son handicap. Avocate au barreau de Paris, militante antivalidiste[1] et co-fondatrice du CLHEE[2], Elisa Rojas revient dans son premier livre sur les amitiés masculines et le crush qui lui ont fait prendre conscience du poids du validisme et du sexisme dans notre société.

Ce n'est pas du tout le genre de livre que je lis, d'habitude, me suis-je dit en lisant le résumé. Puis en lisant le premier chapitre. Puis en lisant le deuxième. Puis en lisant le 10e. Et c'est ainsi que je l'ai lu d'une traite sans voir vraiment les pages défiler, faciles et légères qu'elles étaient. J'ai été conquise. Je suivais déjà Elisa Rojas comme blogueuse, militante, tweet-teuse hilarante même dans ses opinions politiques les plus affirmées et ses émotions les plus grinçantes. Mais pas besoin de la connaître pour dévorer et apprécier son premier roman. Ce récit qu'elle affiche et assume comme autobiographique se parcourt comme un long billet de blog ou une conversation entre potes : bourré d'humour et d'autodérision, mêlant les grandes réflexions aux remarques quotidiennes, parsemé d'anecdotes et de références pop, il présente un art du divertissement bien maîtrisé mais aussi de quoi cogiter.

L'histoire, c'est l'amour fou et obsédant que porte Elisa, durant ses années d'études de droit puis ses débuts professionnels, à T., un confrère, auprès duquel elle joue le rôle d'amie proche sans rien laisser paraître de ses sentiments. Elle l'annonce cependant dès le début du récit : cette relation déséquilibrée se terminera par sa déclaration longuement réfléchie et un « râteau » qui la libéreront de l'enchaînement à cette passion à sens unique.
Au-delà de cette intrigue vite résumée, on suit surtout l'évolution d'une jeune femme au début de l'âge adulte, partagée entre famille, ami·e·s, études et distractions ; et le parcours de vie d'une fille puis d'une femme dotée d'un caractère intransigeant et d'une intelligence brillante, qui sait ce qu'elle veut, n'aime pas jouer à la petite chose fragile, et se demande si c'est pour ça que les hommes la préfèrent en bonne copine plutôt qu'amoureuse.
Enfin, on se confronte au regard que pose la société sur les femmes au handicap visible, et de comment Elisa a dû lutter avec ce regard et l'intériorisation du sentiment d'infériorité, de faiblesse et de laideur.
C'est ainsi un récit qui pourra, par ses multiples facettes, parler à tou·te·s, et c'est aussi ce qu'Elisa Rojas souhaitait : apporter un peu de diversité dans un genre proche de la « chick litt » (littéralement « littérature pour poulettes », désigne souvent péjorativement les romans sentimentaux destinés à un public féminin), ne pas cantonner l'analyse du validisme à des essais politiques de niche, et montrer qu'avant tout, elle est une personne ordinaire, avec un quotidien ordinaire dans lequel tout le monde peut se retrouver.

En effet, si chaque chose dans son parcours peut être empreint du fait qu'elle est une femme, handicapée, binationale (franco-chilienne, ses parents ayant immigré en France pour les soins de santé de leur fille) et positionnée très à gauche politiquement, aucun de ces éléments n'a besoin d'être mis en avant de manière artificielle, ils apparaissent très naturellement par petites touches tout au long de l'intrigue. C'est ça qu'apportent les récits écrits directement par les personnes concernées par des situations d'oppression… du réalisme et de la fluidité, des personnages et des situations étoffé·e·s et nuancé·e·s.

Pourquoi a-t-elle voulu écrire cette histoire ? se demande-t-elle à la fin de l'ouvrage. Justement parce que ça a été pour elle un tournant, un point déterminant de prise de conscience de certains mécanismes du sexisme et du validisme, et le point de départ vers une pleine affirmation de soi. À destination de celles·ceux qui ignoreraient encore, elle expose les principales discriminations auxquelles font face les femmes au handicap physique, donne quelques clés de compréhension des structures et normes oppressives dans notre société, et livre finalement un beau plaidoyer pour l'amour de soi, ces mots qu'elle aurait aimé pouvoir entendre ou lire plus tôt, elle aussi.

UN LIVRE À LA FOIS PLAISANT, LÉGER, EMPOUVOIRANT[3] ET POLITIQUE.

Pour aller plus loin :

Le compte Twitter d'Elisa Rojas, twitter : https://twitter.com/elisarojasm

Son blog : https://auxmarchesdupalais.wordpress.com/
Le Collectif Lutte et Handicaps pour l'Égalité et l'Émancipation (CLHEE) : http://clhee.org/2016/04/12/manifeste/

Interview d'Elisa Rojas par le webzine Les Ourses à Plumes : https://lstu.fr/sQNzAPKg.

Petit manuel de vulgarisation sur le validisme, par Marina Carlos : https://lstu.fr/gwDArMkD.

COTTIN Eva, « Femmes en situation de handicap : quelles représentations à l'écran ? », Analyse FPS, 2019, https://lstu.fr/UqHG03AX.

© Unsplash

1. Selon le CLHEE, « Le validisme se caractérise par la conviction de la part des personnes valides que leur absence de handicap et/ou leur bonne santé leur confère une position plus enviable et même supérieure à celle des personnes handicapées.» (Source : https://lstu.fr/VqkqWYRt).
2. Collectif Lutte et Handicaps pour l'Égalité et l'Émancipation, pour l'auto-représentation de personnes handicapées
3. Pour bien comprendre le sens d' « empouvoirant » : https://lstu.fr/1_u9uCW6.

Qui dit endométriose, dit errance de diagnostic. En moyenne, 7 ans s'écoulent entre les premières plaintes et le diagnostic définitif.

À 15 ans, je vomissais et je faisais des malaises pendant mes règles. Je l'ai raconté à une gynécologue.

À 25 ans, ça continuait, j'avais mis en place une routine complexe pour ne pas souffrir.

À 29 ans, j'ai changé de gynécologue pour la troisième fois. La précédente m'avait posé un stérilet et les douleurs étaient passées de "pendant mes règles", à "tous les jours".

À 30 ans, j'ai tapé du poing et j'ai exigé de passer une IRM.

Tiffanie Vande Ghinste

BY NC ND

Solidaris réseau
Fédération Wallonie-Bruxelles
Avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles