

FEMMES PLURIELLES

Publication de **SORALIA**

n°92
Trimestriel
Décembre 2025

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



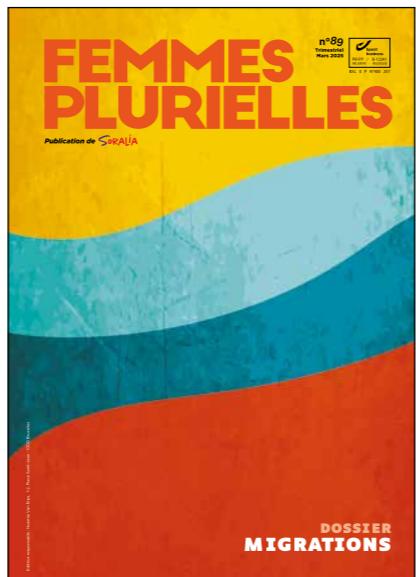
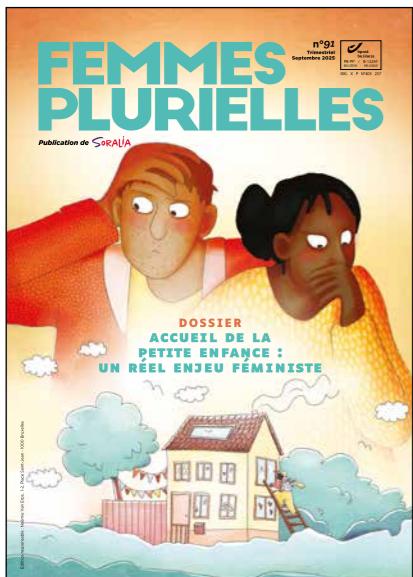
DOSSIER
LA SANTÉ
DANS TOUS
SES ÉTATS

EDITO

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.

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 :

SORALIA

(Femmes Plurielles),

1-2 place Saint Jean

1000 Bruxelles

La santé est à la fois individuelle et collective ! Nous en faisons l'expérience depuis notre personne, mais elle doit aussi se penser à l'échelle d'une société au travers notamment des politiques. Que nous renvoient aujourd'hui les décideuses-eurs de notre santé ? Qu'elle est un domaine où le profit est maître et auquel les plus privilégié-e-s peuvent plus aisément accéder. Qu'elle est un secteur marqué par de (trop) nombreuses-eux « profiteuses-eurs », vis-à-vis desquel-le-s des mesures s'imposent. La santé est particulièrement précieuse, et

malheureusement nous nous en rendons généralement compte quand il est trop tard, quand elle est menacée, fragilisée. Nous ne sommes pas tout-e-s égales et égaux en matière de santé. C'est pourquoi nous devons, plus que jamais, défendre un modèle de santé inclusif et solidaire. Ce dernier dossier de l'année met un coup de projecteur sur un secteur essentiel !

Noémie Van Erps – Secrétaire Générale Soralia

SOMMAIRE

DOSSIER

4 > 6

Activation, flexibilisation
et précarisation : travailler
à en perdre la santé ?

7 > 9

Le retour à l'emploi
des malades de longue durée

10 > 13

Témoignages
Des femmes et des soignant-e-s

14 > 15

Santé, technologies et engagement
citoyen : le cas des tests ADN

16 > 17

Evras et vous
L'accès aux soins pour les
personnes trans* : un parcours
d'obstacles

18 > 19

L'auto-santé, c'est quoi au juste ?

20 > 21

Pour une médecine
sociale et de proximité

22 > 24

La santé, un secteur
qui mobilise les associations !

25

Cultur'elle
Dans les yeux d'une infirmière :
Heldin dévoile les dessous du soin

HORS DOSSIER

26

Comment on gère nos impôts ?

27

Page ludique
Coloriage « défoulatoire »

28 > 29

Subsides accessibilité en
festival : un enjeu majeur

30 > 31

Solsoc
« La paix ne peut être
construite sans les femmes »

3

Coordination générale : Elise Voillot

Rédaction permanente : Anissa D'Ortenzio, Juliette Bell Andrade, Stéphanie Jas-sogne, Laudine Lahaye, Eloïse Malcourant, Margot Foubert, Florence Vierendeel, Elise Voillot, Delphine von Kaatz et Wivynne Gaziaux

Remerciements : Fanny Colard et rédactrices-teurs bénévoles

Nous utilisons l'écriture inclusive dans l'ensemble de nos publications afin de lutter contre le sexism de la langue française.

Soralia ASBL - RPM Bruxelles

Numéro d'entreprise : 0418 827 588

Administration : Florine Flament, Emeline Desmet et Isabelle Colback

Concept et mise en page : www.dirk.studio

Couverture : Switch asbl

Editrice responsable : Noémie Van Erps

Activation, flexibilisation et précarisation : travailler à en perdre la santé ?

• Amélie Hosdey-Radoux • Coordinatrice générale & Chargée de plaidoyer pôle études et politiques de santé Solidaris •

Dans sa Déclaration de politique générale, le Gouvernement fédéral (dit « Arizona ») affiche une volonté claire. Les politiques visant le recul de l'âge légal de la pension, la réduction des périodes assimilées, la suppression des régimes dérogatoires, les politiques d'activation des malades de longue durée, la limitation des allocations de chômage à 2 ans et l'activation des bénéficiaires du Revenu d'Intégration Sociale (RIS) démontrent que le Gouvernement n'a qu'une obsession : supprimer tous les incitants négatifs à l'emploi.

4

La volonté du Gouvernement est de réduire l'écart qui sépare la Belgique d'un taux d'emploi de 80 % d'ici 2029 (72,3 % en Belgique actuellement)¹. Il décide clairement d'y travailler en réduisant l'ensemble de nos mécanismes de protection sociale et à travers une série de mesures qui auront un impact direct sur la santé de la population.

Une exclusion des chômeuses-eurs de longue durée

Conditions d'accès au chômage :

La limitation ne se réduit pas simplement à exclure toute personne étant au chômage à partir de 2 années. Avec la redéfinition de la durée d'année de carrière (de 104 j/an à 156 j/an, soit de 4 à 6 mois), ce sont les conditions pour avoir accès au chômage qui sont également modifiées :

- Pour ouvrir le droit à 1 an de chômage, il faudra avoir travaillé 1 année lors des 3 dernières années.
- Pour avoir le droit aux 2 années de chômage maximum prévues par la réforme, il faut donc avoir travaillé 5 années auparavant.

Soit un système dans lequel chaque tranche de 4 mois de travail supplémentaire augmente d'un mois la durée de l'indemnité.

Une réalité souvent occultée : l'état de santé des chômeuses-eurs de longue durée

Le Gouvernement s'offre le luxe d'ignorer la réalité de vie des personnes en situation de chômage. En effet, partant du constat d'un manque d'études rigoureuses sur l'état de santé des personnes en recherche d'un emploi en Belgique, Solidaris a réalisé en 2023 une analyse comparative du profil de la santé des chômeuses-eurs de longue durée, des travailleuses-eurs et des invalides. Cette analyse révèle non seulement le profil spécifique de ces personnes (une population plutôt âgée, majoritairement ouvrière, sous statut BIM² et dont une grande proportion vit dans des quartiers pauvres), mais également un état de santé plus dégradé que celui des personnes en emploi et qui se rapproche davantage de celui des invalides.

Par ailleurs, Solidaris a révélé que les personnes en recherche d'un emploi sont davantage touchées par certaines pathologies (santé mentale, diabète et maladies chroniques) et ont un taux de mortalité nettement plus élevé (2,6 fois plus de risques de mourir dans les 3 ans que les personnes qui travaillent, tous âges confondus).

Pour Solidaris, une politique d'activation trop punitive ou déconnectée de la réalité peut dès lors réellement nuire à la santé. Des contrôles et sanctions



Manifestation du secteur non-marchand le 22 mai 2025 – © Stéphanie Jassogne

excessives-ifs risquent d'ajouter du stress et de la pression sur des personnes déjà fragilisées. C'est le cas de nombreuses femmes, souvent confrontées à des obstacles spécifiques (discriminations à l'embauche, charges familiales non partagées, etc.).

Un recul de l'âge de la pension

Le dossier pension s'illustre également par un lien étroit avec la santé. La population belge vieillit et ce vieillissement s'accélère. Comme d'autres pays européens, la Belgique est confrontée de plein fouet à cette réalité socio-démographique qui pèse sur le financement de notre système de pensions.

Le Gouvernement envisage de prolonger la durée de vie active et d'inciter chacun·e à travailler plus longtemps. Or, toutes les personnes qui travaillent ne sont pas égales face au vieillissement. Les statistiques le montrent : l'espérance de vie en bonne santé varie fortement selon la pénibilité des carrières et le niveau socio-économique. Un·e cadre pourra plus facilement travailler jusqu'à 67 ans qu'un·e ouvrière·ier du bâtiment ou un·e aide-soignant·e.

Le Gouvernement veut imposer une série de mesures restreignant les conditions d'accès à la pension anticipée, avec l'introduction d'un système de bonus/malus pour les travailleuses-eurs décident de partir avant l'âge légal et ne rentrant pas dans les conditions de carrière fixées. Tout ceci, sachant que d'ici 2031 (donc dans 6 ans), les périodes assimilées ne pourront plus représenter que 20 % de la carrière, avec une redéfinition de l'année de carrière passant de 4 mois (104 j/an) à 6 mois (156 j/an).

Pour Solidaris, repousser l'âge de la retraite sans adapter les conditions de travail ni tenir compte de l'état de santé, c'est prendre le risque d'augmenter le nombre de malades. En d'autres termes, le risque est majeur de transférer les coûts économisés par le Gouvernement vers l'assurance maladie-invalidité.

Des malades responsabilisé·e·s

En 2025, on compte 526.000 invalides (malades depuis plus d'un an). En l'espace de 10 ans, ce chiffre a presque doublé. Cette augmentation significative démontre le mal-être croissant qui gangrène le monde du travail. En effet, 70 % des malades de

longue durée sont en incapacité en raison de leur emploi (troubles psychiques tels que le burn-out et troubles musculo-squelettiques). Enfin, 63 % des malades de longue durée ont plus de 50 ans et 61 % sont des femmes³.

Pour Solidaris, toute politique qui ne s'attache pas aux causes profondes de l'invalidité est vouée à l'échec. Pour autant, le Gouvernement a déposé un projet de loi qui vise à réformer ce mécanisme et a choisi de privilégier l'activation des malades de longue durée plutôt que de s'attaquer aux facteurs qui les précipitent dans la maladie. Le Gouvernement entend ainsi augmenter les sanctions de 2,5 à 10 % sur les malades de longue durée, ce qui dénote de la volonté de faire peser la responsabilité de la maladie sur les travailleuses et travailleurs au détriment des employeuses-eurs.

Des conditions de travail détériorées

La question des conditions de travail et de la flexibilisation accrue doit également nous inquiéter. Tout un panel de mesures est prévu dans l'accord du Gouvernement pour flexibiliser le marché de l'emploi. Citons notamment l'annualisation du temps de travail pour les contrats à temps plein et à temps partiel (disposition qui consiste à lisser le temps de travail sur une année entière plutôt qu'une semaine), l'extension à tous les secteurs professionnels des flexi-jobs, la suppression de l'obligation de la durée de travail minimal de 1/3 de temps plein pour les contrats à temps partiels, l'augmentation de la limitation du travail étudiant à 650h ou encore la suppression de l'interdiction du travail de nuit et du dimanche. Ces mesures ont un effet délétère sur la santé des travailleuses et travailleurs que nous ne pouvons ignorer.

Aujourd'hui, en Belgique, on estime que le travail de nuit concerne près de 1 personne sur 10⁴. À court terme, la fatigue accumulée peut provoquer des troubles de l'attention et des accidents de travail. Selon l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles), le travail de nuit perturbe en profondeur ces rythmes biologiques, ce qui se traduit par des effets et des risques avérés pour la santé des personnes concernées. Ces risques sur la santé se traduisent par deux types de troubles : les troubles du sommeil et les troubles métaboliques. Par ailleurs, depuis 2007, le Centre international de recherche sur le cancer a classé le travail de nuit comme étant un facteur de risque cancérogène⁵.

Un lien évident entre le travail et la santé totalement occulté par le Gouvernement

Au sein de la population active, le lien entre le travail et la santé ne fait aucun doute. Le Thermomètre Solidaris 2025 démontre que 83 % de la population belge francophone pense que le travail peut

engendrer des problèmes de santé. De plus, 45 % de la population exprime rencontrer des risques liés à des positions fatigantes ou douloureuses et 36 % se sent confrontée à des risques psychologiques dans l'exercice de leur profession.

Des constats partagés par la médecine du travail qui déclare que les conditions de travail au sens large (physique, mentale, charge de travail, etc.) figurent parmi les principaux risques influençant la santé des travailleuses-eurs. Pour 84 % des médecins du travail sondés dans le cadre de notre Thermomètre, il est de plus en plus demandé aux salarié-e-s de faire davantage d'efforts qu'avant, tant sur le plan mental que physique.

Selon l'INAMI, entre 2017 et 2022, les cas de burn-out et de dépressions de plus d'un an ont augmenté de 43 %.

Au regard de ces données, force est de constater que les efforts en matière de prévention sont largement insuffisants. Toujours selon notre Thermomètre, 85 % des personnes interrogées pensent qu'il faut faire beaucoup plus de prévention pour anticiper les problèmes de santé des travailleuses-eurs avant qu'ils ne surviennent, pour réduire le nombre de personnes en arrêt maladie de longue durée. De plus, 82 % pensent qu'il faut revoir toute la façon dont le monde du travail est organisé aujourd'hui.

Les mesures présentées par l'Arizona s'inscrivent dans une volonté clairement affichée de mener une politique renforcée de retour au travail. Solidaris s'oppose non seulement aux mesures qui visent à responsabiliser les travailleuses-eurs en matière de chômage, de maladie et de pension, mais dénonce également l'absence de mesures collectives et préventives pour assurer des conditions de travail dignes. De manière totalement assumée, le Gouvernement, à travers ses politiques d'activation, de responsabilisation et de mise à l'emploi, creuse les inégalités sociales et augmente l'impact négatif du travail sur la santé.

L'absence de mesures sur le volet primaire de la prévention dénote une absence de réflexion et de prise en considération par le Gouvernement d'une réalité en Belgique aujourd'hui : celle de la dégradation des conditions de travail.

¹ STATBEL, « 62% des 55-64 ans avaient un emploi au deuxième trimestre 2025 », Statbel, 9 septembre 2025, <https://tinyurl.com/5297s3f9>.

² BIM pour bénéficiaire de l'intervention majorée. Il s'agit d'un dispositif social mis en place pour venir en soutien aux personnes et familles à revenus modestes.

³ Pour en savoir plus : <https://tinyurl.com/byz423un>.

⁴ CSC, « Des travailleurs dans la nuit », L'info CSC, 10 janvier 2025, <https://tinyurl.com/426vbxxw>.

⁵ <https://tinyurl.com/3rauzdmz>

Le retour à l'emploi des malades de longue durée

- Propos recueillis par Anissa D'Ortenzio – Chargée d'étude Soralia •

Le « retour à l'emploi » après une longue maladie est aujourd'hui au cœur des débats politiques et médiatiques en Belgique, porté particulièrement par les ambitions du nouveau gouvernement fédéral. Mais derrière les annonces et les discours, que recouvre concrètement cette réalité souvent simplifiée ? Aujourd'hui, en Belgique, 6 personnes en invalidité sur 10 sont des femmes ! Julie Maréchal, Coordinatrice Retour Au Travail (CRAT), en discute avec nous¹.

Les services « Retour au Travail » accompagnent tant les personnes en incapacité de travail (dès le premier mois où le salaire est garanti par la mutualité jusqu'à une année d'absence) que les personnes en invalidité (qui ont plus d'une année d'absence pour cause de maladie). Comprendre comment fonctionne ce retour au travail, c'est aussi s'interroger sur la manière dont notre société conçoit le travail, la santé et la place laissée à celles et ceux qui s'en éloignent un temps.

Pouvez-vous nous décrire les grandes étapes du parcours de « retour à l'emploi » pour une personne en incapacité de travail ?

En Belgique, le retour à l'emploi après une incapacité s'inscrit aujourd'hui dans un cadre légal et institutionnel de plus en plus structuré. Il existe plusieurs types de parcours, appelés « trajets de retour au travail ». Ces trajets dépendent de l'état de santé, du contrat de travail et de la situation personnelle de la personne concernée.

D'une part, le Trajet de Réintégration, prévu par le Code sur le bien-être au travail (CODEX), concerne le retour dans l'entreprise d'origine et implique la médecine du travail. Il s'agit d'une situation où la personne en incapacité a encore son contrat de travail. Ce trajet peut être activé par les travailleuses-eurs ou l'employeur-e, mais uniquement dans l'objectif d'une ré intégration adaptée avec d'éventuels aménagements du poste.

D'autre part, lorsque le retour dans l'entreprise n'est pas possible; soit parce qu'aucune solution adaptée

ne peut être proposée au poste initial, soit parce que la personne en incapacité refuse un retour à son emploi (par exemple, en cas de burn-out). Dans ces conditions, c'est un Trajet de Réinsertion socioprofessionnelle, coordonné par la mutualité, l'INAMI et le Forem, qui peut être mis en place. Ce dernier est activé avec l'accord du médecin-conseil (MC) et se déroule sous la coordination du CRAT, dont le rôle central est d'assurer un accompagnement et un soutien social et administratif. Il agit en concertation avec toutes les parties concernées, y compris les personnes malades afin d'organiser un retour progressif et réaliste vers l'emploi. C'est dans ce deuxième type de trajet que j'interviens en tant que coordinatrice de retour au travail (CRAT). Mon rôle est de comprendre ses besoins et ses capacités, et de coordonner tou-te-s les acteurs et actrices concerné-e-s : les médecins-conseils, les services de formation, les « paramédicaux » (psychologues, kiné, etc.), les assistant-e-s sociales-aux. L'objectif est de proposer un accompagnement sur mesure vers une activité professionnelle qui respecte les limitations de santé.

Dans les cas où la personne n'a plus de contrat de travail, c'est également un trajet de réinsertion professionnelle qui s'enclenche, avec un accent mis sur la requalification ou le repositionnement dans un autre secteur d'activité. Trois processus spécifiques encadrent ce retour à l'emploi selon les situations :

- Un processus peut être initié à la demande du médecin-conseil, après analyse du dossier et examen médical. Si l'inaptitude dans le secteur professionnel

de base est reconnue, la personne est orientée vers un trajet via le CRAT, dans un autre secteur adapté à ses limitations.

- Un processus peut être déclenché à l'initiative de la personne en incapacité, qui prend directement contact avec le CRAT. Le service évalue la demande, les besoins et les conditions d'accès au trajet de réinsertion, qui doit être validé par le médecin-conseil pour enclencher le processus, même si c'est une initiative de la personne en incapacité.

- Enfin, une dernière possibilité concerne les personnes en invalidité qui prennent directement contact avec un service régional de l'emploi (Forem, Actiris) pour entamer un trajet de réinsertion via une convention spécifique. Une phase de Bilan d'orientation peut alors démarrer, mais le projet identifié doit être présenté au MC qui valide la compatibilité avec l'état de santé de la personne.

Quelles sont les pathologies les plus fréquentes chez les femmes ? Quelles sont les principales difficultés qu'elles rencontrent ?

On observe de nombreux troubles musculosquelettiques, souvent liés à des métiers physiquement exigeants et répétitifs comme la vente, le travail d'aide-ménagère ou le soin aux personnes (aide-soignante, etc.). Ces troubles touchent les muscles, les articulations ou le dos et peuvent rendre certains gestes du quotidien particulièrement douloureux. Les troubles psychologiques, comme la dépression ou le burn-out, sont également très présents. Les symptômes peuvent durer plusieurs mois, notamment lorsqu'ils ne sont pas pris en charge assez tôt. On observe aussi des maladies gynécologiques qui, bien qu'encore peu visibles dans les discours publics, ont un impact réel sur la capacité à reprendre un travail dans de bonnes conditions.

Mais au-delà des maladies, ce sont aussi souvent les conditions de vie qui compliquent le retour des femmes sur le marché de l'emploi. Parmi les obstacles spécifiques, on retrouve souvent l'absence de moyen de transport : certaines femmes ne disposent pas de voiture, ne possèdent pas de permis ou dépendent entièrement des transports en commun – parfois peu adaptés aux horaires de formation ou aux déplacements professionnels. Les responsabilités familiales, comme la garde des enfants ou la gestion du quotidien, représentent aussi une charge importante qui limite les possibilités de suivre une formation ou d'accepter un emploi à temps plein. Pour d'autres, des situations de dépendance (comme l'alcool) viennent encore complexifier leur chemin de réinsertion.

Toutes ces difficultés peuvent s'enchaîner et former un véritable cercle vicieux : les femmes s'inquiètent

pour leur santé, ne savent pas toujours vers qui se tourner, manquent parfois d'autonomie dans leurs démarches administratives, ce qui les isole encore davantage. Cette solitude entraîne souvent une baisse de la qualité de vie et une perte de l'estime de soi, rendant le retour au travail encore plus difficile. C'est précisément là qu'intervient le service Retour au Travail qui collabore avec les médecins, les services sociaux, les différents services des mutuelles et d'autres partenaires pour proposer un accompagnement sur mesure.

Les dispositifs actuels prennent-ils suffisamment en compte la situation spécifique des femmes ? Quelles mesures prioritaires proposeriez-vous pour améliorer la situation ?

Aujourd'hui, les dispositifs qui existent ne tiennent pas suffisamment compte des réalités spécifiques des femmes. Pourtant, beaucoup d'entre elles cumulent plusieurs difficultés : des emplois précaires ou à temps partiel, des soucis de santé mentale, des maladies chroniques, et souvent aussi des responsabilités familiales importantes. Ces éléments rendent le retour à l'emploi plus complexe, et pourtant, ils ne sont pas toujours bien pris en compte dans les procédures actuelles.

Que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, trop de retours au travail chez l'employeur-e initial-e échouent ou se terminent par un licenciement pour raisons médicales (appelé « C4 médical »), sans qu'une réelle réflexion ait été menée dans l'entreprise sur la manière d'adapter le travail de la personne qui revient. Pourtant, il est possible de mettre en place des solutions : des horaires adaptés, une reprise progressive à temps partiel, une réorganisation des tâches, voire un changement de poste au sein de la même entreprise.

Un autre problème fréquent est le manque de cohérence entre le plan de réinsertion proposé et la réalité du terrain. Il s'agit de respecter les

limitations fonctionnelles introduites dans le plan de réintégration CODEX. Autrement dit, il est essentiel que les limitations médicales d'une personne soient respectées : un-e travailleur-e ne devrait pas être obligé de faire un travail qui dépasse ses capacités. Cela demande un véritable travail de « job matching », c'est-à-dire un effort pour trouver un emploi qui correspond vraiment à ce que la personne peut encore faire.

Pour que ce retour soit réussi, il faut aussi travailler sur la communication dans l'entreprise. Les employeur-e-s et les collègues doivent mieux comprendre les difficultés, les handicaps ou les limitations d'un-e collègue qui revient après une longue maladie. La-le travailleuse-eur, de son côté, doit pouvoir exprimer ses besoins et ses limites sans crainte d'être jugé ou mis à l'écart. C'est important de souligner aussi qu'il existe encore des tabous autour des maladies gynécologiques et des troubles de la santé mentale...

Enfin, même si les personnes en incapacité de travail ont souvent accès à différents services pour les aider à se réinsérer, le soutien est parfois trop général et pas assez personnalisé, individualisé. Il faudrait pouvoir offrir un accompagnement renforcé, à la fois social, médical et psychologique, qui tienne compte de l'ensemble de la personne : sa pathologie bien sûr, mais aussi sa situation familiale, ses ressources personnelles, son quotidien, etc. Comme je le

disais précédemment, les femmes connaissent des difficultés spécifiques au quotidien comme le poids inégal des responsabilités familiales ou l'accès aux transports qui sont des choses à prendre en compte, car ils ont des impacts bien réels sur le retour à l'emploi.

Cela suppose aussi de maintenir ou de développer, en parallèle du trajet de retour à l'emploi, un véritable parcours de soins : avec un suivi psychologique, des consultations en clinique de la douleur, des dispositifs comme SOS burnout, etc. Ces accompagnements ne sont pas « à côté » du travail, ils sont indispensables pour s'y préparer durablement.

¹ L'interview a été réalisée durant l'été 2025. Les changements et décisions politiques prises après cette période estivale n'ont pas été prises en compte dans cet article. Pour lire l'interview complète, voir : <https://tinyurl.com/mwvvx3k5>



Des femmes et des soignant·e·s

• Propos recueillis par Elise Voillot • Chargée de communication Soralia •

Comment se tissent les relations entre les patientes et les soignant·e·s ?

Cet automne, Femmes Plurielles et Soralia ont recueilli des témoignages pour donner voix à ces expériences multiples – parfois douloureuses, parfois reconfortantes. Cinq femmes ont accepté de partager un bout de leur histoire, rappelant que la santé, pilier de nos vies et de notre société, est avant tout une affaire de relations humaines.

Hanna¹

À l'époque, je vivais à Bruxelles. Quand je cherchais une gynéco, j'ai eu du mal à en trouver une. Surtout que j'étais dans une nouvelle ville sans connaître grand-monde. Je suis tombée sur une personne super bien, passionnée qui faisait attention à tout. Ça faisait un moment qu'on cherchait à concevoir [un enfant], mais ça ne fonctionnait pas. Elle savait expliquer les choses clairement, sans être alarmiste. En un rendez-vous, elle m'a expliqué les causes, j'avais un SOPK². Je finis par tomber enceinte. Dans un des derniers contrôles, à 8 mois de grossesse, on constate que le bébé a fait un AVC intra-utéro et que le cervelet n'est plus visible sur les échographies.

Elle commence alors à s'inquiéter. Elle téléphone en urgence à des collègues pour des examens complémentaires. On a fait ces examens avec une autre gynécologue très pro, mais avec qui je n'avais pas du tout un bon feeling, car elle était très froide. Les résultats sont tombés. Si on allait au bout de la grossesse, on n'était pas sûre que l'enfant soit viable et elle aurait d'office un handicap lourd physique ou mental. L'hôpital nous a fait comprendre qu'il fallait arrêter la grossesse.

Le moment qui m'a le plus marqué, c'est quand on a décidé de faire l'intervention pour arrêter le cœur du bébé et que j'ai dû accoucher. J'ai dû faire ça avec la deuxième gynéco, celle qui était pro, mais froide. On a fait appel à des proches le papa et moi pour être soutenus ce jour-là à l'hôpital. J'ai dû aller dans une première salle pour arrêter le cœur du bébé, mais la médecin m'a dit que je ne pouvais pas être accompagnée. Ma mère et mon compagnon n'ont pas pu venir avec moi.

À ce moment-là, la médecin qui réalisait l'intervention m'a dit que ma gynéco habituelle était disponible et qu'elle pouvait l'appeler pour m'épauler. Elle a quitté ses consultations et elle est venue. Elle n'avait rien de médical à faire, mais elle a mis une main sur mon visage et une sur ma main, pour m'expliquer ce qui allait se passer. Malgré la situation, c'était un moment hyper beau. Je n'avais pas mes proches près de moi, mais elle a joué ce rôle. Si elle n'avait pas été là, je n'aurais pas vécu ça de la même façon. Elle a tout plaqué pour venir me voir, elle n'était pas dans son cadre professionnel donc rien ne l'obligeait à faire ça.

Par la suite, j'ai déménagé. Elle m'a aidé à trouver une gynéco dans ma nouvelle région. Quand ma deuxième fille est née, je lui ai envoyé le faire-part.

Anouk

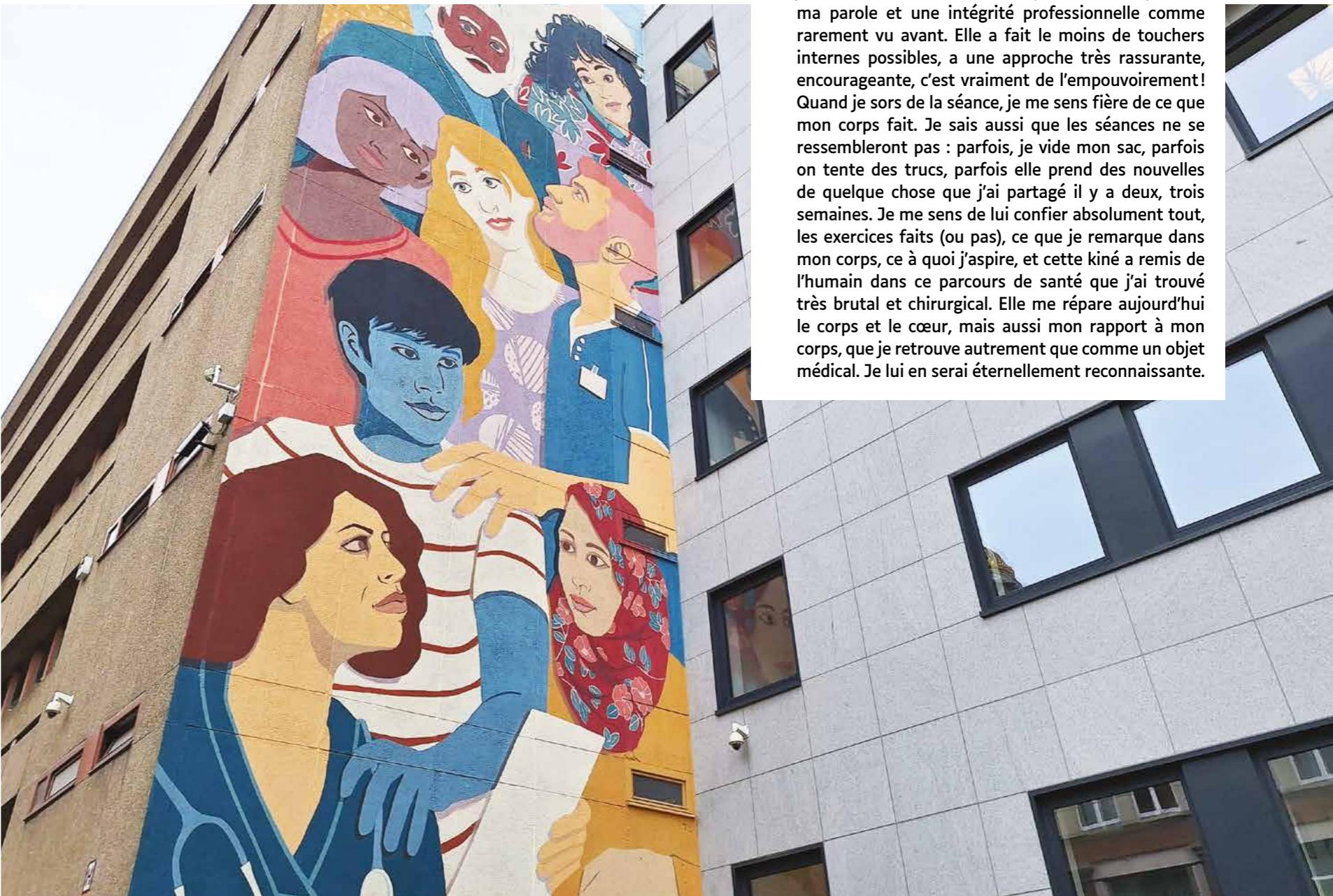
Je suis atteinte d'un prolapsus anal³, pathologie peu courante chez les jeunes, mais très invalidante. C'est la conséquence directe d'une pathologie digestive clairement identifiée depuis de nombreuses années. Après avoir atteint le bout de ce que je pouvais imaginer en termes de qualité de vie et de dignité, je multiplie les rendez-vous avec une gastro-entérologue et je m'exécute à de (trop) nombreux examens qui prouvent tous le problème déclaré à la première séance. Je suis redirigée vers une chirurgienne qui annulera ma prise de rendez-vous. Motif? J'ai 34 ans. «On n'opère pas sur cette pathologie à cet âge-là voyons! On ne fait ça qu'aux femmes d'au moins 70 ans!» Je me suis demandé quel était le bon âge pour être malade et retrouver une qualité de vie, maintenir une vie professionnelle, sociale et affective correcte...

Je prends un autre rendez-vous, chez une spécialiste de cette opération. Elle n'avait pas accès aux nombreuses images et examens réalisés en Région wallonne (nous étions ici à Bruxelles), mais il a suffi de 10 minutes

d'écoute active et d'un examen physique de moins d'une minute pour que cette chirurgienne fasse de la place dans son planning pour m'opérer le plus vite possible. Elle était formelle, je n'aurais rien su faire avec uniquement de la kiné.

Je me suis retrouvée à être soulagée qu'on accepte de m'opérer pour me sortir d'une situation qui me détruisait, psychologiquement et physiquement. L'opération s'est très bien passée et je revis. Ma chirurgienne a d'ailleurs contacté celle qui m'a refusé l'accès à la chirurgie pour la sensibiliser.

Mon corps avait été tellement médicalisé ces derniers mois et années que mon rapport au corps était très compliqué. Quand il a fallu commencer la kiné postopératoire, je n'étais pas franchement motivée. Me retrouver avec une kiné qui s'occupe de rééducation périnéale... BOF. Je me voyais déjà entourée de femmes enceintes ou ayant accouché, alors que moi, je soignais mon derrière. J'ai pris le temps de trouver une kiné qui parlait de cette partie de son métier sans tabous et avec une grande bienveillance. Dès la première séance, j'ai senti une écoute, une empathie, un respect de ma parole et une intégrité professionnelle comme rarement vu avant. Elle a fait le moins de touches internes possibles, a une approche très rassurante, encourageante, c'est vraiment de l'empouvoirement! Quand je sors de la séance, je me sens fière de ce que mon corps fait. Je sais aussi que les séances ne se ressemblent pas : parfois, je vide mon sac, parfois on tente des trucs, parfois elle prend des nouvelles de quelque chose que j'ai partagé il y a deux, trois semaines. Je me sens de lui confier absolument tout, les exercices faits (ou pas), ce que je remarque dans mon corps, ce à quoi j'aspire, et cette kiné a remis de l'humain dans ce parcours de santé que j'ai trouvé très brutal et chirurgical. Elle me répare aujourd'hui le corps et le cœur, mais aussi mon rapport à mon corps, que je retrouve autrement que comme un objet médical. Je lui en serai éternellement reconnaissante.



Elisabeth

J'ai voulu avoir un enfant vers mes 30 ans et me suis inscrite dans un parcours PMA.

Pendant une grossesse, je me rends compte que je suis atteinte du CMV (cytomégalovirus)⁴ qui touche moins de 3 % des femmes enceintes. Ce virus est assez dangereux en début de grossesse et c'est ce qui m'est arrivé.

La première gynécologue que j'ai rencontrée m'a dit que je ne l'avais pas. Sauf que la 2^e que je vois se rend compte que je suis porteuse du virus. La première avait mal lu mon dossier. Elle a commis une erreur médicale et c'était trop tard pour prendre des médicaments. La seconde m'a dit de façon complètement désinvolte qu'on verrait si je décidais d'avorter ou non. C'était assez choquant.

On m'a vite orienté vers une IMG⁵ que j'ai faite à 6 mois. L'intervention se déroulait à la maternité. C'était horrible, j'entendais les femmes accoucher, les cris de leurs bébés qui venaient de naître.

On a fait une piqûre et mon bébé s'est endormi pour toujours. On m'a donné un médicament pour accoucher, mais ça prend du temps. Pour moi, ça a pris 3 jours où je suis restée dans le lit avec des méthodes assez trash pour tenter de faire sortir le bébé. J'ai été beaucoup touchée à l'époque. Les médecins ont souvent mis leurs mains dans le vagin en disant qu'ils n'avaient pas le choix. Ils ont insisté pour qu'une stagiaire le fasse également. Il faut aussi écouter la patiente quand elle pose ses limites.

Le troisième jour, j'ai senti que le bébé venait enfin vers 6h30 du matin. J'ai prévenu la sage-femme en service. Elle avait l'air assez impatiente, elle transmettait une drôle d'ambiance. Quand je lui ai dit que le bébé venait, elle m'a dit «pas maintenant», parce qu'elle venait de finir son shift. J'étais très choquée, mais je n'ai pas évidemment su attendre. J'ai accouché avec ma meilleure amie à mes côtés, j'étais vraiment dans un état second. Je me souviens que quand la sage-femme est partie, ils ont emmené le bébé pour le nettoyer puis me l'apporter et que je puisse lui dire au revoir. La sage-femme a fermé la porte et est partie très brusquement en me disant «bonne journée».

Je peux comprendre que le personnel soignant soit confronté à un métier difficile, que le secteur soit en difficulté. Mais dans ce type de profession, l'humain est essentiel. Traiter des patients avec autant de désinvolture et de méchanceté, ce n'est pas possible. Si tu ne sais pas exercer avec un minimum de bienveillance, tu n'exerces pas cette fonction.

J'étais dans un état second pendant plusieurs semaines, mais l'hôpital m'a rappelée par la suite. J'ai pu en parler avec la sage-femme en cheffe qui était une personne vraiment bienveillante. Celle-ci a reconnu la situation. Je ne sais pas ce qu'il s'est passé en interne et si cette sage-femme a eu un retour ou des répercussions.

Durant ce rendez-vous, j'ai quand même osé dire les choses et je pense que c'est la première fois que j'osais prendre la parole à ce sujet. On veut très fort être maman, on subit les commentaires, les agacements

sans broncher, car on ne veut pas être écartée du parcours⁶. Du coup, je ne me plaignais pas de ces violences et de ces fautes professionnelles. J'aurais aimé avoir des excuses de cette femme que j'ai recroisée et qui m'a nié. Elles ont de l'influence sur nos vies, ces femmes.

Francesca

Lorsque je me suis installée définitivement à Liège après mes études, j'ai cherché un gynécologue.

Dans mes critères de sélection, je voulais quelqu'un de «jeune» dans l'idée qu'il me suive toute ma vie, mais aussi, car j'avais l'impression que les jeunes médecins étaient plus ouverts d'esprit.

Je prends donc rendez-vous pour une visite annuelle de contrôle.

Il me pose des questions, certaines sont assez intrusives mais je réponds, jusqu'au moment où il parle de contraception.

Je lui réponds que je n'en ai pas actuellement, qu'on ne fait pas attention avec mon compagnon, qu'on n'est pas contre l'idée d'être parents, mais on ne force rien. Aucun acharnement.

Si je tombe enceinte, on sera content, mais si je ne le suis pas ça ne sera pas un problème.

Il continue quand même à me questionner.

— Depuis quand ne prenez-vous plus la pilule ?

— Un an et demi.

— Avez-vous déjà été enceinte ?

— Oui.

— Alors c'est que votre compagnon a un souci de fertilité, je vais lui prescrire des examens et un spermogramme.

Je ne sais pas quoi répondre. Je suis sidérée et je rentre chez moi avec des prescriptions d'examens pour mon compagnon qui n'était même pas là alors que j'y allais seulement pour une visite de contrôle.

Edith

Je suis atteinte d'un lichen scléreux vulvaire. C'est une maladie des parties intimes, où l'on a des plaques inflammatoires avec une potentielle atrophie de la vulve. Ce n'est pas très connu, mais ça touche environ 1 femme sur 50 et c'est surtout présent chez les femmes ménopausées. J'ai 35 ans, je fais donc partie de la petite statistique hors de la statistique (rires).

Il y a des femmes qui passent 20 ans en errance de diagnostic. J'ai dû beaucoup insister auprès de ma gynécologue pour prouver que ce n'était pas une mycose et être orientée vers une spécialiste.

Dans mon malheur, j'ai eu la chance d'être bien entourée, d'avoir un traitement rapide et efficace. Je suis suivie par l'une des grandes spécialistes en Belgique qui m'a diagnostiquée. Elle passe ses journées à soigner un ensemble de pépites médicales dont on n'entend pas du tout parler. Je l'apprécie vraiment, on a en plus le même humour.

Cette fois-là, j'arrive dans le cabinet pour une visite de contrôle. Je vois que ma médecin a l'air abattue. Ce jour-là, elle n'a eu que des cas en urgence et compliqués.

De mon côté, je lui dis que je prends mon traitement et que tout se passe vraiment bien.

Lorsqu'elle m'ausculte, je vois ma gynéco s'enthousiasmer, car ma vulve répond en effet super bien au traitement. Ça faisait vraiment plaisir de la voir comme ça. J'étais bien, elle était bien, et on en a beaucoup ri.

Elle m'a dit en plaisantant qu'elle allait exposer ma vulve pour en faire la vulve du mois. Cette idée d'avoir ma vulve exposée et encadrée dans son bureau ou dans les couloirs du cabinet nous a fait bien rire.

¹ Tous les prénoms ont été modifiés pour assurer l'anonymat des témoignages.

² Le syndrome des ovaires polykystiques se définit par un dérèglement hormonal qui entraîne une production plus élevée que la moyenne d'hormones mâles, notamment de la testostérone. Ce dérèglement empêche les follicules de maturer lors de la phase folliculaire du cycle menstruel et est une cause importante d'infertilité, qui toucherait près de la moitié des personnes atteintes du SOPK. D'autres symptômes qui y sont associés sont de l'hyperpilosité, de l'acné, une chute de cheveux, etc. Les personnes vivant avec le SOPK peuvent également être prédisposées à développer du diabète ainsi que des risques cardiovasculaires.

³ Le prolapsus anal, c'est quand une partie du rectum (la dernière portion de l'intestin) glisse vers l'extérieur de l'anus. Cela arrive parce que les muscles et les tissus qui le maintiennent en place se sont relâchés. Cette situation peut rendre difficile le contrôle des selles et provoquer une gêne ou des fuites.

⁴ L'infection à cytomégalovirus (CMV) est due à un virus de la famille des Herpèsvirus. Chez la femme enceinte, cette infection est grave car elle peut affecter le développement du fœtus et entraîner des séquelles durables et handicapantes.

⁵ Au-delà du délai des 14 semaines d'aménorrhée, l'avortement ne pourra être pratiqué que lorsque la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou lorsqu'il est certain que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic. On parle alors d'interruption médicale de grossesse (IMG).

⁶ Un parcours PMA, c'est-à-dire un parcours pour une Procréation Médicalement Assistée.

Santé, technologies et engagement citoyen : le cas des tests ADN

• Propos recueillis par Anissa D'Ortenzio - Chargée d'études Soralia •

Les tests ADN - bien qu'ils paraissent compliqués et inaccessibles - sont aujourd'hui beaucoup plus présents dans nos vies qu'on ne le pense (test de la trisomie 21, tests pour certaines formes de cancers du sein, etc.). Tandis que leur usage s'étend dans la santé et au-delà, comment s'assurer que cette innovation technologique serve réellement les patient·e·s ? Chloé Mayeur, chercheuse en bioéthique à Sciensano, l'Institut belge de santé publique, nous invite à penser collectivement l'avenir d'une médecine qui lit dans nos gènes¹.

Les tests génétiques et la médecine personnalisée

Tout d'abord, un test ADN (aussi appelé «test génétique») agit comme un «décodeur», c'est-à-dire qu'il permet d'analyser le «code personnel» d'un individu, appelé «code génétique». Grâce à cette analyse, on peut lire le «profil biologique» d'une personne : on a accès aux informations qui la caractérisent, telles que la couleur des yeux, la taille, la sensibilité à certaines maladies, ce qu'on hérite des parents (l'hérédité), etc. Ce test ADN permet le développement d'une «médecine personnalisée» qui est plus efficace, car plus ciblée. Nos soins de santé sont alors adaptés à nos caractéristiques génétiques afin d'améliorer la prévention, le diagnostic, et le traitement des maladies. Néanmoins, attention au «determinisme génétique» ! Un test génétique ne détermine pas l'avenir, il n'offre pas de connaissance figée sur l'état de santé futur d'une personne. Découvrir qu'on a un risque génétique plus élevé que la moyenne de développer une maladie ne signifie en aucun cas qu'on la développera forcément. Par contre, connaître ce risque permet de mettre en place des mesures de prévention en santé, personnalisées pour chaque individu. Cela permet d'éviter que celui-ci ne devienne un jour une maladie (alimentation, santé physique, etc.).

Actuellement, la médecine personnalisée ne remplace pas encore la médecine « traditionnelle », mais nous sommes à un tournant de l'histoire de la médecine. En conséquence, les questions éthiques sont

multiples même si l'utilisation de données sensibles, comme les données génétiques, est encadrée par des lois nationales et européennes (RGPD).

Qu'en pensent les Belges ?

Pour connaître les opinions des citoyen·ne·s sur l'utilisation des tests ADN (qui produisent donc des données de santé), les scientifiques de Sciensano ont mené «des forums citoyens» dès 2018. Cette manière de faire de la recherche permet de partir des avis des citoyen·ne·s pour proposer des recommandations politiques au niveau national et européen. Le but du forum citoyen (et des méthodes d'engagement citoyen en général) est de créer un espace sécurisé où chacun·e peut exprimer son opinion de manière égalitaire, où chacun·e a la même voix – sans hiérarchie de pouvoir ni de connaissances scientifiques. En tout cas, pour celles et ceux qui participent à ces recherches, c'est le principal objectif : permettre un espace démocratique.

Les recommandations éthiques ont été formulées sur base des valeurs de la population, et il y a des messages très clairs : les citoyen·ne·s sont globalement favorables au partage des données ADN, afin d'améliorer la santé de tou-te-s, collectivement, mais aussi individuellement. Beaucoup de citoyen·ne·s expriment un sens de la responsabilité à contribuer au bien commun. Partager ses données, c'est aider la recherche à mieux comprendre les maladies, à développer de nouveaux traitements, à améliorer le diagnostic pour celles et ceux qui sont aujourd'hui en errance diagnostique.



© Unsplash - National cancer institute

Toutefois, leur accord est conditionné à de nombreuses garanties, en particulier le respect de leur vie privée. La vie privée, ce sont toutes ces informations que l'on considère comme intimes parce que leur divulgation peut avoir des conséquences négatives sur la vie personnelle, professionnelle ou sociale. Par exemple, savoir qu'on est atteint d'une maladie incurable n'est pas une information qu'on souhaite forcément partager au-delà du cercle médical. Ce n'est pas simplement une question de confidentialité, c'est une question de maîtrise de ce qu'on révèle sur soi. Les citoyen·ne·s veulent que leurs données soient sécurisées de manière fiable et veulent être assuré·e·s qu'en cas d'abus, des sanctions seront appliquées. Il y a effectivement une forte inquiétude autour de la perte de vie privée, du risque de discrimination, ou encore de la récupération des données par des entreprises à des fins purement commerciales et qui pourraient les utiliser comme bon leur semble. Il y a beaucoup plus de méfiance à l'égard des assurances, des employeuses-eurs ou des banques que de la recherche scientifique. En Belgique, la loi interdit aux assurances en santé d'utiliser les tests génétiques prédictifs² pour calculer les primes, ce qui n'est pas forcément le cas dans d'autres pays comme les États-Unis.

Une des autres craintes exprimées par les citoyen·ne·s concerne l'idée qu'on pourrait classer les individus selon qu'ils auraient un « bon » ou un « mauvais » ADN – une perspective perçue comme profondément problématique. En réalité, ch-

aque personne est porteuse de certaines mutations génétiques, de risques de développer des maladies. Il n'existe pas d'ADN parfait. La peur, ici, est celle d'une forme de standardisation génétique qui ferait le lit d'une pensée eugéniste. C'est une idéologie ou pratique qui vise à « améliorer » la population en sélectionnant certains gènes ou en empêchant certains individus de transmettre les leurs. Cela a mené à des dérives graves dans l'histoire (les régimes nazis et la volonté de créer une race supérieure appelée «race aryenne»). L'eugénisme soulève donc de fortes questions éthiques.

Finalement, toute personne qui passe un test génétique peut ressentir plusieurs vulnérabilités (elles n'ont pas toutes été abordées ici) qui peuvent s'accumuler selon la personne et la situation. Dès lors, il faut partir du principe que les technologies génétiques ne peuvent réellement être bénéfiques aux citoyen·ne·s QUE si on tient compte de ces vulnérabilités pour les rendre aussi minimes que possible. C'est notamment grâce à l'engagement public que les chercheuses-eurs ont découvert ces vulnérabilités et cette méthode est un véritable outil démocratique et collaboratif entre les citoyen·ne·s, les expert·es et les autorités de santé publique.

¹ Pour lire l'interview complète: <https://tinyurl.com/3cvck46h>.

² Ce sont des analyses qui permettent de savoir si une personne risque de développer une maladie plus tard dans sa vie.

L'accès aux soins pour les personnes trans* : un parcours d'obstacles

• Margot Foubert • Chargée de missions Sofélia •

Sur internet, on peut être confronté·e à des commentaires, articles ou publications prétendant que les transitions de genre seraient très (trop?) accessibles et même gratuites car remboursées.
On vous arrête tout de suite : c'est faux. Mais pourquoi?

De nombreuses transitions possibles

Toutes les personnes trans* ne souhaitent pas forcément faire de transition. Il n'existe pas une transition unique, mais de nombreux parcours et choix différents : transitions sociales (par exemple, changement de nom à l'état civil), thérapies hormonales, opérations médicales, etc. Comme l'indique la RainbowHouse, « Il est impératif de ne pas médicaliser systématiquement [...]. Cependant, il est tout aussi important de rendre ces choix accessibles à ceux qui souhaitent les explorer ». Or, « les options de transitions médicales ne sont pas aussi accessibles qu'elles devraient l'être. »²

En effet, les personnes trans* font face à de nombreuses barrières concernant les soins qui leur sont spécifiques en cas de volonté de transition ou d'interrogations sur le sujet : psychiatrisation (voir plus bas), difficultés d'accès et de remboursements. Ajoutons à cela une série de soins qui ne sont pas du tout pris en compte, puisque considérés comme esthétiques (épilation, augmentation mammaire, etc.). Les personnes trans* sans papiers ou sans mutuelle sont encore plus éloignées de ces soins et de leurs remboursements⁴.

La psychiatrisation, les remboursements et les délais

Il existe en Belgique 6 Centres d'accompagnement de la transidentité⁵. Ces Centres ont conclu avec l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalide (INAMI) une convention pour rembourser cer-

tains soins transspécifiques (psycho-sociaux voire médicaux). Mais cela ne se fait que sous certaines conditions, notamment suite à l'accord d'un·e psychiatre, ce qui est décrié par les associations qui souhaitent sortir les transidentités de tout diagnostic médical⁶. De plus, certaines opérations très coûteuses n'y sont que partiellement remboursées et une seule fois⁷. Enfin, de par leur petit nombre et leur disparité territoriale, ces Centres affichent de longs délais ainsi que des listes d'attente remplies⁸. La Belgique fait partie des plus mauvais élèves de l'Union européenne concernant les délais pour les soins spécifiques pour les personnes trans*, avec 1 à 3 ans d'attente⁹.

Le Réseau Psycho-médico-social Trans* et Inter* belge, créé par Genres Pluriels, est une alternative à la psychiatrisation des transidentités encore très présente. Il comprend de nombreuses-eux professionnel-le-s de la santé (hôpitaux, médecins et spécialistes, Centres de Planning familial, maisons médicales, etc.) formé-e-s aux transidentités¹⁰.

Vu la méconnaissance du monde médical par rapport aux transidentités, les temps d'attente très longs, les disparités géographiques et les remboursements partiels, il est évident qu'entamer une transition, quelle qu'elle soit, n'est pas si facilement accessible. Ajoutons que toutes ces barrières peuvent pousser certaines personnes trans* à se fournir en traitements hormonaux de façon illégale ou à faire certaines opérations à l'étranger, dans des conditions médicales dangereuses¹¹.

© Leyla Cabaux / leycab



Puisque chaque parcours est différent, il est nécessaire que les personnes trans* puissent choisir l'accompagnement dont elles ont besoin, et ce, sans barrière financière ou géographique et sans faire face à la transphobie déjà présente dans tous les aspects de la vie.

Pour déconstruire plusieurs idées reçues répandues

¹ « Qualifie une personne dont l'identité de genre et/ou l'expression de genre diffère de celle habituellement associée au genre qui lui a été assigné à la naissance. Il s'agit d'un terme couple, incluant une pluralité d'identités de genre, en fonction de l'auto-définition de chaque personne.» Nous utilisons le mot «trans*» avec l'astérisque pour visibiliser cette pluralité de vécus. Voir DUFRASNE Aurore et al., Transgenres/Identités plurielle.s, Bruxelles, 2024.

² « Exigeons l'égalité : les soins de santé pour les personnes transgenres sont un droit, pas un luxe », RTBF, 02/01/2025, 11/04/2024, <https://tinyurl.com/kh7v54ne>.

³ GENRES PLURIELS, Revendications pour l'élection 2024 – Focus remboursement des soins de santé pour les personnes transgenres, 15/05/2024, <https://tinyurl.com/3xa7rf8s>.

⁴ GENRES PLURIELS, «Les droits des personnes transgenres en Belgique», AMNESTY INTERNATIONAL, Agor@mnst, 13/05/2025.

⁵ Ces Centres, rattachés à des hôpitaux, se situent à Anvers, Bruxelles, Liège, Genk, Gand et Saint-Nicolas.

⁶ BERLAIMONT Françoise et BIOURGE Céline, «Quatre nouveaux centres pour accompagner les personnes désirant une transition de genre, mais des conditions qui déplaisent aux associations», RTBF, 02/01/2025, <https://tinyurl.com/3aejs8nf>.

⁷ GENRES PLURIELS, Revendications pour l'élection 2024, op. cit.

⁸ GENRES PLURIELS, Compte-rendu de la conférence «A quels remboursements des soins de santé ont droit les personnes transgenres en Belgique en 2024», 15/01/2025, <https://tinyurl.com/3hz2dv46>.

⁹ Ibid.

¹⁰ MASENGESHO Cathy, Remboursements des soins de santé liés à la transition de genre, Étude quantitative UCLouvain, 2024-2025, <https://tinyurl.com/4adw7zh8>.

¹¹ GENRES PLURIELS, Compte-rendu de la conférence, op. cit.

¹² <https://www.sofelia.be/nos-campagnes/parlons-transidentites-stop-aux-idees-reçues/>

L'auto-santé, c'est quoi au juste ?

• Elena Diouf • Chargée de missions pour la Wallonie • Femmes et Santé •

L'auto-santé est une « dynamique qui permet aux femmes ou n'importe quel groupe de se réapproprier leur corps, leur santé et leur sexualité de manière collective¹ ». Cette approche aborde la santé au sens de bien-être global. Les thématiques peuvent donc aller de la santé sexuelle et reproductive à la santé mentale en passant par l'immunité, la santé du cœur, le sommeil, les liens sociaux ou encore la ménopause. Notre asbl Femmes & Santé organise des interventions ponctuellement selon les demandes.

La construction de savoirs communs

Cette pratique se base notamment sur le partage d'expériences, de savoirs, de vécus entre citoyennes mais vise aussi à développer une véritable compréhension de son corps, sa santé, ses droits et ses besoins². Il s'agit donc d'une démarche collective et participative qui favorise l'entraide entre femmes^{*3} et dont les échanges se veulent les plus horizontaux possibles⁴.

Pour Julia De Clerck, coordinatrice de Femmes & Santé et sage-femme : « le principe de l'auto-santé vise une réelle valorisation des savoirs expérientiels. La transmission de connaissances se fait de manière à ce que chacun·e soit sur le même pied d'égalité. L'idée est de déjouer au maximum les rapports de pouvoir entre celles·ceux qui détiennent les connaissances médicales reconnues et les autres ». Dans ces ateliers, les questionnements et les apports de chaque·une contribuent à la réflexion et à la construction de savoirs communs émancipés des cadres médicaux préétablis. Elle poursuit : « la posture d'organisatrice·teur ne doit donc pas placer la personne dans une position de supériorité par rapport au reste du groupe. Nous aimons de ce fait utiliser le terme de facilitatrice·teur».

Nés dans les années 1970 au sein de mouvements féministes intellectuels⁵ et sans doute plus tôt sous d'autres formes, dans différentes régions du monde, les groupes d'auto-santé, ou de *self-help* en anglais, souhaitaient avant tout s'éloigner du cadre médical et des discours surmédicalisés⁶.

Une pratique engagée

Cette approche féministe de la santé tient compte de différents déterminants : le genre, le fait d'être racisé·e, la situation physique, psychologique, sociale, économique, ou encore environnementale d'une personne. Elle remet aussi en question les rapports de domination dans la relation soignant·e-soigné·e et le manque de compréhension systémique de la santé des femmes^{*7}.

Le fait de valoriser les récits de femmes^{*} et de les écouter change la donne puisque le cadre médical classique leur accorde souvent une place annexe dans les soins. L'accompagnement a tendance à sur-médicaliser les vécus des femmes et des minorités de genre ou à minimiser leurs propos⁸. Des études prouvent par exemple que les douleurs exprimées par les patientes sont régulièrement remises en question et que, par conséquent, leurs symptômes sont sous-évalués par les spécialistes, ce qui peut impacter le diagnostic et la qualité de la prise en charge⁹.

Prendre en compte les spécificités que rencontrent les femmes et minorités de genre tout au long de leur vie est nécessaire pour un meilleur accompagnement et une meilleure prise en charge. Se baser, comme c'est le cas depuis des décennies, sur la norme masculine mène inévitablement à des inégalités de genre en santé et à des violences médicales et institutionnelles¹⁰.

© Femmes et Santé



Quelles perspectives pour l'auto-santé ?

Les demandes d'intervention de première ligne restent nombreuses de la part des actrices·teurs du secteur, notamment à Bruxelles et en Wallonie. Que ce soit à destination de professionnel·le·s ou plutôt du grand public, ces rencontres remportent bien souvent un grand succès. Cependant, le manque de financement accordé à ce type de projet ne permet pas toujours de répondre à la demande grandissante.

Pourtant, « promouvoir la santé des femmes, c'est reconnaître leurs compétences et les valo-

riser dans une optique d'autonomisation »¹¹. C'est là tout l'enjeu de l'auto-santé : s'accorder le droit et l'espace de prendre sa santé en main. Cela ne signifie pas pour autant rejeter la médecine conventionnelle, mais plutôt développer une attitude critique par rapport à l'autorité médicale. Cela passe par exemple par le droit de poser des questions et d'obtenir des réponses claires, le droit de se voir proposer différentes alternatives ou encore le droit d'oser refuser une procédure de soin¹². En somme, il s'agit de se saisir de sa santé et des enjeux qui en découlent en agissant soi-même pour améliorer sa qualité de vie.

¹ CORPS ÉCRITS et FEMMES ET SANTÉ, *Notre santé sexuelle et reproductive*, 2020, p. 6.

² FEMMES ET SANTÉ, *Auto-santé des femmes**, <https://femmesetsante.be/lauto-sante/>

³ En ce compris, les minorités de genre et les minorités sexuelles.

⁴ FEMMES ET SANTÉ, *FÉDÉRATION DES CENTRES PLURALISTES DE PLANNING FAMILIAL ET LE MONDE SELON LES FEMMES*, Référentiel Auto-santé... *op. cit.*, p. 9.

⁵ JACQUET Manoë, « Femmes, genre... *op. cit.*

⁶ CORPS ÉCRITS et FEMMES ET SANTÉ, *Notre santé sexuelle...* *op. cit.*

⁷ JACQUET Manoë, « Femmes, genre et promotion de la santé : origine et perspectives du réseau », *Éducation Santé*, janvier 2019, <https://tinyurl.com/mwewjjdd>.

⁸ *Idem.*

⁹ DORTENZIO Anissa, « Parfois complexe, souvent

indispensable : la prise en compte du sexe et du genre en santé ». Analyse FPS, 2022, p. 14, <https://tinyurl.com/y4yubke7>.

¹⁰ JACQUET Manoë, « Femmes, genre... *op. cit.*

¹¹ CORPS ÉCRITS et FEMMES ET SANTÉ, *Notre santé sexuelle...* *op. cit.*, p. 7.

¹² FEMMES ET SANTÉ, *FÉDÉRATION DES CENTRES PLURALISTES DE PLANNING FAMILIAL ET LE MONDE SELON LES FEMMES*, Référentiel Auto-santé... *op. cit.*, p. 10.

Pour une médecine sociale et de proximité

• Jihan Seniora • Coordinatrice Sofélia •

En Belgique, les associations psycho-médico-sociales de proximité sont des actrices incontournables pour la population, en particulier pour les personnes à risque de discriminations et/ou en situation de vulnérabilité (problèmes de santé et/ou de santé mentale, précarité, addictions, personnes discriminées, sans-papiers, sans-abri, personnes en parcours de migration, personnes LGBTQIA + etc.). Sans ces associations, de nombreuses personnes resteraient sans soins, sans soutien et sans voix. Petit panorama non exhaustif de ces structures et de ce qu'elles mettent en œuvre au quotidien.

1. Améliorer l'accès aux soins et à l'accompagnement

Les associations de proximité **facilitent l'accès aux soins** pour des publics qui en sont souvent éloignés. Elles proposent sans jugement :

- **Des consultations médicales, psychologiques et sociales gratuites ou à petit prix.**
- **Un accompagnement personnalisé** : aide pour les démarches administratives (CPAS, mutualités, logement), accès aux droits sociaux, orientation vers des services juridiques.
- **Des soins de première ligne** : dépistages, santé sexuelle et reproductive, santé mentale, addictions, etc.

QUI CONTACTER ?

Il existe une variété de structures qui peuvent vous accompagner selon vos besoins : le médecin généraliste, les Centres de Planning familial (CPF)¹, les maisons médicales², les structures proposant des dépistages (Depistage.be)³ ou/et informations (Ex-aquo, etc.)⁴, les services spécifiques en matière d'accompagnement des victimes de violences⁵, les services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes⁶, le Samu Social à Bruxelles⁷ ou les relais sociaux en Wallonie⁸, L'ilot⁹

Pour aborder les questions de santé mentale : Un Pass dans l'Impasse¹⁰, les services de santé mentale¹¹, les CPF, les psychologues de première ligne¹², les services d'aide aux victimes¹³...

Pour obtenir des réponses à ses questions ou un soutien social : Services droits des jeunes¹⁴, le Call center d'Esenca pour toutes les questions liées au handicap¹⁵, Centres de service social¹⁶...

2. Réorienter et assurer la continuité des parcours de soins

Les associations **font le pont** entre les différents acteurs pour réorienter les personnes selon leurs besoins et pour éviter les ruptures de parcours. Elles peuvent :

- **Orienter** vers les services adaptés (logement, emploi, soins de santé de base et soins spécialisés).
- **Assurer un suivi** entre les consultations, les hospitalisations et le retour à domicile.

QUI CONTACTER ?

Les CPF, les services d'aide aux familles et aux aîné-e-s¹⁷, les centres de services à domicile¹⁸, les centres de service social, Services sociaux des mutualités, les réseaux de santé mentale¹⁹, go to gynéco²⁰...

3. Améliorer la prévention de la santé et renforcer le lien social

Les associations **agissent en amont** pour prévenir les problèmes de santé, **créent du lien** et luttent contre l'isolement qui aggrave souvent les problèmes de santé via :

- **Des campagnes de sensibilisation** sur diverses thématiques pour visibiliser les enjeux de prévention et de promotion de la santé.
- **Des espaces d'écoute et de parole** comme des groupes de soutien, des cafés sociaux, des activités collectives...

QUI CONTACTER ?

Sofélia²¹, Soralia²², la Ligue des familles²³, la Fédération Prisme et ses associations membres et partenaires²⁴, Genres Pluriels²⁵, Infor Drogues²⁶, Modus Vivendi²⁷, Vie Féminine²⁸...

COMMENT ACCÉDER À CES SERVICES ?

Vous pouvez aller les voir, les appeler, demander un rendez-vous ou consulter leur site. Ils pourront vous réorienter vers les associations adaptées à votre situation.

- 1 Mon Planning Familial, pour les coordonnées des CPF situés à Bruxelles et en Wallonie -
CRÉSaM et Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale
2 Trouver une maison médicale :
<https://tinyurl.com/y7y3cad> et la MACS (maison
médicale spécifiquement LGBTQIA+ à Bruxelles) :
<https://www.grandscarmes.org/fr/health>
3 <https://depistage.be/>
4 Ex Aquo pour dépistage et infos en SSR pour les
hommes gay et bi : Home | exaequo - Français
5 <https://www.ecouteviolencesconjugaies.be/>
service-guide/
6 www.samusocial.brussels
7 A Bruxelles : <https://santementebrussels.be> et
en Région wallonne : <https://www.aviq.be/fr/soins-de-sante/plateformes-et-reseaux-de-concertation/reseaux-assuetudes>
8 Relais sociaux - Action sociale en Wallonie
9 Service d'Installation en Logement - SIL
10 Un pass dans l'impasse : <https://tinyurl.com/8tdx2r8x>
11 Services de Santé Mentale (SSM) en Wallonie -
CRÉSaM et Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale
12 PsyBru : soins psychologiques de proximité à
Bruxelles - PsyBru
13 Services d'aide aux victimes :
<https://tinyurl.com/mrcedu9>
14 Accueil - Service Droit des Jeunes
15 <https://www.esenca.be/defense-de-vos-droits/contact-center/>
16 <https://www.fdss.be/fr/member/>
17 En Région wallonne : <https://www.aviq.be/fr/vie-quotidienne/aides-la-vie-quotidienne/aide-aux-familles-et-aux-aines-safa> et à Bruxelles : <https://www.guidesocial.be/associations/services-aide-familles-aines-safa-557?arrondissement=bruxelles>
18 <https://www.fcsd.be/fr/services>
19 En Région wallonne : <https://www.aviq.be/fr/soins-de-sante/plateformes-et-reseaux-de-concertation/reseaux-sante-mentale> et à Bruxelles: <https://platformbxl.brussels/fr/besoin-daide/ou-madresser/antennes>
20 <https://gotogyneco.be/>
21 www.sofelia.be
22 www.soralia.be
23 www.liguedesfamilles.be
24 www.federation-prisme.be/thematiques/soutien-membres
25 genrespluriels.be
26 infordrogues.be
27 modusvivendi-be.org
28 viefeminine.be

La santé, un secteur qui mobilise les associations !

• Associations du réseau Solidaris •

Privés de l'attention de l'État, certains publics ont trouvé dans les associations un relais indispensable. Aujourd'hui, ces dernières dénoncent des inégalités persistantes et des leviers prometteurs en santé. Fortes de leurs expériences, nous avons demandé aux associations du réseau Solidaris leurs priorités dans ce secteur. Leurs réponses révèlent une réalité parfois alarmante de celles et ceux laissé·e·s pour compte.

LATITUDES JEUNES (ORGANISATION DE JEUNESSE)

La santé mentale des jeunes : écoute et solidarité

Dans nos centres de vacances, nous observons des signes de mal-être chez les enfants et les jeunes : certain·e·s s'isolent de manière excessive, d'autres expriment des idées suicidaires, traversent des crises d'angoisse, rencontrent des difficultés à gérer leurs émotions (colère soudaine, grande tristesse) ou encore souffrent de problèmes de sommeil.

Ces situations, déstabilisantes pour nos équipes, confirment une tendance largement documentée : la santé mentale des jeunes se dégrade. En Belgique, une enquête de Sciensano¹ souligne qu'un·e jeune sur trois déclare un niveau de détresse psychologique élevé.

Face à cette réalité, nous avons choisi d'écouter nos animatrices-teurs, d'analyser les situations vécues en centres de vacances, et de réfléchir ensemble à des pistes de réponses. Comment repérer, accueillir et accompagner ce mal-être ? Comment mieux se former, renforcer nos ressources et savoir passer le relais vers des professionnel·le·s compétent·e·s ? Un projet de recherche-action est en cours et se concrétisera en 2026, dans la continuité de notre collection des Guides-Repères. Ces outils pratiques, élaborés avec notre réseau de jeunes volontaires, présentent des situations réelles rencontrées sur le terrain (sexualité, bientraitance, alimentation) et proposent des pistes de réflexion et d'action pour réagir de manière collective et réfléchie.

Ce sont avant tout les liens humains, nourris par l'écoute et la solidarité, qui constituent l'une des réponses les plus précieuses aux fragilités que traversent les nouvelles générations. Or, c'est précisément la mission des Organisations de Jeunesse : faire vivre le collectif, créer du lien et offrir des espaces où les jeunes se sentent entouré·e·s, écouté·e·s et reconnu·e·s.

ESENCA (ASSOCIATION DE DÉFENSE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP)

Des soins de santé pour toutes et tous

Dans les prochaines années, la priorité absolue est de garantir un accès aux soins pour toute la population, dont les personnes en situation de handicap et/ou à mobilité réduite. Aujourd'hui, plusieurs freins empêchent concrètement l'accès aux soins de qualité. Leur accessibilité n'est pas toujours garantie : le délai de rendez-vous en fonction de l'état de santé de la personne, l'accessibilité financière des soins (médecins non conventionnés) ou encore l'accessibilité physique des lieux de soins. L'état de santé de nombreuses personnes, notamment les malades chroniques ou en situation de handicap se dégradent, car elles ne peuvent pas obtenir un suivi de qualité dans un temps imparti (aggravation soudaine de l'état, par exemple). Concernant l'accessibilité financière des soins de santé, il convient de défendre des soins accessibles à toutes et tous, en défendant notamment le modèle de conventionnement. Enfin, pour les personnes au parcours de santé complexe, notamment dans le cadre de la prise en charge de multiples pathologies,



Manifestation du secteur non-marchand le 22 mai 2025 – Copyright Stéphanie Jassogne

il est important de travailler sur un projet de trajet de soins. Cela permet de prendre en charge la personne en tenant compte de l'ensemble de ses difficultés et besoins, sans morceler son accompagnement par pathologie ou médecin spécialiste. Une bonne collaboration entre les prestataires de soins médicaux, paramédicaux et d'accompagnement social est un modèle que nous défendons, au profit des personnes qui en ont le plus besoin.

SOFÉLIA (FÉDÉRATION DES CENTRES DE PLANNING FAMILIAL) EVRAS et accès à l'IVG

Premièrement, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) doit être accessible en Belgique à toutes les personnes en demande, sans pression sociale, sans tabou et sans culpabilisation. Cela passe notamment par la suppression des sanctions pénales qui pèsent encore sur les médecins et les personnes en demande, en cas de non-respect des conditions imposées par la loi actuelle. En parallèle, la lutte contre la pénurie de médecins pour pratiquer des avortements constitue un enjeu essentiel pour garantir un accès effectif à l'IVG. Deuxièmement, un accès égalitaire à l'EVRAS (éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle) doit être garanti au sein de tous les établissements scolaires, et ce pour l'ensemble des réseaux d'enseignement, qu'ils ressortent de l'ordinaire ou du spécialisé. L'EVRAS est à valoriser dans des outils et des campagnes de sensibilisation afin de mettre en évidence ses bénéfices sur le bien-être des enfants et de déconstruire les idées reçues et les fausses informations qui circulent sur ces thématiques. Troisièmement, la lutte contre les violences basées sur le genre constitue un enjeu essentiel dans notre société où le patriarcat est encore très présent. La prise en charge des victimes de violences basées sur le genre doit être assurée de la même manière dans tout le pays. En parallèle, les formations

des professionnel·le·s (dans les domaines de la police, de la justice, de la santé ou de l'enseignement) à ce sujet doivent être évaluées, intensifiées et améliorées.

UN PASS DANS L'IMPASSE (CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE) Agir face à l'urgence suicidaire

La prévention du suicide constitue un enjeu majeur de santé publique. Chez Un pass dans l'impasse, structure active en Wallonie et à Bruxelles, trois priorités guident l'action. Le premier enjeu concerne la prévention du suicide, avec un focus sur les adolescent·e·s, dont le mal-être croît fortement, avec anxiété, dépression et idées suicidaires en augmentation. Ce mal-être reste souvent invisible, car beaucoup d'adolescent·e·s ne reconnaissent pas leurs troubles ou hésitent à en parler par peur du jugement. Quel que soit l'âge, l'association s'engage au quotidien à détecter précocement ces signaux, à mobiliser sa communauté de sentinelles (des citoyen·ne·s formé·e·s gratuitement à la détection) et à proposer une prise en charge rapide et adaptée pour réduire la souffrance et limiter le passage à l'acte. Le deuxième enjeu est l'accompagnement des proches endeuillé·e·s par le suicide, confronté·e·s à un deuil complexe et douloureux, chez qui le risque suicidaire reste élevé. Le troisième enjeu, également prioritaire, touche la santé mentale des entrepreneuses-eurs et des indépendant·e·s. Depuis la pandémie, l'augmentation des faillites fragilise celles et ceux qui portent leur entreprise, avec des conséquences sur leur équilibre psychologique et leurs proches. L'association agit pour briser leur isolement et leur offrir un soutien adapté à leurs réalités. En couvrant prévention, intervention en crise et soutien psycho-social post-crise, Un pass dans l'impasse incarne une réponse globale et essentielle face à cette problématique de santé publique.

LIAGES (ASSOCIATION DE DÉFENSE DES DROITS DES SENIORS)
La santé des seniors :
entre polymédication, prévention et relation thérapeutique

Au-delà de la prise en charge des pathologies, plusieurs enjeux déterminent la qualité de vie des personnes âgées. D'abord, l'adaptation aux spécificités physiologiques : le vieillissement altère notamment la façon dont l'organisme gère les médicaments. Cela crée un terrain propice aux complications, ce qui augmente les risques liés à la polymédication, fréquente chez les seniors. Face à cette complexité, une prise en charge globale s'impose, dépassant le seul traitement curatif. L'approche holistique des soins palliatifs, définie par la loi belge de 2002 pour inclure les dimensions physique, psychique, sociale et morale, et enrichie en 2016 des dimensions existentielle et spirituelle, illustre un accompagnement multidisciplinaire aux patient-e-s et à leurs proches. En outre, la qualité de la relation thérapeutique s'avère déterminante : les seniors désirent un dialogue et une relation symétrique avec leur médecin. Le temps de consultation, la disponibilité et l'écoute active sont cruciales-aux pour une prescription éclairée et respectueuse de l'autonomie. Enfin, la prévention est un élément essentiel, avec notamment la promotion d'une activité physique adaptée, dont les bienfaits physiques et psychiques favorisent l'autonomie. Optimiser la santé des seniors nécessite une approche intégrée : prescription raisonnée, prévention active et relation de soin collaborative reconnaissant l'expertise des patient-e-s.

SERVICE DE PROMOTION DE LA SANTÉ - SOLIDARIS
La littératie en santé, un levier d'égalité

La précarité financière demeure un frein majeur à l'accès aux soins de santé, touchant particulièrement les femmes et les familles monoparentales. Ce renoncement, souvent contraint, aggrave les inégalités sociales de santé et fragilise la santé physique et mentale des personnes concernées. Les déterminants sociaux et économiques, tels que le niveau de revenu, l'accès à l'emploi ou encore la charge familiale, influencent directement la capacité à se soigner. Dans ce contexte, il est essentiel de défendre un système de santé inclusif, garantissant à chacun-e un accès effectif aux soins et à la prévention. La dégradation de l'environnement accentue encore ces inégalités. Les populations les plus vulnérables sont davantage exposées à la pollution de l'air, aux risques d'inondations ou à d'autres nuisances environnementales, ce qui impacte leur santé de manière disproportionnée. Ces inégalités environnementales s'ajoutent aux inégalités sociales. Face à ces défis, l'ensemble des acteurs mutualistes, associatifs et socio-sanitaires



s'engage quotidiennement à renforcer la littératie en santé de leurs publics. Il s'agit de donner à chaque personne les moyens de comprendre, d'évaluer et d'utiliser l'information en santé pour faire des choix éclairés. Cette démarche vise à réduire les inégalités, à favoriser l'autonomie et à promouvoir une société plus juste.

SORALIA, ASSOCIATION POUR L'ÉGALITÉ DES FEMMES ET DES HOMMES
La santé GLOBABLE des femmes

Les inégalités entre les femmes et les hommes peinent à être prises en considération dans les politiques de santé publique, dans le parcours de soin et durant les formations médicales. De plus, les recherches médicales se basent sur le standard masculin. Les scientifiques s'intéressent peu au fonctionnement des corps des femmes. Selon les lieux et les contextes, ces inégalités peuvent s'avérer tantôt sous-évaluées, tantôt teintées de stéréotypes, laissant bien souvent des discriminations se reproduire, générant des impacts particulièrement dramatiques pour la santé des femmes.

¹ Sciensano (2022). Enquête de santé : santé mentale et bien-être chez les jeunes en Belgique.

Dans les yeux d'une infirmière : Heldin¹ dévoile les dessous du soin

• Elise Voillot • Chargée de communication Soralia •

Dans le film *Heldin*, le personnage principal du film, Floria Lind, est une infirmière profondément humaine, consciente et dévouée qui travaille au sein d'un hôpital suisse. Mais lorsqu'elle commence son service de nuit avec un personnel en sous-effectif, son endurance et ses nerfs sont très vite mis à rude épreuve.

Selon L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), d'ici 2030, la pénurie de personnel soignant à travers le monde (dont le personnel infirmier) représenterait 18 millions de personnes². Face aux conditions de travail difficiles, mais aussi à la dévalorisation sociale et financière du secteur, les métiers du « prendre soin », très majoritairement portés par les femmes, ne font plus rêver. Pourtant, avec le vieillissement de la population, les besoins ne vont cesser d'augmenter³.

À travers le personnage de Floria, brillamment interprété par Leonie Benesch, le film *Heldin* illustre la précarité et les tensions propres au milieu hospitalier. Tantôt haletant, tantôt émouvant, mais aussi cruel, l'itinéraire sans fin de la jeune infirmière nous immerge dans toute l'ambivalence de ce métier ô combien essentiel. C'est elle qui est confrontée à la douleur des patient-e-s et de leurs proches. Elle aussi qui doit parfois gérer leur impatience, leurs angoisses et leur colère. Enfin, c'est elle qui les accompagne dans leurs derniers instants. Dans les longs couloirs qu'elle parcourt de bout en bout se perçoit une profonde détresse et solitude, mais aussi de beaux moments de solidarité et de tendresse.

Pour traiter le sujet avec justesse, la réalisatrice du film, Petra Volpe a notamment rencontré une dizaine d'infirmières et en a même fait participer dans le film. Comme elle l'explique : « Je voulais montrer une femme qui veut simplement faire [du] bon travail. [Mais] le système est contre elle, elle ne peut pas gagner dans ce jeu. [...] Ce film, c'est une célébration des infirmières [...] l'infirmière est la personne la plus importante pour les patient-e-s. C'est l'infirmière qui est à côté de nous après l'opération et durant la guérison. Je pense qu'il y a un manque de volonté politique de faire changer les choses»⁴.

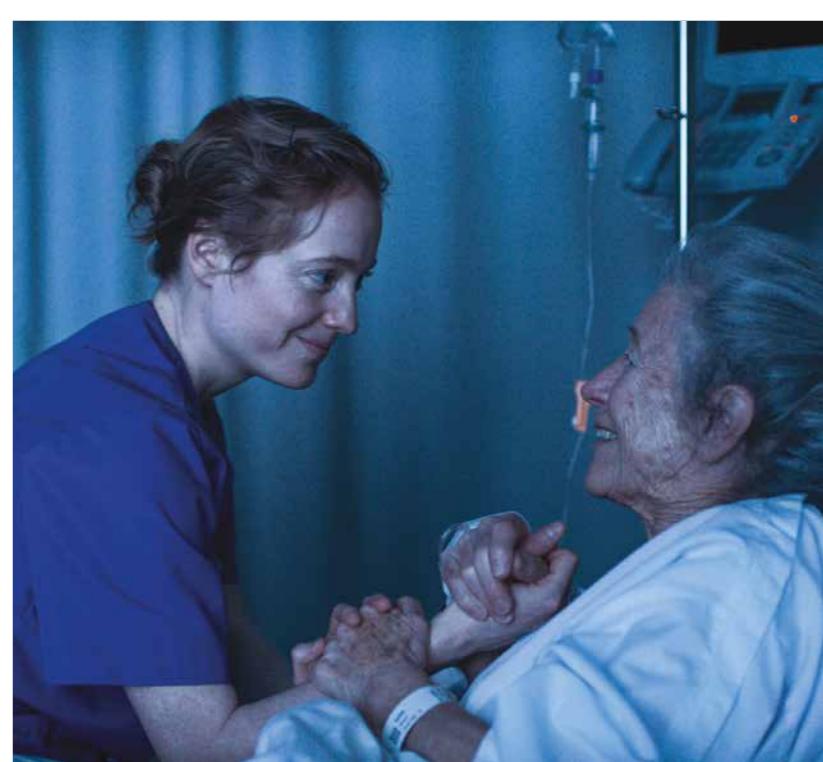
Puissant et beau, *Heldin* est un cri du cœur vers le monde politique, un appel à agir pour remettre les métiers du soin au cœur de nos sociétés. À voir absolument !

¹ Heldin signifie héroïne en allemand. Nous lui avons préféré son titre original mais le titre francophone du film est « En première ligne ».

² OMS, « L'OMS/Europe lance le projet « Nursing Action » financé par l'UE pour remédier à la pénurie de personnels infirmiers dans l'UE », OMS, 17 janvier 2025, <https://tinyurl.com/2v6b94fa>.

³ JANSENS Hélène, « Pénurie et crise du "prendre soin" », Fédération des maisons médicales, Santé conjuguée n°110, mars 2025, <https://tinyurl.com/5a39r5nj>.

⁴ CLAPVIDEO « Interview de Petra Volpe pour son film "Heldin" ("En première ligne") » Clapvideo, Août 2025, <https://tinyurl.com/4d79jwza>.



Comment on gère nos impôts ?

• Wivynne Gaziaux – Chargée d'études Soralia •

La manière dont l'État belge gère la fiscalité est capitale pour les citoyen·ne·s car c'est via ce mécanisme que nous finançons ensemble notre accès à l'éducation, aux soins de santé, aux transports en commun, à la justice, aux administrations, au logement, etc. Sans ce système de solidarité collective, chacun·e devrait se débrouiller avec ses propres moyens pour payer ces services essentiels. Aujourd'hui, beaucoup d'associations, d'ONG, d'expert·e·s, etc. dénoncent les règles inéquitables du système et réclament au gouvernement une réforme fiscale. Celle-ci permettrait non seulement d'offrir d'autres solutions aux coupes budgétaires et sociales, mais aussi, de gérer nos défis sociaux et environnementaux actuels et futurs.

Le rôle de la fiscalité est d'assurer et défendre le bien être de tou·te·s

En Belgique, chaque résident·e (citoyen·ne·s, entreprises, etc.) contribue au financement de l'État en payant des impôts. Grâce à ces contributions, l'État veille au bien-être et au bon fonctionnement de la société en mettant en place des services publics et des mécanismes de protection (Sécurité sociale) assurant à chacun·e de bénéficier d'une certaine qualité de vie. Le premier principe de l'impôt est que chaque contribuable y participe selon ses moyens pour que l'ensemble de la population, sans distinction, puisse profiter des services communs. Le deuxième principe est que l'État redistribue cet argent de façon à réduire les inégalités au sein de la population. **Un gouvernement soucieux d'organiser sa fiscalité de la manière la plus juste, équitable et efficace qui soit, est un gouvernement qui veille sans relâche à poursuivre ces deux objectifs.**

Un système d'imposition inéquitable et injuste depuis 30 ans !

Ces dernières années, plusieurs chercheuses·eurs d'universités belges ont étudié notre système d'imposition et questionné ces deux principes. Leurs résultats confirment la « dérégulation » du système depuis, au moins, 1995. **La fiscalité belge est loin d'être équitable**, car tout le monde n'est pas logé à la même enseigne. Les revenus issus des bénéfices des entreprises et des placements financiers (actions, dividendes) sont par exemple beaucoup moins taxés que les revenus du travail. Ce qui a pour conséquence qu'une petite partie de la popu-

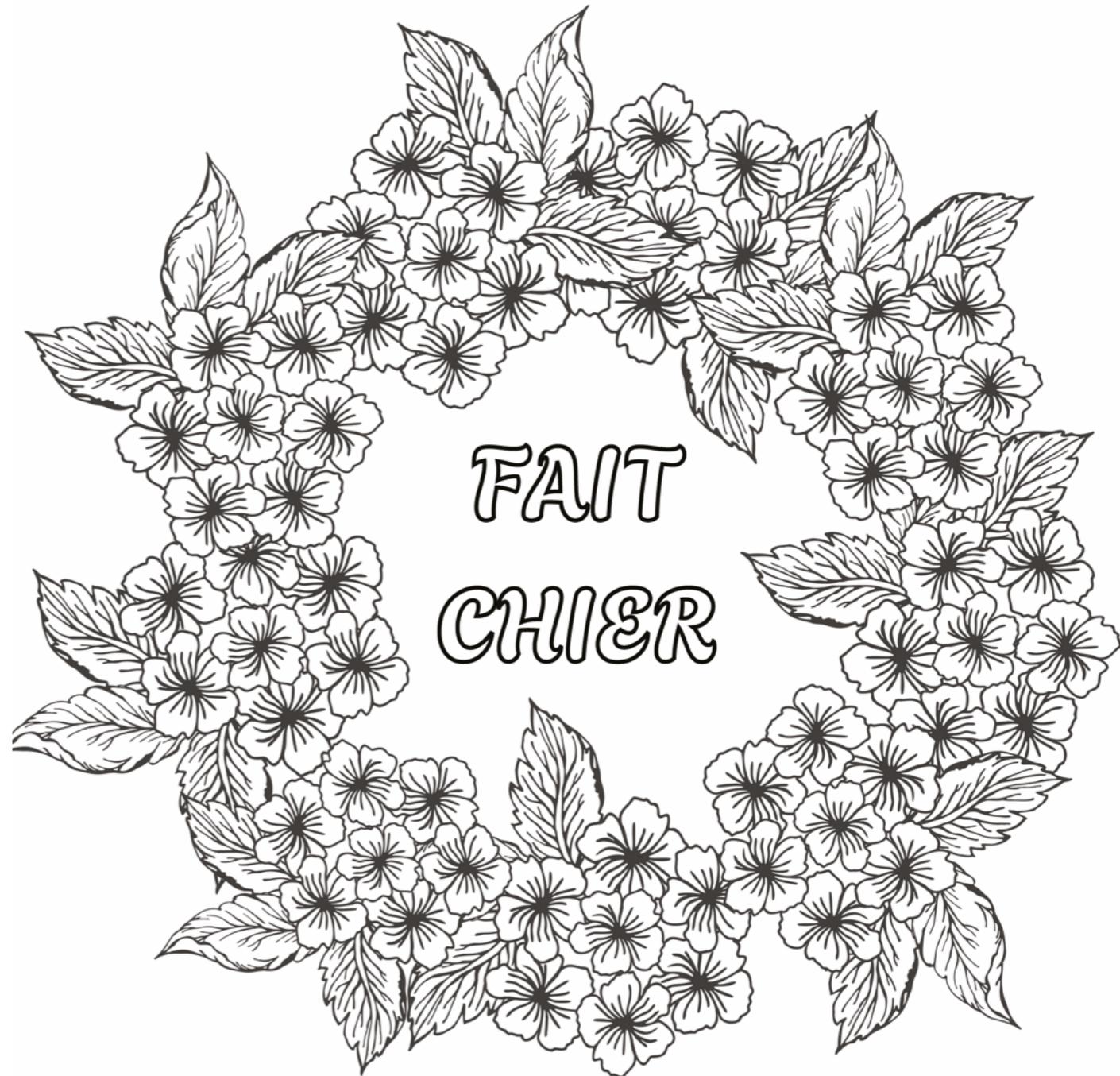
lation engrange des revenus faramineux sans pour autant contribuer autant que la majorité des citoyen·ne·s lambda ; qui consacre actuellement une plus grande part de leur revenu aux recettes de l'État. De plus, **notre fiscalité ne permet pas non plus de réduire les inégalités**. C'est même tout le contraire, elle les renforce !

Est-ce que notre système d'imposition pourrait être plus efficace ? OUI !

C'est pour cette raison que des associations militent auprès du monde politique et veillent à mieux sensibiliser, informer et armer leurs publics à la fiscalité. En Belgique, le Réseau pour la Justice Fiscale (RJF), qui rassemble de nombreux·eux mouvements, syndicats, expert·e·s et associations (dont Soralia fait partie), a réalisé récemment un outil pédagogique à destination des professionnel·le·s du secteur associatif et du grand public. Cet outil rassemble plusieurs cartes postales reprenant les revendications phares du RJF pour un système fiscal plus juste et équitable, ainsi qu'un lexique et une liste de questions/réponses pour aider et approfondir la compréhension, le tout, dans un langage le plus accessible possible. En tant que mouvement féministe défendant les droits des femmes - qui sont les plus amenées à faire appel aux services publics et à la protection sociale - Soralia vise avec cet outil, à accompagner au mieux ses animatrices·teurs sur le terrain. Et de manière générale, à faire en sorte que tou·te·s citoyen·ne·s soient en mesure de saisir les enjeux et les opportunités d'un système fiscal juste et équitable et puissent mieux prendre part à ce projet de société.

Coloriage « défouatoire »

Dans un contexte mondial pas tellement réjouissant, voici une proposition pour donner des couleurs à ce qui nous saoule, nous inquiète, nous pompe l'air. Ça ne résoudra pas le problème, mais ça fait du bien !



Subsides accessibilité en festival : un enjeu majeur

• Propos recueillis par Elise Voillot – Chargée de communication Soralia •

En juin 2025, le ministre wallon de l’Égalité des chances Yves Coppieters a annoncé supprimer progressivement les subsides qui permettent l’accessibilité des personnes en situation de handicap en festival. Nous avons discuté de la situation avec Christine Bourdeauducq, travailleuse chez Esenca (association de défense pour les personnes en situation de handicap) et experte accessibilité depuis plus de 20 ans.

Comment Esenca s’implique-t-elle à travers son service Handyaccessible ?

Esenca est membre de la plateforme Acces-I [une plateforme qui informe sur l’accessibilité des lieux ouverts en Fédération Wallonie-Bruxelles et qui attribue une certification à différentes infrastructures reprenant le niveau d’accessibilité du lieu en fonction du handicap NDLR]. Notre service Handyaccessible propose du conseil, de l’information et de l’accompagnement, pour favoriser l’accessibilité des personnes en situation de handicap.

Par le passé, les questions d’accessibilité concernaient surtout les bâtiments. Puis cette notion a évolué, elle est devenue plurielle. On a commencé à parler d’accessibilité à l’information, d’accessibilité en ligne, d’accessibilité vélo, etc. Depuis une quinzaine d’années, on parle également d’accessibilité en milieu festif comme en festival.

Très concrètement comment cela s’implémente-t-il dans les milieux festifs ?

En fonction des différents types de publics, on va utiliser des outils, de l’aide humaine, ou faire appel à des structures externes pour améliorer l’accessibilité de l’événement. Ce qui est mis en place doit être vérifié par des conseillères-ers en accessibilité.

On va par exemple travailler à la mise en œuvre de plaques de roulage, d’installation de podium à destination des PMR, mettre en place des concerts traduits en langue des signes pour les personnes sourdes... on a aussi des gilets vibrants : la personne sent les vibrations du son. Pour les personnes

malvoyantes, on peut mettre en place des plans tactiles pour mémoriser l’environnement et favoriser les déplacements autonomes.

Pour des personnes avec une déficience intellectuelle, on va penser à des contenus rédigés en Facile à Lire et à Comprendre (FALC). On va essayer aussi de trouver de la signalétique et des visuels très simples, par exemple des pictogrammes sur les cartes boissons, etc.

En juin dernier, le gouvernement wallon a annoncé supprimer progressivement les subsides pour favoriser l’accessibilité en festival. Quelles en seront les conséquences ?

Les infrastructures visibles ou qui servent à tout le monde, comme par exemple les plaques de roulage ou les podiums PMR, vont rester. Par contre, tout ce qui relève de l’accompagnement et des aides techniques risquent de disparaître.

La première conséquence pour certains festivals, c'est la fin de la certification Access-I qui permettait de faire valider officiellement la mise en accessibilité du festival. Certains festivals continuent de travailler autour de l’accessibilité, mais le font sans ce service. Des choses sont mises en place, mais ne sont pas vérifiées par des services d’expertises en accessibilité. Et avec le recul, on se rend compte que certaines choses n'ont pas été faites convenablement. L’accessibilité est potentiellement moins efficace et structurelle.

Il y a aussi eu moins de concerts en langue des signes cette année sur certains festivals. On peut



également envisager à long terme la suppression des gilets vibrants, des plans en relief, des traductions de concert en langue des signes. Tout cela risque de passer à la trappe. Enfin, dans certains festivals, il existe un tarif adapté pour les PMR et leurs accompagnant-e-s. Si ces aides disparaissent, il y a un risque pour que ces festivaliers en situation de handicap paient beaucoup plus cher leur place sans forcément avoir des aménagements qui leur sont dus.

Les enjeux d’accessibilité en festival représentent-ils une variable d’ajustement pour les organisatrices-teurs ou est-ce que cela reste une valeur primordiale pour le secteur ?

Pour les festivals, il est difficile de comprendre que l’inclusion dépasse le handicap visible. Quand il y a des coupes budgétaires à réaliser, on préserve ce qui touchera le plus grand nombre. Il y a aussi la difficulté d’anticiper le nombre de personnes touchées par certains aménagements. Par exemple, un concert traduit en langue des signes représente un coût important, mais on ne sait pas voir ni quantifier

le nombre de personnes intéressées dans la foule. L’accessibilité en festival au sens large (c'est-à-dire avec tou-te-s les intervenant-e-s et la location du matériel) peut représenter jusqu'à 10 % du budget technique général d'un festival.

Même si l’inclusivité est une composante importante de la Convention ONU relative aux droits des personnes handicapées, si les budgets accessibilité sont réduits, voire supprimés, les organisations n’auront pas d’autres choix que de réduire certaines installations au détriment de l’accessibilité.

Il est important de rappeler qu'une personne en situation de handicap est aussi un-e consommatrice-teur qui dépense de l’argent sur place. Donc, malgré les aménagements nécessaires, il y a un certain retour sur investissement.

Je constate aussi que de plus en plus d'institutions se rendent en festival avec leurs bénéficiaires, même si parfois les personnes ont des handicaps très lourds. Ces institutions pratiquent donc l'inclusion en participant aux mêmes activités culturelles que le reste de la population.

« La paix ne peut être construite sans les femmes »

• Solsoc •

En mai 2025, SOLSOC a accueilli à Bruxelles une délégation de la société civile congolaise pour rappeler aux décideurs belges et européens la nécessité d'intégrer pleinement la société civile dans des négociations de paix, trop souvent menées au niveau des États et déconnectées du terrain. C'est dans ce cadre que nous avons rencontré Maître Nelly Mbangu, avocate au Barreau du Nord-Kivu, Présidente de la Dynamique des Femmes Juristes et Coordonnatrice de la Plateforme des organisations féminines SAUTI YA MAMA MUKONGOMANI (La voix de la Femme Congolaise, en Français). Figure de la lutte contre les violences sexuelles, elle milite pour l'inclusion des femmes dans la construction d'une paix durable en République Démocratique du Congo (RDC).

Vous êtes une militante et activiste reconnue dans votre pays, vous avez dédié une part importante de votre vie à lutter contre les violences sexuelles. Comment est né cet engagement ?

C'est la situation sécuritaire extrêmement fragile dans l'est de la RDC qui a motivé mon engagement. J'ai moi-même vécu la guerre. J'ai vu de mes propres yeux des femmes victimes de violences sexuelles, des familles détruites. J'étais encore étudiante à l'époque et, avec quelques collègues, nous avons voulu agir. C'est ainsi qu'est née la Dynamique des Femmes Juristes, avec l'objectif d'aider juridiquement les survivantes, de porter leurs voix devant les tribunaux, et de lutter contre l'impunité. Progressivement, nous avons aussi développé des actions de prévention, de sensibilisation, de formation et avons mise en place un Cadre de Concertation dénommé SAUTI YA MAMA MUKONGOMANI. Aujourd'hui, nous voyons des femmes autrefois victimes devenir à leur tour actrices de paix, médiaterices communautaires, et leaders d'opinion dans leurs villages. Cela prouve d'une certaine façon que les stigmates de la guerre, aussi profonds soient-ils, peuvent être surmontés.

Comment décririez-vous la situation actuelle à l'est du Congo ?

Elle est très critique. Des territoires entiers sont

aujourd'hui sous le contrôle de groupes armés. Les violations graves des droits humains sont quotidiennes, notamment dans les provinces du Nord et du Sud-Kivu.

Récemment, des bombes sont tombées dans un camp de déplacés. Nous avons documenté de nombreux morts, des victimes de violences sexuelles, des cas d'exploitation et d'abus. Nous constatons également des violations du droit international humanitaire à répétition.

Face à cela, nous avons mis en place des mécanismes de gestion des plaintes, pour continuer à accompagner les survivantes malgré tout. Mais les défis sont immenses. Car après la prise de la ville de Goma, nous avons perdu nos espaces sûrs, installés dans les sites des déplacés. Certaines zones sont devenues inaccessibles. Nos équipes, nos groupes d'action communautaires, sont dispersé-e-s. Nous avons dû suspendre certaines activités.

Le manque de financement pose aussi problème. Par exemple, un de nos projets humanitaires, soutenus par l'USAID, a été interrompu sous l'administration Trump, parce qu'il traitait de l'égalité femmes-hommes, un sujet alors jugé « non prioritaire ». Pour nous, c'était un projet essentiel pour renforcer la participation des femmes à l'action humanitaire, leur donner une visibilité et une reconnaissance.



© Ley Uwera

Pourquoi est-il crucial d'inclure les femmes dans les processus de paix ?

Parce qu'elles sont les premières victimes des conflits, mais aussi les premières à reconstruire.

Les femmes savent ce que vivent les communautés : elles sont au chevet des blessé-e-s, elles s'occupent des déplacé-e-s, elles soutiennent les enfants. Pourtant, elles sont absentes des négociations, des décisions politiques, des processus de réconciliation.

Il est temps que leur parole soit entendue, que leurs besoins soient pris en compte. Pas seulement par justice, mais parce que la paix est plus forte, plus durable, quand elle est inclusive.

Quels sont les besoins à prendre en compte pour assurer cette inclusivité ?

D'abord, il y a le besoin fondamental de participation des femmes, un droit clairement reconnu par la Constitution congolaise ainsi que par des instruments internationaux, tels que la résolution 1325 du Conseil de sécurité de l'ONU. Pourtant, dans les faits, les femmes sont systématiquement exclues des négociations et des prises de décision politique. Cette exclusion n'est pas seulement injuste, elle est aussi profondément contre-productive. De nombreuses expériences démontrent qu'une paix construite sans la participation active des femmes demeure fragile, incomplète, et souvent vouée à l'échec. C'est pourquoi nous militons sans relâche pour que les femmes soient pleinement impliquées à tous les niveaux, des pourparlers de paix aux programmes de réconciliation et de développement, car leur voix est essentielle pour bâtir une paix durable.

Ensuite, il y a des besoins spécifiques, liés à leur condition : hygiène menstruelle, sécurité dans les camps, soins adaptés... Trop souvent, l'aide humanitaire est conçue de manière neutre, sans prendre en

compte ces réalités particulières, ce qui réduit son efficacité. Ignorer ces besoins revient à fragiliser la réponse à la crise et à prolonger la souffrance des femmes et des filles, qui constituent la majorité de la population congolaise.

Ainsi, la participation des femmes n'est pas seulement un droit, c'est une condition indispensable pour qu'une paix véritable et durable puisse voir le jour. Car une paix qui exclut une moitié de la société est une paix inachevée par essence.

Vous êtes aujourd'hui à Kinshasa. Vous avez quitté Goma, votre combat faisait-il de vous une cible ?

Oui, j'ai quitté Goma pour des raisons de sécurité. En tant que défenseuse des droits humains, j'ai accompagné des femmes dans des procès sensibles. Certains condamnés ont aujourd'hui été libérés. Imaginez : je me retrouve dans un environnement où ceux que j'ai aidé à faire condamner circulent en toute impunité... C'est une question de survie, pour moi et ma famille, mes enfants surtout. Mais mon cœur reste à Goma et mon combat continue.

Vous dites que votre combat continue, qu'est-ce qui vous pousse à continuer ?

C'est la conscience d'une société civile congolaise qui reste mobilisée, debout malgré tout. C'est aussi le soutien de certains partenaires, qui continuent à croire en nous même dans l'adversité. Mais surtout, je garde foi en l'avenir. Je crois profondément que le changement est possible. J'ai toujours dit : « après la violence, il y a la vie ». Tant que Dieu nous accorde la vie, c'est qu'il nous donne aussi la force d'agir. Si on parvient à obtenir la paix, tout devient possible. Je pense souvent aux femmes et aux filles de mon pays : elles méritent de vivre dans la dignité, la sécurité. Cette conviction suffit à mon engagement.

UNE OASIS DANS L'IMPASSE

C'est un lieu très discret dans le fond d'une impasse



J'ai longuement hésité à m'engouffrer dedans



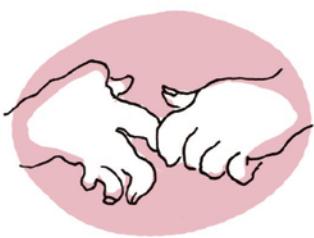
À l'intérieur pourtant, c'est un havre paisible



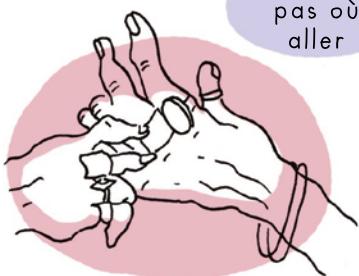
J'y ai grandi beaucoup, j'y ai pleuré souvent

Bon nombre d'entre nous y arrivons fragiles comme du verre brisé
Nous en sortons tête haute, dignité retrouvée

Le test est positif et je ne sais pas quoi faire



Mon propriétaire veut vendre l'appartement.



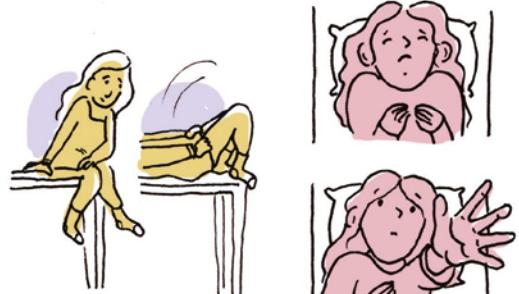
Depuis qu'il vit chez moi, j'ai la trouille



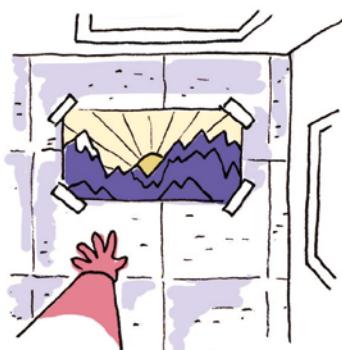
Accueillie chaque fois



J'y dépose mes secrets
J'y glane mes beaux éclats



Qui transforment nos ombres



D'une égale chaleur

Celles et ceux qui y œuvrent prodiguent la douceur

En fines capes de soie

Retrouvez toutes les coordonnées des Centres de Planning familial en Wallonie et à Bruxelles sur www.monplanningfamilial.be

ZOE BORBÉ



AVEC LE SOUTIEN DE LA
FÉDÉRATION WALLONIE-
BRUXELLES