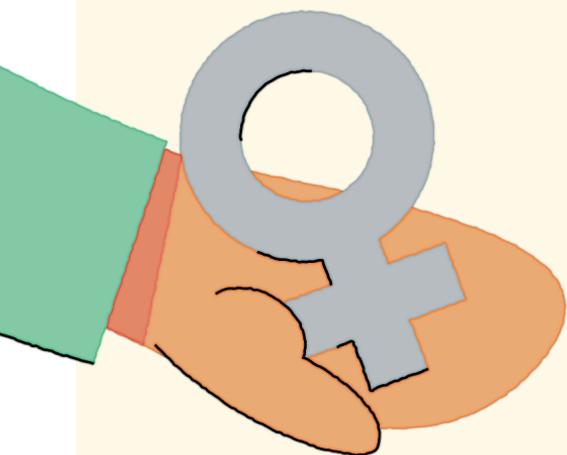


**Doc  
san  
té**

INFORMATION  
RÉFLEXION  
ACTION



DOSSIER ANNUEL

# Genre en social-santé : quelle prise en compte ?

2024



## RÉDACTION

Nathalie Cobbaut  
Anoutcha Lualaba Lekede

## COORDINATION

Nathalie Cobbaut

## GRAPHISME ET MISE EN PAGE

Globule Bleu  
[www.globulebleu.com](http://www.globulebleu.com)

## EDITEUR RESPONSABLE

Bernard Guillemain  
51, rue du Poinçon  
1000 Bruxelles  
D/2025/3543/1



Avec le soutien de



Une réalisation de

l'asbl Question Santé  
Tél. : 02/512 41 74  
[info@questionsante.org](mailto:info@questionsante.org)  
[www.questionsante.org](http://www.questionsante.org)



# Doc san té

INFORMATION  
RÉFLEXION  
ACTION

# 09

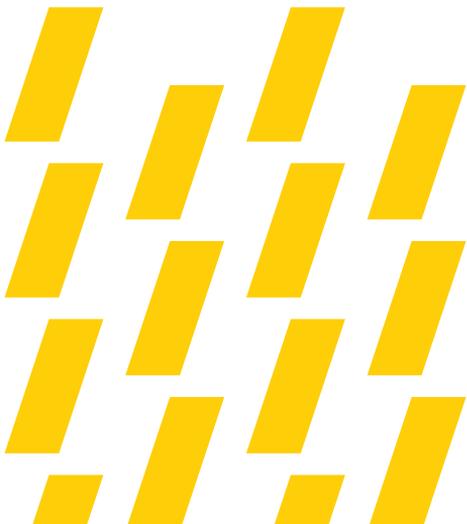
**GENRE ET  
DISPOSITIFS SOCIAUX,  
UNE ÉQUATION EN VOIE  
DE DÉVELOPPEMENT**





# 43

**LA SANTÉ SOUS LE  
PRISME DU GENRE :  
ENTRE RÉFLEXION...  
ET LENTE  
PROGRESSION**



# Préface

Le terme à peine susurré provoque des mouvements d'engouements divers et variés. Du commentaire intéressé au plus acerbe, le genre passionne autant qu'il détonne. Il paraît pourtant évident qu'observer et analyser notre société au travers du prisme du genre nous permet non seulement de comprendre certains mécanismes à l'œuvre, mais aussi d'imaginer et d'élaborer des actions en faveur d'une société plus égalitaire, plus juste. D'autant que le concept est évolutif. A l'origine entendu dans une analyse binaire des rapports de domination hommes-femmes, il vise aujourd'hui à prendre en considération les vécus de l'ensemble des minorités dites sexuelles. Ce faisant il ne s'agit donc pas de venir lisser les réalités de chacun·e, mais bien de mettre en évidence des impensés, des violences et des rejets spécifiques construits sur base de modes opératoires similaires.

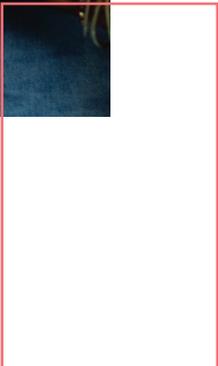
Des violences faites aux femmes et aux membres de la communautés LGBTQIA+ aux difficultés (pour ne pas écrire « violences ») sociales vécues par les familles monoparentales, en passant notamment par les refus de soins pour les personnes transgenres, les difficultés rencontrées par l'ensemble des minorités ne cessent de

défier chroniques et statistiques. Il nous est dès lors paru opportun d'aller à la rencontre « du genre » au sein de notre secteur, de comprendre en quoi il a sa place dans nos questionnements et dans le développement de nos pratiques. Pour ce faire, nous avons construit ce dossier en partant des origines du concept afin de comprendre ce qu'il peut venir illustrer de nos sociétés, nous avons observé de quelle manière le secteur du social-santé l'intègre dans le développement de ses actions et nous sommes ensuite allés à la rencontre d'acteurs et d'actrices de terrain venant répondre aux besoins spécifiques des personnes concernées.

La présente publication ne se veut évidemment pas exhaustive. Elle a pour objectif de venir rappeler le concept dans sa pluralité et dans la diversité des possibles mis en œuvre par une série d'acteurs et d'actrices. A ce titre, elle nous invite à nous interroger individuellement et collectivement quant à la manière dont nous nous engageons pour une société plus égalitaire et plus juste.

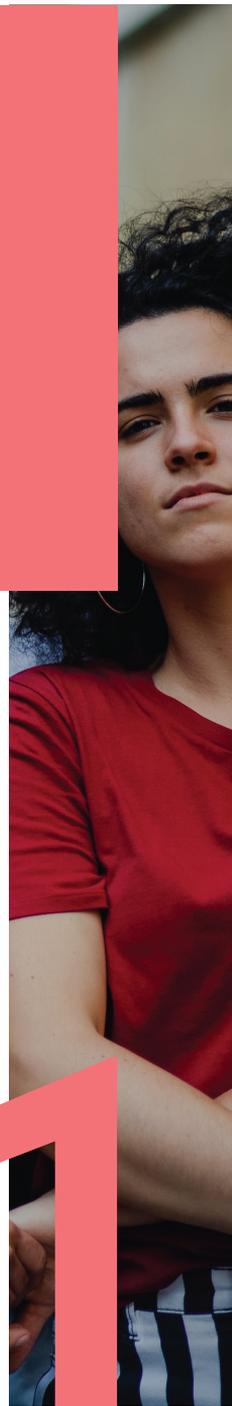
**BERNARD GUILLEMIN**

*Directeur de Question Santé*



# Genre et dispositifs sociaux, une équation en voie de développement

01



# 12

## INTERVIEW

LE GENRE, UN CONCEPT  
D'ANALYSE POUR  
SONDER LES RAPPORTS  
SOCIAUX DE SEXE

# 20

LES CPVS, POUR UNE  
PRISE EN CHARGE  
PLURIELLE DES  
VIOLENCES SEXUELLES

# 28

LE REFUGE  
BRUXELLES, POUR  
ACCUEILLIR LES  
JEUNES LGBTQIA+  
EN RUPTURE

# 36

LES BESOINS  
DES FAMILLES  
MONOPARENTALES  
WALLONNES, MIS  
EN AVANT ET  
VISIBILISÉS



## INTRO

L'approche intégrée de l'égalité de genre (ou *gender mainstreaming*) consiste en la (ré)organisation, l'amélioration, l'évolution et l'évaluation des processus politiques, visant à incorporer la perspective de l'égalité entre les hommes et les femmes dans toutes les politiques, dans tous les domaines et à chaque étape et ce, par les acteurs impliqués dans l'élaboration de ces politiques. Telle est la définition du Groupe de spécialistes pour une approche intégrée de l'égalité du Conseil de l'Europe, arrêtée en 1998 à la suite de la 4e Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes à Pékin (1995).

Mais encore faut-il définir ce que recouvre cette notion de genre, soit communément un concept qui fait référence aux comportements qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes, lesquels génèrent des différences de rôles et de statut. Dans une perspective qui tend vers une égalité de genre, il s'agit donc de corriger ces différences pour permettre un accès égalitaire aux ressources, comme les revenus, le travail, les responsabilités, la sécurité, la santé, la formation, la mobilité, le temps... et d'opérer un changement de paradigme en tenant compte des inégalités toujours existantes.

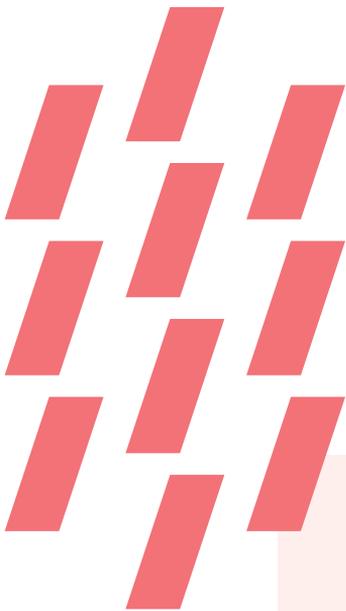
Mais cette définition du genre qui est une convention de catégorisation binaire (masculin/féminin) calquée sur une différenciation

biologique tait l'existence et le statut de minorités sexuelles jusque récemment ignorées et largement discriminées. Il s'agit dès lors de resituer ces politiques dans un contexte plus large, celui de la politique d'égalité des chances, articulée autour de discriminations, d'inégalités ou de problématiques spécifiques liées au genre et à l'orientation sexuelle, mais aussi au handicap, à l'origine, l'âge ou encore l'état de santé. Cette politique s'opérationnalise notamment au travers de plans qui comportent des actions qui se renforcent et se complètent et font des ponts entre les différentes problématiques.

Difficile d'embrasser la diversité des plans, mais nous avons voulu d'abord donner la parole à une historienne de cette notion de genre, afin de la resituer dans l'histoire récente, et ensuite prendre trois exemples récents de politiques sociales qui illustrent la prise en compte de la dimension de genre, mais aussi des discriminations à l'égard des minorités sexuelles, en matière de violences sexuelles, de rejet par leur famille de jeunes LGBTQIA+ ou des difficultés vécues par les familles monoparentales.

Pour une meilleure prise en charge de leur situation dans et par les institutions, ainsi que dans les services sociaux et de santé.

**NATHALIE COBBAUT**



I N T E R V I E W

## Le genre, un concept d'analyse pour sonder et transformer les rapports sociaux de sexe

Valérie Piette est historienne et professeure à l'Université Libre de Bruxelles. Elle y mène des recherches sur l'histoire des femmes, du féminisme, du genre et des sexualités. Elle est également membre de l'Atelier Genre(s) et Sexualité(s) de l'ULB et a participé à la création du Master interuniversitaire en études de genre. Selon cette penseuse militante, le concept de genre permet aujourd'hui de questionner notre société de manière fondamentale en repensant le rôle et la place des femmes et des hommes. Pour expliquer ce mouvement individuel et collectif, elle salue aussi l'impact de l'Union européenne dans cette évolution, dont les préoccupations en matière de genre percolent dans les politiques publiques des États membres, dont la Belgique.





## *Valérie Piette*

### QUESTION SANTÉ

***Pouvez-vous resituer l'histoire de la notion de genre ? A quelle époque apparaît ce concept ?***

### VALÉRIE PIETTE

En fait, le genre est une traduction - assez mauvaise - de l'anglais *gender*. Ce terme a émergé au sein d'équipes médicales qui travaillaient sur la médicalisation de l'intersexuation, avec une distinction faite par le corps médical entre sexe biologique et sexe social. Il a ensuite été emprunté par les sciences sociales dans les années 80 aux Etats-Unis. A cette époque, il y avait déjà des chaires dans les universités américaines sur ce thème, comme à Berkeley. Il a ensuite percolé en Australie mais aussi

au Canada et au Québec pour enfin s'implanter chez nous. Certes tardivement, mais il est tout de même arrivé jusqu'ici pour finalement rapidement se développer.

Dans un premier temps, on a traduit cette notion par « rapports sociaux de sexe » et je trouve cette paraphrase plus claire, y compris dans le domaine de la santé. Mais c'était très long à dire, il fallait réexpliquer plein de choses. Donc le terme de genre a été retenu, aussi de par son aura car venant des USA.

Ce concept a été porté par les milieux académiques, mais aussi par les milieux militants. A priori deux mondes séparés, avec les chercheur-e-s dans leur tour

d'ivoire d'un côté, et les gens de terrain et la réalité concrète de l'autre. Mais il y a malgré tout une certaine perméabilité entre ces mondes ; il y a eu des femmes et des hommes qui militaient dans les grands mouvements féministes des années 70 et 80 et dans les mouvements LGBT, qui ont fait des études universitaires, sont devenus enseignant·e·s et ont fait émerger cette notion.

—

**Q.S.** *En tant qu'outil d'analyse, qu'apporte-t-il de neuf ?*

—

**V.P.** Pour faire comprendre cette notion de genre, je cite souvent l'exemple donné par Eric Fassin, anthropologue et sociologue français, maintes fois repris depuis, des tâches ménagères effectuées à 75% par des femmes. Il souhaitait attirer l'attention sur le fait que ce n'est pas parce que les femmes ont des ovaires et un vagin qu'elles aiment pour autant faire la vaisselle. Si l'on met de côté la réflexion sur ce

qui fait l'identité de femme, cet exemple montre bien que ce sont des constructions historiques, sociales, économiques, culturelles qui expliquent ces stéréotypes et l'assignation et l'intégration des rôles qui s'y rattachent au sein de nos sociétés. Depuis cet auteur et d'autres à sa suite, le genre est considéré comme un concept, « un outil pour aider à penser »

Il y a vingt ans, quand je faisais des conférences, je disais : « Préoccupez-vous du genre, sans quoi c'est le genre qui se préoccupera de vous. » Il faut dire que les grandes institutions internationales, comme l'OMS, mais aussi européennes, ont fait beaucoup pour sa reconnaissance. En 1995, un département « Femmes, genre et santé » naît au sein de l'OMS et en Europe, la première recommandation « Genre et santé » apparaît en 2006 et ensuite cela s'est accéléré. Au niveau européen, on s'est préoccupé du genre en matière d'emploi, de pensions, de budgets, de recherches... et par voie de conséquence, cela a percolé dans les pays qui ont dû s'en préoccuper également. Au départ, ça a été un peu la panique, on venait chercher dans les universités des grilles de lecture pour répondre à ces exigences. Aujourd'hui on ne peut plus rentrer un contrat de recherche européen (les fameux financements ERC) sans se préoccuper de la question du genre...



*“Quand j’ai voulu proposer un cours sur l’histoire des femmes, il y a vingt ans, j’avais été plutôt mal reçue, mais un cursus sur l’histoire du genre, c’était OK.”*

— Valérie Piette

**Q.S.** *Au-delà des relations hommes-femmes, la notion de genre recouvre-t-elle un champ plus large ?*

**V.P.** Il s’agit quand on aborde le genre d’évoquer la question de la construction sociale de nos identités sexuées et sexuelles. A un moment donné, la question du genre a été fort associée à la question des transidentités. Si cette thématique spécifique est fascinante car elle questionne nombre de sujets : la santé, les injonctions, ce que nous sommes philosophiquement, sans parler du vécu des personnes transgenres, elle n’est pas la seule concernée. Le genre finalement englobe de nombreux champs d’application : les notions d’orientation sexuelle, de préférence sexuelle, de transidentité ou d’intersexuation sont liées au concept de genre.

Ce qui a contribué au rayonnement de ce concept d’analyse, c’est qu’il peut s’appliquer à toutes les disciplines. C’est claire-

ment une préoccupation transversale. En architecture, on peut s’intéresser à l’emplacement ou à la taille de la cuisine ou de la buanderie. Des questions qui ont d’ailleurs été ravivées avec le Covid, vu le confinement... Il a évidemment impacté la sociologie du travail, mais aussi la géographie, le tourisme, la psychiatrie, la mobilité, l’urbanisme. En matière de santé, les études de genre se sont peu à peu imposées : alors que, pendant des siècles, le référent était l’homme blanc de 50 ans, les choses avancent aujourd’hui en tenant davantage compte des femmes dans les essais cliniques, dans la prévention et dans bien d’autres domaines de la santé. On pourrait aussi se pencher sur la question des guerres par rapport au genre ou encore sur le sport. Les derniers JO ont été à ce titre très exemplatifs : la cérémonie d’ouverture, mais aussi la polémique concernant cette boxeuse algérienne, les diktats sur les corps des gymnastes, la santé mentale... ont été complètement traversés par la notion de genre.

*“Les derniers JO ont été très exemplatifs : la cérémonie d’ouverture, mais aussi la polémique concernant cette boxeuse algérienne, les diktats sur les corps des gymnastes, la santé mentale... ont été complètement traversés par la notion de genre.”*

– Valérie Piette

—  
**Q.S.** *Quelle relation le concept de genre entretient-il avec le monde militant ?*

—  
**V.P.** Il est vrai que le genre, on l’a déjà dit, est un terme un peu fourre-tout. Moi, je pense que c’est une formidable opportunité, mais d’autres féministes militantes estiment que ce terme gomme le mot femme ou féministe, que le genre sert de cache-sexe.

A mon sens, cette préoccupation autour du genre n’aurait pas pu émerger sans les différentes vagues féministes, sans Virginia Wolf et son essai sur « Une chambre à soi » publié en 1929 et qui revendiquait le droit de disposer d’un lieu à soi, avec une porte qui ferme, une serrure, la clef de la serrure... et les moyens pour être autonome et ainsi pouvoir créer, penser, écrire..., sans

Simone de Beauvoir et à sa suite le MLF dans les années 60-70, sans les travaux dans le milieu de la santé aux Etats-Unis, réfléchissant au rôle des femmes dans les soins de santé et plus largement dans le care. On doit beaucoup aux néo-féministes des années 70 qui ont rendu les femmes visibles dans l’histoire, même s’il leur a ensuite été reproché d’être des femmes blanches, bourgeoises, hétérosexuelles, cisgenres, valides. Mais elles ont eu la force de faire bouger les choses, avec les défauts de leur classe sociale et sans doute en invisibilisant d’autres minorités. La question de l’intersectionnalité s’est alors invitée dans le débat, ce qui a décuplé les champs des questionnements et des luttes.

Après un moment de latence, cela explose à nouveau ces dernières années, notamment avec le mouvement #metoo qui met en avant le corps des femmes et aussi la construction du corps de l'homme. La question des violences sexuelles est très présente. Avec les réseaux sociaux, les partages d'expériences et de solidarité, le fait de se rendre compte que l'on n'est pas seul, on peut aussi dire que l'individu devient collectif.

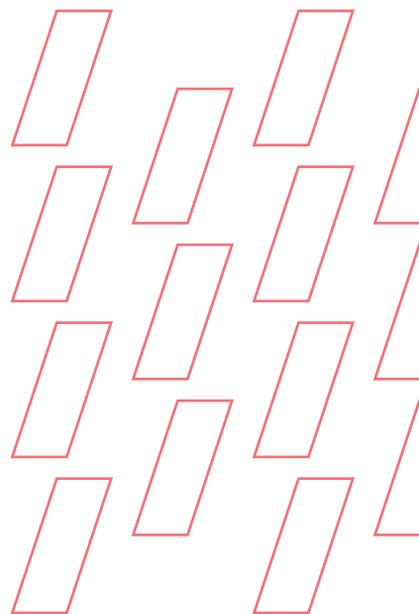
—  
**Q.S.** *Il y a aussi des mouvements qui s'opposent au genre. Comment les appréhendez-vous ?*

—  
**V.P.** Personnellement, c'est en cela que le genre me semble un concept encore plus révolutionnaire. Il questionne les rapports sociaux entre les sexes. Mais surtout il déplace les choses et met en cause le système en place, en mettant à jour la construction sociale. Le genre pose la question du visible et de l'invisible, mais aussi celui de la norme.

D'ailleurs, aujourd'hui, dans les mouvements conservateurs et notamment dans les associations religieuses, on préfère reprendre le mot « femme ou féministe » et éliminer le mot « genre » qui apparaît tout à coup plus dangereux. Il y a aussi des mouvements réactionnaires divers, ce fameux *backlash* avec des réactions

conservatrices et masculinistes face aux progrès des minorités et en particulier ceux des femmes. Il y a des contre-offensives qui datent de la fin des années '90 auxquelles il faut être attentif. Le clergé est lui aussi assez réactionnaire à l'égard de cette notion.

Cette question de l'égalité des sexes faisait déjà peur au Moyen-âge avec la chasse aux sorcières, c'est toujours le cas aujourd'hui...



—  
**Q.S.** *Chez nous, côté francophone, le cursus en matière de genre est assez récent...*

—  
**V.P.** Oui, par rapport aux universités américaines où il y a des chaires entières consacrées à ce thème, on était clairement en retard, même si dans les cursus académiques, ces réflexions étaient de plus en plus présentes et les jeunes générations, de plus en plus demandeuses de réflexions à ce propos.

Côté francophone, c'est un master interuniversitaire regroupant les six universités (cinq aujourd'hui, vu la fusion de l'UCLouvain et des Facultés St-Louis) qui a été créé en 2007 et qui rencontre un beau succès, avec des travailleur·euse·s issu·e·s du monde associatif, des universitaires, des journalistes intéressé·e·s à comprendre ce concept de genre, mais aussi des personnes du monde médical qui s'y intéressent, parfois poussées dans le dos par leur patientèle. Je retrouve d'ancien·ne·s étudiant·e·s sur le terrain, lesquel·le·s valorisent ces acquis. Cela montre clairement l'intérêt de la société pour ce concept.

—  
**Q.S.** *Si la question du genre s'est invitée d'abord dans les recherches et les parcours académiques, elle est de plus en plus présente dans les politiques publiques. Comment est-ce que cette évolution s'est produite ?*

—  
**V.P.** Comme je le disais un peu plus tôt, à cet égard, l'Union européenne a permis bien des avancées à l'égard des politiques publiques et de la prise en compte du genre. Il a d'ailleurs fallu former dare-dare des fonctionnaires dans les administrations au *gendermainstreaming*<sup>1</sup>.

Des politiques publiques peuvent paraître égalitaires mais en fait ne le sont pas. En matière d'urbanisme, par exemple, on le voit avec le manque d'accessibilité et de sécurité des rues, qui met clairement les femmes en difficulté. La question de l'éclairage public est intéressante à ce point de vue. La question de la mobilité également. Le genre peut transformer une société, mais on est encore loin du compte... On manque d'ailleurs de baromètres, de statistiques. On a caché les choses ou en tout cas on n'a pas pensé à les mettre en lumière.

—  
<sup>1</sup> Soit une approche structurelle qui s'applique à toutes les phases du cycle politique (préparation, décision, mise en œuvre, évaluation) afin d'incorporer la perspective de l'égalité entre les femmes et les hommes dans la société et la dimension de genre dans le contenu des politiques publiques

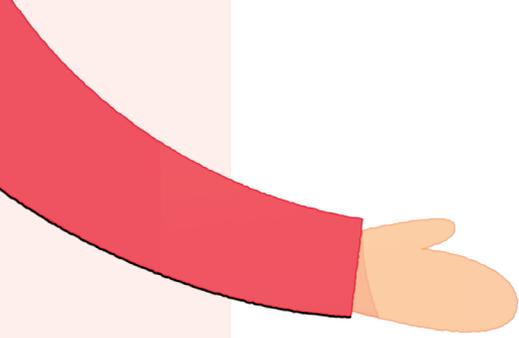


Néanmoins on voit que la question s'in- vite de plus en plus dans les politiques publiques. Au niveau du cadre politique et administratif, il y a aujourd'hui du personnel formé, des cellules ad hoc, bref une prise en compte de la question du genre aux différents niveaux de pouvoir. Quant à la question de savoir s'il faut créer des structures pour accueillir des publics avec des profils spécifiques, je pense que l'accueil de ces minorités est important, tout comme l'existence de lieux de non-mixité (même si, en soi, je ne suis pas pour). Dans un monde idéal, il faudrait un accueil inconditionnel, partout, mais ce n'est pas le cas aujourd'hui. Donc des structures spécifiques restent nécessaires.

– **Propos recueillis par N. Cobbaut**

### *Pour aller plus loin...*

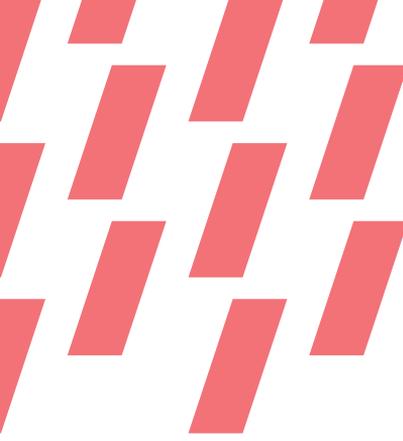
- Valérie Piette, Genre, vous avez dit genre ? Tiens, comme c'est généré..., In : Espaces de libertés, Novembre 2014 (<https://urlz.fr/t5Ef>).
- V. Piette et al., Habemus gender ! Déconstruction d'une riposte religieuse, Ouvrage collectif, Revue Sextant, Editions de l'Université de Bruxelles, 2015.
- V. Piette et al., Witches. Histoire de sorcières, Ouvrage collectif, Editions de l'Université de Bruxelles, 2021.
- V. Piette, #Balancetonporc : dire, c'est déjà agir (opinion), in : Le Vif, 17/10/17 (<https://urlz.fr/t5Ep>).
- V. Piette, On ne peut plus rien dire, in : La Revue Nouvelle, mai 2023.



ARTICLE

# *Les CPVS, pour une prise en charge plurielle des violences sexuelles*

D'après une étude de 2024 portant sur les violences liées au genre en Belgique<sup>2</sup>, le taux de victimation<sup>3</sup> pour les hommes et les femmes est significativement différent et bien plus élevé pour ces dernières. 11,5% pour les femmes contre 1,8% des hommes. L'addition est d'autant plus salée pour certaines victimes, comme les femmes ou les personnes LGBTQIA+, que l'accueil réservé dans certains commissariats peut constituer une double peine. Depuis la Convention d'Istanbul, la Belgique a créé les CPVS, un dispositif qui allie hôpital, police et justice et qui a pour but de permettre à toutes les victimes, sans distinction, d'être prises en charge dans le respect de leur volonté.



CPVS pour Centre de prise en charge des violences sexuelles. Un dispositif dont les prémices remontent à 2017, avec la mise en place d'un projet-pilote comprenant trois structures à Gand, Liège et Bruxelles. Depuis, de l'eau a coulé sous les ponts puisqu'une loi a été votée en toute fin de législature (avril 2024) qui établit désormais les CPVS de manière permanente et structurelle<sup>4</sup>. Ils seront désormais au nombre de treize (dix déjà en activité, trois encore à créer) sur le territoire belge, avec un financement pérenne.

Comme l'explique Sarah Moyses, attachée à l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH) lequel assure la coordination du fonctionnement des CPVS, « ce dispositif prend ses racines dans la Convention du Conseil de l'Europe de 2011

*sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, dite Convention d'Istanbul. Elle comprend un article 25 qui demande aux Etats signataires de prendre des mesures pour "la mise en place de centres d'aide d'urgence pour les victimes de viols et de violences sexuelles, appropriés, facilement accessibles et en nombre suffisant". En ratifiant la Convention d'Istanbul en 2016, la Belgique s'est donc engagée à mettre en place un tel dispositif. Dans le cadre de l'étude de faisabilité réalisée par l'Université de Gand, des structures ont été visitées dans des pays voisins et, notamment en France, la Maison des femmes de Seine-Saint-Denis et son Centre d'orientation, de recherche et d'assistance légale face aux infractions sexuelles (unité Coralys)<sup>5</sup>. »*

<sup>2</sup> Chloé Janssen, Frédéric Vessentini, Enquête EU-GBV 2021-2022, Ibsa, Statistiek Vlaanderen, Iweps, 2024. Pour consulter cette recherche : <https://urlz.fr/15Ez>

<sup>3</sup> Les enquêtes de victimation sont celles qui cherchent à recenser le nombre de personnes subissant différentes violences, telles que des vols, des injures, des viols..., ce qui permet d'établir des taux de victimation qui fournissent une évaluation de la fréquence des principales atteintes aux personnes ou aux biens

<sup>4</sup> <https://urlz.fr/15EL>

<sup>5</sup> <https://urlz.fr/15EP>



*“Tout est à la carte, tout est dans les mains des victimes. On leur a déjà confisqué leur consentement avec la violence sexuelle, on le leur restitue pour toutes les démarches qui les concernent.”*

— Melissa Passau

## Une prise en charge globale et multidisciplinaire

Le CPVS de l'hôpital Saint-Pierre, situé à Bruxelles-ville, est l'une des trois structures pionnières, installées en octobre 2017. Melissa Passau, sage-femme, en assure la coordination. Selon elle, « avant les CPVS, la Belgique n'était pas forcément une très bonne élève en la matière : à part le set d'agression sexuelle utilisé pour le recueil des preuves, il n'y avait pas grand-chose. Le parcours pouvait être très lourd, du commissariat à l'hôpital ou l'inverse, et parfois avec des allers-retours. Avec les CPVS, l'idée a été de rassembler dans un même lieu, accessible 7 jours sur 7, 24h sur 24 et dans une même temporalité, tous les intervenants relevant des soins médicaux, des soins médico-légaux pour le recueil des preuves, et du dépôt de plainte.

*Autre caractéristique des CPVS : le fait qu'il n'y ait que du personnel qualifié pour cette prise en charge. L'infirmier-ière-légiste accueille la personne et s'occupe des blessures, examine et traite les lésions, en réfère à un médecin si nécessaire, effectue aussi l'examen médico-légal, de manière plus souple que ce que prévoyait le set d'agression sexuelle. Une prévention des IST et des grossesses est mise en œuvre dans ce cadre. L'infirmier-ière légiste prodigue aussi une écoute attentive, prolongée, si la victime le souhaite, par la prise en charge par un-e psychologue du CPVS, pendant une période de trois à six mois. Un suivi médical est proposé après le premier passage, mais il y a aussi des appels réguliers afin de prendre des nouvelles des victimes,*



*pour voir aussi si elles ont retenu les informations car, sur le moment, elles sont souvent en état de choc, le cas échéant alcoolisées ou sous effets. Enfin, un dépôt de plainte peut être effectué au CPVS si la personne le souhaite, laquelle sera auditionnée, directement ou dans les sept jours, par un·e inspecteur·trice des mœurs spécialement formé·e. Enfin, même s'il n'y a pas de dépôt de plainte immédiat, il peut être procédé à un examen médico-légal, avec la préservation des traces pendant six mois, au cours desquels la personne peut se raviser et décider de porter l'affaire en justice.*

*Tout est à la carte, tout est dans les mains des victimes. On leur a déjà confisqué leur consentement avec la violence sexuelle, on le leur restitue pour toutes les démarches qui les concernent. »*

## **Des policiers formés**

Au CPVS de Bruxelles, des accords de collaboration ont été passés entre le CHU Saint-Pierre, la zone de police Bruxelles-Capitale-Ixelles (PolBru) et le parquet de Bruxelles.

Comme l'explique Kim Gielen, inspectrice de police et coordinatrice CPVS pour PolBru, « *Les inspecteurs·trices de police mœurs qui prennent les plaintes au CPVS sont sélectionné·e-s et formé·e-s. Les candidat·e-s doivent d'abord remplir un questionnaire sur leurs croyances et attitudes en matière de violences sexuelles (flexibilité cognitive, sexisme ambivalent, adhésion aux mythes modernes sur les agressions sexuelles et sur la violence domestique...).* Un outil digital nous aide à évaluer leurs réponses. Avec l'accord de leur hiérarchie, les candidat·e-s passent ensuite un entretien oral avec une commission de sélection. Cet entretien consiste en des mises en situations et des questions sur leurs motivations et connaissances. Une fois sélectionné·e-s, ils/elles suivent une formation de deux semaines qui porte sur

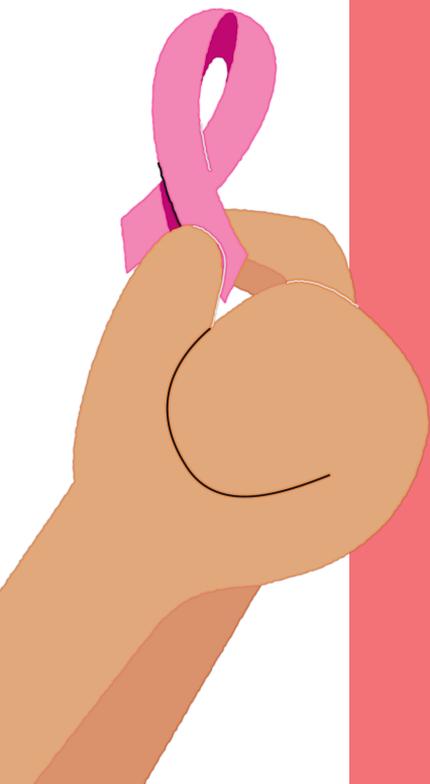
## Qui consulte les CPVS ?

Au CPVS de Bruxelles, ce sont 89% de femmes qui sont concernées, 10% d'hommes et 1% de personnes transgenres et parmi ces catégories, 20% de mineurs. La nature des agressions est très diverse, de l'atteinte à l'intégrité sexuelle (ex. un attouchement déplacé) aux violences sexuelles aggravées. Pour les enfants, on rencontre surtout des violences au sein des familles, dans les écoles, dans les centres sportifs ou de loisirs. Chez les adolescent-e-s, également des situations intrafamiliales, mais aussi avec des proches, des copains.

Dans huit cas sur dix, la personne qui agresse est connue de la victime. Dans un cas sur dix, l'agresseur n'est pas connu ou depuis moins de deux heures et pour le cas sur dix restant, il s'agit d'une connaissance récente.

Parmi les victimes, 40% d'entre elles portent plainte : parmi elles 63% avaient déjà décidé de porter plainte avant leur arrivée au CPVS, 21% de décisions ont été prises dans les locaux et 16% de plaintes sont déposées dans les six mois après le passage au CPVS.

En termes de chiffres, le nombre d'accueils n'a pas cessé d'augmenter depuis l'ouverture du CPVS de Bruxelles. En 2024, il devrait atteindre les 1.200 nouveaux cas. En mai 2024, 4.240 victimes avaient été accueillies depuis l'ouverture en 2017. Il s'agit du plus gros CPVS de Belgique. Mais cette progression des prises en charge vaut pour tous les CPVS.





*les aspects légaux, l'intervention dans la pratique, les conséquences psychologiques et le traumatisme, la multidisciplinarité avec le parquet et l'hôpital, la constitution du dossier, les caractéristiques des groupes particulièrement vulnérables et les techniques d'audition. Durant la deuxième semaine de la formation, les candidat-e-s participent à des jeux de rôles où ils/elles doivent auditionner des "victimes"<sup>6</sup> dans différentes situations.»*

Une fois formé.es, les inspecteurs·trices de police mœurs effectuent les dépôts de plainte, a priori dans des locaux d'audition du CPVS. Ces dépôts de plainte sont vidéo-filmés pour éviter les répétitions de témoignages. Kim Gielen précise aussi la collaboration des zones de police avec le parquet de Bruxelles pour les enquêtes liées aux plaintes.

---

<sup>6</sup> Des acteurs et actrices qui jouent le rôle de victimes

## Une justice appropriée ?

Après la première évaluation des CPVS qui a eu lieu en 2019<sup>7</sup>, il a entre autres été relevé par les victimes qu'elles manquaient d'informations sur les suites données à leurs plaintes. C'est pourquoi l'intervention des maisons de justice a été sollicitée afin que les victimes soient davantage tenues au courant des suites de l'enquête. Pour autant, le lien entre les victimes et les représentants de la justice reste un point d'attention à creuser car les temporalités des uns et des autres sont bien différentes et les enquêtes sont essentiellement tournées vers la recherche de l'auteur et non la prise en compte de la victime.

Pour Sarah Moyses (IEFH), « avec le nouveau Code pénal sexuel, la victime ne doit plus prouver qu'elle a refusé le rapport sexuel incriminé ou qu'elle y a été contrainte. Cela change considérable-

ment la donne. Mais ce type de dossier débouche encore bien souvent sur un classement sans suite car il n'est pas évident d'apporter des preuves suffisantes pour confondre l'auteur. Avec l'accueil dans les CPVS, la prise au sérieux de la parole de la victime par tous les acteurs présents peut déjà faire office de réparation, même si la phase judiciaire est importante.

— N. Cobbaut

### Pour aller plus loin...

Consultez le site des CPVS : <https://cpvs.belgium.be/fr>, et celui de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH) : <https://igvm-iefh.belgium.be/fr>.

<sup>7</sup> IEFH, Première évaluation des CPVS, 2020, téléchargeable sur le site de l'IEFH : <https://urlz.fr/15F7>



ARTICLE

# *Le Refuge Bruxelles accueille les jeunes LGBTQIA+ en rupture*

Depuis 2018, Le Refuge Bruxelles permet aux jeunes LGBTQIA+ de 18 à 25 ans de se poser quelques semaines, voire quelques mois, après avoir subi le rejet de leur famille ou de leur entourage en raison de leur orientation sexuelle et/ou leur identité de genre. Une structure d'hébergement spécifique pour un accompagnement adapté qui tient compte des difficultés rencontrées par ces jeunes.



La Belgique est considérée comme exemplaire en matière de droits LGBTQIA+, avec des réformes comme la loi en faveur du mariage et de l'adoption pour les couples de personnes de même genre, la loi anti-discrimination, celle relative à la procréation médicalement assistée pour tou-te-s ou qui établit les droits des personnes transgenres. Il n'en reste pas moins que les réalités vécues par les personnes LGBTQIA+ ne sont pas toujours en adéquation avec ces avancées législatives, d'où la nécessité de mener des politiques ciblées pour contrer les violences toujours actives à l'égard de ce public.

Dans une société qui reste avant tout hétéronormée et dont les citoyen-ne-s adoptent encore bien souvent des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes qui s'écartent de cette norme, il convient de tenir compte de ces réalités dans les politiques publiques et d'adopter des plans concrets pour faire évoluer les mentalités.

## Des plans inclusifs pour tout le pays

Au niveau fédéral, le troisième plan d'action « Pour une Belgique LGBTQIA+ friendly » a été adopté pour la période 2021-2024, avec cinq axes stratégiques : mieux connaître les conditions de vie des personnes LGBTQIA+ ; mieux former les fonctionnaires qui élaborent les politiques publiques et communiquer vers le grand public par le biais de campagnes de sensibilisation ; mener une stratégie incluant les personnes LGBTQIA+, en étant attentif aux groupes les plus vulnérables ; améliorer le bien-être de la communauté en matière de soins de santé et sur les lieux de travail ; renforcer la sécurité des personnes LGBTQIA+. Le plan comprend des objectifs opérationnels et des actions spécifiques. (<https://urlz.fr/t5Fd>).

*“LGBTQIA+. Un acronyme de plus en plus utilisé, mais qui n’est peut-être pas si bien assimilé que cela.*

*Pour rappel, il recouvre les termes suivants: L pour Lesbienne, G pour Gay, B pour Bisexuel·le, T pour Transgenre, Q pour Queers, I pour Intersexué·e, A pour Asexuel·le, Aromantique, Agenre et le +, pour inclure d’autres formes d’orientations sexuelles et affectives ou d’expressions ou identités de genre. Un petit détour formel mais qui n’est pas inutile.”*

Sur le plan des entités fédérées, les Régions wallonne et de Bruxelles-Capitale disposent aussi de plans d’inclusion des personnes LGBTQIA+ (<https://urlz.fr/t5Fv>; <https://urlz.fr/t5Fh>).

Les communes ont également la possibilité d’adopter ce type de plans et de mesures : c’est par exemple le cas de la Ville de Bruxelles, avec son plan 23-24 (<https://urls.fr/VsACOD>).

## **Un lieu safe**

L’objectif est donc de rendre les droits de ces minorités effectifs et ce, notamment en mettant sur pied des structures d’accueil ad hoc. C’est le cas du Refuge Bruxelles, une structure d’hébergement d’urgence et d’accompagnement pour des jeunes LGBTQIA+ de 18 à 25 ans en situation d’exclusion et/ou de violence familiales en raison de leur orientation sexuelle et/ou de leur identité de genre.



S'il existe des maisons d'accueil pour hommes, pour femmes ou encore pour les familles, il s'agit de structures généralistes qui n'ont pas forcément l'expérience de ce public spécifique. Selon Nina Parmentier, assistante sociale et référente psychosociale depuis deux ans au Refuge, « les personnes LGBTQIA+ n'y sont pas toujours bien reçues par les autres usagers, voire par le personnel qui ne comprend pas leur situation et peut avoir des attitudes blessantes, volontairement ou non. C'est par exemple le cas en mégenrant une personne (NDLR en la désignant par un genre dans lequel elle ne se reconnaît pas) ou en utilisant un *dead name*, dans le cas d'une personne transgenre (NDLR le prénom assigné à la naissance et indiqué à l'état civil, alors que la personne l'a abandonné pour se choisir un prénom

qui correspond mieux à son identité de genre). *Ce sont des expériences vécues qui augurent mal de l'accueil général qui leur est réservé. C'est encore plus flagrant chez les demandeurs d'asile transgenres et gays, pour lesquels les problèmes d'intégration dans les centres Fedasil sont plus tangibles encore.* »

## Un accompagnement adapté

Dans un premier temps, les jeunes étaient accueillis dans des appartements disséminés dans la Région bruxelloise. Depuis février 2024, la maison d'accueil Alan Turing (du nom de ce mathématicien britannique, héros de la seconde guerre mondiale, ensuite contraint de subir une castration chimique à cause de son homosexualité, ce

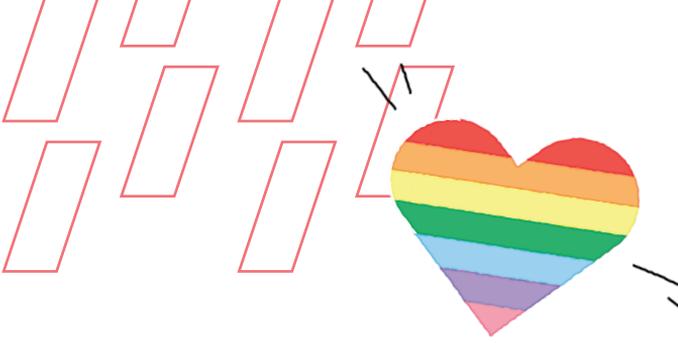


qui le mena au suicide) accueille 14 jeunes LGBTQIA+ qui vivent en communauté. Par ailleurs, le CADAL, premier et seul centre destiné aux demandeurs d'asile LGBTQIA+, accueille également 14 jeunes depuis décembre 2021.

Comme l'explique Nina Parmentier, « Certains jeunes anticipent leur départ et nous contactent avant de quitter le foyer familial. Parfois même c'est un véritable travail en réseau qui se met en place à cette occasion, avec l'école, le PMS, une association de terrain. Pour d'autres, les choses ont été plus brutales, ils ont été mis à la porte et ont déjà vécu des situations d'errance. Quand ils arrivent ici, ils sont souvent perdus. Ils ont aussi des tas de choses à régler : sur le plan administratif, avec la police ou la

justice, en termes d'inscription scolaire ou pour obtenir un revenu d'intégration sociale ou un emploi. On les accompagne dans ces démarches. A priori leur séjour ici est de trois à six mois, ensuite ils cherchent un logement. Mais trouver un toit à Bruxelles devient vraiment difficile et de plus en plus d'agences immobilières sociales n'ont plus de logements à proposer.

On a aussi des contacts avec des services de santé mentale ou des psychologues, s'ils ont besoin d'une aide sur ce plan. Ces jeunes ont subi des violences, parfois physiques, souvent psychologiques. Et même s'il n'y a pas eu de coming out, les familles les ont parfois forcés à suivre une thérapie de conversion, parce qu'elles considéraient leur enfant bizarre ou inadapté. »



## Vers l'autonomie

Si un suivi en post-hébergement est assuré pendant encore une année après la sortie, les jeunes reviennent selon leurs besoins : *« Certains, on ne les voit plus beaucoup, d'autres reviennent régulièrement avec des demandes, des problèmes de dettes ou de logement. D'autres encore reviennent beaucoup plus tard pour remercier. On a parfois aussi des contacts avec les parents. Si notre action est avant tout d'aider et d'accompagner le jeune, on peut aussi jouer un rôle auprès des parents en essayant de dialoguer, de leur ouvrir les yeux sur la situation de leur enfant. Il est arrivé aussi qu'une maman vienne installer son fils dans la maison d'accueil : c'est le père qui réagissait très négativement et qui avait mené au départ du jeune. Mais la maison d'accueil doit rester avant tout un lieu sécurisé pour les jeunes. »*

Si les pouvoirs publics s'intéressent aux réalités de ces jeunes LGBTQIA+ et soutiennent des lieux d'accueil adaptés, avec une subvention spécifique de la Cocom et de la Région bruxelloise, d'autres structures d'accueil s'interrogent sur la nécessité de cette spécialisation qui crée une concurrence entre établissements selon les profils des personnes accueillies<sup>8</sup>. Pour autant, ce sont plus de 400 jeunes qui ont ainsi été hébergés depuis 2018 au Refuge Bruxelles, lequel ne peut répondre à toutes les demandes, trop nombreuses. Un besoin réel pour ces jeunes qui ont besoin de se (re) construire.

— N. Cobbaut

<sup>8</sup> Martine Vandemeulebroucke, Des refuges pour jeunes LGBT : une priorité ?, Alter Echos n°507, décembre 2022 - <https://urlz.fr/t5FQ>

### Pour aller plus loin...

- <https://www.refugeopvanghuis.be/>.
- Voir le sujet sur BX1 sur l'inauguration de la maison Alan Turing, à Ixelles : <https://urlz.fr/t5G0>.
- Des lieux d'hébergement pour jeunes en danger issus de la communauté LGBTQIA+ existent aussi en Wallonie : le Refuge Arc-en-ciel à Charleroi (<https://urlz.fr/t5Ge>) et le Refuge Ihsane Jarfi à Liège (<https://urlz.fr/t5GI>).

ARTICLE

# *Les besoins des familles monoparentales wallonnes, pris en compte et visibilisés*

Au 1<sup>er</sup> janvier 2024, 200.025 familles wallonnes étaient considérées comme monoparentales, soit la situation de ceux et celles qui assument essentiellement seul-e-s l'hébergement et l'éducation de leur-s enfant-s. Cela représente 12,25% des ménages privés wallons. Parmi ces ménages, 83% des parents solos sont des femmes. Or l'équation Genre + Monoparentalité = augmentation du risque de Précarité est de rigueur. Les inégalités de genre sont en effet décuplées en situation de monoparentalité. Un dispositif expérimental a été mis sur pied en Région wallonne. Le but ? Impulser des actions adaptées aux besoins et aux réalités de ces familles wallonnes et réduire les inégalités sociales qui les frappent.



« Relais Familles Mono », tel est le nom du dispositif qui a été mis en place en Région wallonne dans le cadre du Plan de relance de la Wallonie adopté en octobre 2021. Il s'agit d'un projet-pilote qui a débuté en janvier 2022 et basé sur le travail social communautaire. L'objectif ? Aider et soutenir les familles monoparentales wallonnes et faire remonter les préoccupations que rencontrent ces ménages sur le terrain vers les politiques. Un budget de deux millions d'euros annuels est consacré à ce dispositif expérimental.

Comme l'explique Lotte Damhuis, coordinatrice de la cellule Recherche/Action de la FDSS (Fédération des services sociaux) qui encadre le dispositif « Relais Familles Mono », « Cette expérience-pilote se base sur l'engagement de 19 travailleur-euse-points-relais (TPR), implanté-e-s au sein de différents centres de service social, mutualistes et associatifs dans toute la Wallonie. Les premiers mois ont été consacrés à la prise de contact et la constitution d'un maillage avec les acteurs locaux pour ensuite proposer des activités aux familles. Pour

*aider ces travailleurs sociaux dans l'exercice de leurs missions et documenter les problèmes spécifiques de ces ménages, un centre d'appui, composé d'une sociologue, d'un juriste et d'un psychologue, a été constitué. Ensuite, dès le printemps 2023, des activités multiples ont commencé à être proposées à ces familles, certaines ponctuelles, d'autres récurrentes, dans toutes sortes de champs de préoccupations, que ce soit en matière de droits, de gestion du budget, d'alimentation mais aussi de loisirs et de détente, ainsi que des groupes de parole pour permettre à ces parents solos de partager et d'échanger leurs expériences. Certaines provinces ont été plus rapides que d'autres, mais aujourd'hui toute la Wallonie est couverte, même si le tissu associatif plus dense dans certaines parties du territoire a facilité les collaborations et la mise en place de projets. »*

## **Créer de la solidarité**

A Namur, ce sont quatre TPR qui couvrent la province, avec comme points d'attache Dinant, Namur-centre, le grand Namur et Philippeville. Ils dépendent soit des centres de service social de mutuelles (Solidaris et Mutualité chrétienne), soit du centre de service social de Namur (CSSN), une association de première ligne qui propose un accompagnement psychosocial généraliste. Alice Maladry, travailleuse TPR au CSSN, met en exergue la mise en route du projet, qui n'a pas été évidente car « on partait d'une page blanche. Nous avons besoin d'un cadre : "Que peut-on proposer ?", "Que peut-on dépenser", "A quoi?", "Comment?". Il fallait aussi créer une identité visuelle et entrer en contact avec des partenaires potentiels. Ensuite un des enjeux a été de mobiliser le public concerné. Il y avait une certaine appréhension à l'égard des activités proposées, à propos de leur gratuité



***“Le retour des familles participantes est très positif. Il y a une vraie reconnaissance de leur part de voir que leur situation est prise en compte. Cela crée également de la solidarité entre elles: elles se voient en dehors des activités, partagent leurs expériences. Elles développent certaines formes de militance, voire d’engagement politique.”***

alors qu’a priori, ailleurs, c’est plutôt payant. Il y avait aussi un certain marquage du fait que certaines activités étaient proposées par des mutuelles. Était-ce dès lors ouvert à tous ? Un certain nombre d’interrogations persistaient dans le public. Le fait d’avoir vraiment travaillé sur la communication et d’avoir créé des pages Facebook reprenant les activités, ainsi que nos coordonnées a vraiment aidé à faire connaître le projet.

Parmi les exemples d’activités organisées, on peut citer un atelier sur la « sensibilisation aux dangers des réseaux sociaux », un autre ayant pour vocation de favoriser « le lâcher prise » ou encore celui consacré à la fabrication de ses propres produits

de beauté bio. Autres activités qui remportent un franc succès : celles proposées par l’asbl Les Débrouillardes qui organise des ateliers manuels avec des formateurs en menuiserie, en carrelage, en forages et fixations. Comme le souligne Alice Maladry, « les mamans sont vraiment preneuses car ça leur permet d’être autonomes, d’améliorer leur estime d’elles-mêmes et de ne pas dépendre de corps de métiers, généralement masculins, pour ce qui est des petits travaux à la maison. Nous avons aussi pour point d’attention de proposer des ateliers sur la gestion du budget. Des consultations juridiques individuelles sont également organisées avec le juriste du Centre d’appui. »



Le retour des familles participantes est très positif. Il y a une vraie reconnaissance de leur part de voir leur situation prise en compte. Cela crée également de la solidarité entre elles : elles se voient en dehors des activités, partagent leurs expériences. Elles développent certaines formes de militance, voire d'engagement politique. Elles revendiquent aussi plus d'accès aux droits, notamment en matière de logement. Un écueil à relever consiste sans doute dans le fait de ne pas avoir réussi à impliquer suffisamment les familles les plus éloignées de leurs droits : selon Alice Maladry, « *certes on touche des familles monoparentales qui rencontrent des difficultés organisationnelles et financières, mais ce ne sont peut-être pas celles qui sont le plus défavorisées, socialement parlant. Ces dernières sont trop le nez dans le guidon, avec tellement de choses à penser, tellement de mal qu'elles n'ont pas de disponibilité mentale et matérielle pour participer à ce type d'activités.* »

## Des leviers d'action

Au-delà de l'accompagnement et du soutien à ces familles, le dispositif expérimental a aussi pour mission de réaliser une observation sociale de la problématique afin de pouvoir faire relais de ce qui est vécu par les parents solos auprès des autorités et décideurs politiques. Pour cela, un travail de collationnement a été réalisé selon la méthode d'analyse en groupe, auquel une cinquantaine de mamans solos ont participé en livrant leurs récits de vie. Le but : relever les points d'attention et les enjeux de la situation de monoparentalité.

Comme le souligne Lotte Damhuis, « *les familles monoparentales, constituées essentiellement de mamans et d'enfants, cumulent pas mal de problématiques. Déjà les femmes seules avec enfants sont moins bien considérées qu'un homme seul dans la même situation qui, lui, suscite de la compassion. Qui plus est, les mamans solos subissent les discriminations toujours bien présentes pour les femmes dans notre*

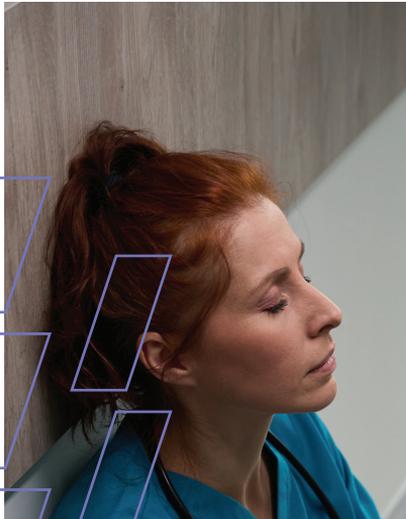
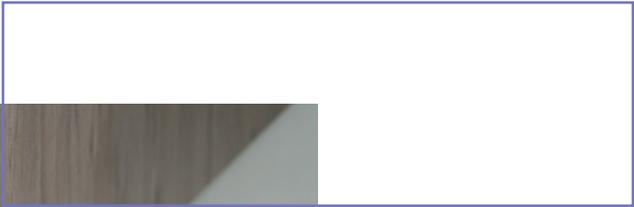
*société, notamment sur le marché de l'emploi, avec plus d'emplois précaires, des inégalités salariales, le manque de crèches pour faire garder les enfants... La situation financière de ces femmes est encore aggravée par le fait que le père ne verse pas forcément les contributions alimentaires. Un quart de ces familles vit sous le seuil de la pauvreté. La charge mentale et logistique, déjà portée largement par les femmes dans les couples unis, est décuplée quand il y a une garde exclusive des enfants. A cela viennent s'ajouter des problèmes de logement très criants, également de violences conjugales antérieures ou encore de difficultés à être entendues en justice, auprès des administrations et des institutions en général. »*

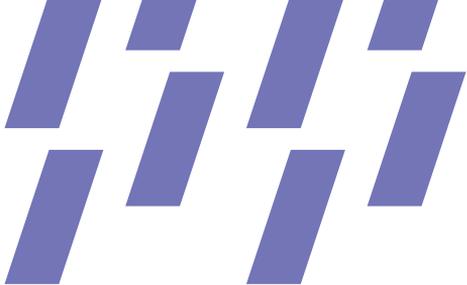
D'où l'importance d'aller vers ces familles monoparentales, de les aider à faire valoir leurs droits, de leur permettre de sortir de leur isolement et de donner d'elles un tableau réel et objectif afin d'aider à monitorer leur situation. A voir si le dispositif sera reconduit par la nouvelle majorité régionale, après 2025... Une interrogation qui aura sans doute trouvé réponse au moment de la publication de ces lignes.

– N. Cobbaut

### *Pour aller plus loin...*

- A propos du dispositif wallon « Relais Familles Mono » : <https://urlz.fr/m4ph> .  
A consulter : un site d'informations pour les familles monoparentales wallonnes - <https://famillemono.be/home.html>
- Sur la situation des familles monoparentales en Région bruxelloise et les lieux d'aide également organisés à Bruxelles : <https://parentsolo.brussels>.
- Voir aussi le numéro 107 de la Revue L'observatoire : « Monoparentalité : une situation qui réclame attention », <https://urlz.fr/t5Hp>
- Sur la page web de l'ONE : Parent solo ? Vous n'êtes pas seul ! - <https://urlz.fr/t5HA>





# La santé sous le prisme du genre : entre réflexion... et lente progression



02

44

INTERVIEW

LE GENRE SOUS  
LE STÉTHOSCOPE  
DE LA MÉDECINE

54

QUELLE PLACE POUR  
DES FEMMES (EX-)  
CONSOUMMATRICES DANS  
LES STRUCTURES DU  
SECTEUR ASSUÉTUDES ?

62

AMÉLIORER L'ACCÈS  
AUX SOINS DES  
PUBLICS LGBTQIA+

70

FIBROMYALGIE,  
ENDOMÉTRIOSE...  
OU QUAND LA  
DOULEUR DES FEMMES  
N'EST QUE « PAROLES,  
PAROLES »... ?



**I N T R O**

« Les déterminants de la santé constituent un ensemble de facteurs (individuels, sociaux, économiques, environnementaux) qui exercent une influence significative sur la santé, tant individuelle que collective, des populations. Ces déterminants ne fonctionnent pas de manière isolée ; ils sont interconnectés, interdépendants et interagissent entre eux de manière complexe. Par ailleurs, ces déterminants exercent une influence significative sur les inégalités sociales de santé, en maintenant les disparités déjà existantes, voire en les accentuant/aggravant »<sup>9</sup>.

A ces facteurs s'ajoute celui du genre, qui impacte « tout autant la situation sociale, les conditions et les parcours de vie, et les comportements en matière de santé qui influencent ensemble la santé. Or, il n'est pas rare que le genre soit encore considéré comme un facteur de second plan, voire d'omettre totalement son influence sur la santé. Exclure ou réduire le genre à un facteur biologique entrave la mise en place d'interventions spécifiques visant la réduction des inégalités de santé au nom du principe de justice sociale<sup>10</sup> ».

Une prise de conscience de cette réalité pousse de plus en plus de professionnel.le.s de la santé et des soignant.e.s à se pencher sur la question en vue d'améliorer leurs pratiques. En Suisse, l'Université de Lausanne a développé un projet d'intégration du genre dans le cursus des étudiant.e.s en médecine. La Docteure Joëlle Schwarz et la Professeure Carole Clair en expliquent les grandes lignes à Question Santé, tout en mettant en exergue ce que la question du genre soulève comme interrogations dans l'enseignement et dans la prise en charge des patient.e.s. Comment la question est-elle abordée en-dehors du cadre hospitalier ? Chez Transit, une association qui travaille avec des usager.e.s de drogues a commencé à s'interroger sur le peu de femmes accueillies en ses murs. La Passerelle, une maison médicale LGBTQIA+ inclusive établie au centre de Liège, fait part de son expérience dans le second article de ce chapitre. Le troisième et dernier article s'intéresse à la parole des femmes sur la douleur. Une parole qui reste peu entendue et une réalité particulièrement difficile à vivre pour les patient.e.s souffrant de la fibromyalgie ou de l'endométriose.

**ANOUTCHA LUALABA LEKEDE**

<sup>9</sup> Définition de Dominique Doumont, chargée de projet et coordinatrice de RESO - Service Universitaire de Promotion de la Santé, sur : <https://urlz.fr/15HM>

<sup>10</sup> Joëlle Schwarz, Dr Mathieu Arminjon, Pre Elisabeth Zemp Stutz, Dre Sonja Merten, Pr Patrick Bodenmann et Dre Carole Clair, « Déterminants sociaux de la santé en Suisse » - comment le genre s'est perdu en chemin », Rev Med Suisse, 2019, p. 485.

INTERVIEW

# Le genre sous le stéthoscope de la médecine

De nombreuses études, publiées dans des revues scientifiques internationales, ont démontré l'importance de prendre en compte la dimension du genre afin d'améliorer la qualité des soins et d'éviter des disparités en santé liées au genre. Les Nations Unies, l'OMS et le Conseil de l'Europe ont fait de la stratégie « *gender mainstreaming* » une priorité en vue de diminuer les inégalités entre hommes et femmes, notamment en termes de santé<sup>11</sup>. Depuis une quinzaine d'années, l'École de médecine de Lausanne développe un projet d'intégration du genre dans le cursus prégradué<sup>12</sup>. Entretien avec la Professeure Carole Clair et la Docteure Joëlle Schwarz, de l'Unité santé et genre d'Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, à l'Université de Lausanne.

## QUESTION SANTÉ

**Comment l'Unité santé et genre en est-elle venue à être créée et à bénéficier d'un mandat de l'École de médecine de l'Université de Lausanne ?**

### CAROLE CLAIR

La prise en compte du genre est essentielle pour améliorer la qualité des soins, tant des femmes que des hommes. Il est aussi important qu'elle soit basée sur les preuves scientifiques non biaisées. A cet égard, le

transfert des connaissances est important et doit se faire à plusieurs niveaux, partant de la production de la connaissance pour aller vers son application et son intégration dans la pratique clinique. Rattachée à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne, l'Unité santé et genre (Unisanté) a vu le jour en 2019. Parallèlement, un poste de professeure en médecine et genre a été créé, poste que j'occupe depuis 2019. Avec Joëlle Schwarz,

<sup>11</sup> Dr Carole Clair, Pr Jacques Cornuz, Pr Pierre-Alexandre Bart et Joëlle Schwarz, *Médecine et genre : quels enjeux pour la pratique ?*, Rev Med Suisse, 2018, p.1953.

<sup>12</sup> Dre Alexina Legros Lefevre, Dre Virginie Schlüter et Pre Carole Claire, *Intégrer le genre dans l'enseignement médical prégradué : actualités et perspectives pédagogiques*, Rev Med Suisse, 2021, p. 1251.



*Joëlle Schwarz  
et Carole Clair*

sociologue et épidémiologue qui co-dirige cette unité, l'idée était vraiment de créer une unité bicéphale parce que si les questions de genre en santé relèvent de la médecine et de la biologie, elles relèvent aussi énormément des sciences sociales. Ces questions doivent être traitées de façon multidisciplinaire.

Une de nos missions est d'essayer d'intégrer les questions du genre dans l'enseignement des futur-e-s médecins. Le genre teinte en effet la pratique clinique à de multiples niveaux. Ceci se voit par exemple dans l'apprentissage et la transmission des connaissances médicales, actuellement encore fortement empreintes d'androcentrisme et découlant d'études scientifiques incluant majoritairement des sujets masculins.

## — JOËLLE SCHWARZ

Petit à petit, nous avons réussi à créer un cursus, même s'il n'est pas encore parfait. Actuellement, chaque étudiant-e de l'École de médecine bénéficie d'un enseignement spécifique centré sur le genre en médecine, dès la première année et de façon quasi continue. Nous avons différents modules d'enseignement qui vont du cours classique donné en grand auditoire à des séminaires qui permettent des discussions beaucoup plus réflexives. Nous intervenons aussi régulièrement dans les congrès ou les dispositifs de formation continue auprès de médecins de différentes disciplines.



*“L’idée générale est qu’il soit naturel pour chaque enseignant-e de parler de ces questions-là, sans forcément qu’elle/il y consacre une ou deux heures de cours ou tout un séminaire.”*

— **Carole Clair**

—  
**Q.S.** Dans un des articles parus dans *La Revue Médicale Suisse*, vous disiez que l’« une des spécificités de la notion de genre en médecine est sa transversalité : il ne s’agit pas à proprement parler d’une discipline en soi, mais plus d’un prisme au travers duquel toute discipline médicale peut être appréhendée ».

—  
**J.S.** Si nous avons des cours plus théoriques pour définir ce que sont les dimensions de sexe et de genre et la manière dont ils interagissent à travers différents exemples, nous œuvrons à sensibiliser les responsables de chaque discipline médicale (maladies cardiovasculaires, dépression, etc.) afin que soit intégrée la dimension du genre dans les enseignements, là où elle est pertinente. Ceci, au niveau du contenu et de la forme. Le contenu pour transmettre les connaissances sur certaines spécificités physiologiques ou alors sur des différences de prévalence ou de manifestations de maladies. La forme pour éviter, par exemple, d’utiliser des vignettes cliniques

androcentrées, c’est-à-dire décrites sur la base du corps masculin blanc de 45 ans, 70 kilos.

Autre exemple : notre collègue pharmacologue inclut la question des effets secondaires des médicaments qui peuvent être différents entre les hommes et les femmes.

—  
**C.C.** Un autre collègue, spécialisé en néphrologie (maladies du rein), s’intéresse depuis une quinzaine d’années aux différences de fonctionnement du rein entre les hommes et les femmes. Non seulement, il enseigne, mais il a également développé toute une ligne de recherches autour de ces questions-là.

L’idée générale est qu’il soit naturel pour chaque enseignant-e de parler de ces questions-là, sans forcément qu’elle ou qu’il y consacre une ou deux heures de cours ou tout un séminaire. Les collaborations avec les responsables et spécialistes dans les disciplines médicales sont un élément majeur de l’intégration.

## Prendre en compte la question du genre pour mieux soigner

—

**Q.S.** *Concrètement, comment faire pour que la prise en compte du genre devienne naturelle dans la pratique clinique ? Est-ce que la prise en charge de la douleur et des maladies comme l'endométriose ou la fibromyalgie, plutôt considérées comme des maladies « féminines », s'est améliorée ?*

—

**C.C.** De façon générale, des études ont montré qu'on prend moins au sérieux la douleur chez une femme. Cette dernière va attendre plus longtemps avant de recevoir des traitements qui la soulagent. Et souvent, quand elle en reçoit, on lui prescrit des doses qui ne sont pas adaptées. On arrive à identifier des biais de genre dans la prise en charge des patient-e-s, mais les méthodes pour les réduire ne sont pas très bien établies. La sensibilisation aux biais<sup>13</sup> ne semble pas être suffisante, car ceux-ci étant inconscients, les soignant-e-s tendent à réagir spontanément en disant : « Mais non, moi, je traite tous mes patients de la même façon ».

Par ailleurs, au-delà du genre, on observe également des biais par rapport à l'origine des patient-e-s. On entend encore parfois circuler dans les soins le stéréotype du « syndrome méditerranéen ». Ce n'est pas du tout un syndrome, c'est un stéréotype qui suggère que les personnes vivant dans le pourtour méditerranéen seraient plus démonstratives quand elles présentent une douleur et qu'il faudrait par conséquent la minimiser. Ce genre de stéréotype est assez tenace, malheureusement.

Nous avons mené une étude localement, sur la base de vignettes cliniques, où nous avons demandé à des urgentistes comment elles et ils prendraient en charge différents types de douleurs. Nous avons établi une version « Homme » et une version « Femme » en faisant varier certains paramètres. Il en ressort que la prise en charge de la douleur évoluait un peu, ce n'était pas flagrant, ce qui nous a un peu rassurées. Mais il est vrai que dans l'enseignement, par exemple, les étudiant-e-s rapportent qu'elles et ils observent le phénomène de banalisation de la douleur chez les femmes.

—

<sup>13</sup> Processus propre au cerveau humain qui nous permet de prendre des décisions plus rapidement grâce à une série de raccourcis mentaux dont nous n'avons pas toujours conscience.  
Dr Geraldine Pignot, *Stéréotypes de genre et biais inconscients*, sur : <https://urlz.fr/1514>

*“Le genre, mais aussi l’origine ethnique, l’âge, la classe sociale, le fait de maîtriser le français ou de ne pas l’avoir comme première langue, toutes ces dimensions sociales vont exercer une influence sur la prise en charge médicale du début à la fin. L’objectif est de comprendre les mécanismes en jeu et de pouvoir utiliser ces données pour changer les pratiques et améliorer la prise en charge des patient·e·s.”*

— Joëlle Schwarz

—  
**Q.S.** *Par rapport à la santé mentale, subsiste-t-il une différence de traitement entre les hommes et les femmes, notamment quand on sait que l'hystérie, appelée aussi « maladie de l'utérus », a longtemps été diagnostiquée comme une névrose chez des femmes dont les comportements ne correspondaient pas à ce que la société attendait d'elles ?*

—  
**C.C.** Nous sommes sortis du diagnostic d'hystérie chez les femmes, mais on voit qu'il peut demeurer une tendance ou un biais qui peut mener à des interprétations d'origine psychosociale des plaintes chez les patientes. Cela est aussi documenté dans la littérature scientifique : pour des femmes qui arrivent avec une plainte de douleur à la poitrine, peut-être qu'il peut y avoir un biais à penser d'abord à quelque chose qui serait lié à l'anxiété ou à une situation de stress. Ce biais peut non seulement être observé chez les soignant·e·s, mais il est parfois amené aussi par les patientes elles-mêmes.

Ce qui se passe avec la dépression est aussi intéressant. C'est un peu l'inverse de ce que l'on peut observer avec les maladies cardiovasculaires (sous-diagnostiquées chez la femme). Historiquement, on s'est beaucoup intéressé à la santé mentale des femmes. Et pour certaines maladies comme la dépression, elle était davantage et mieux décrite avec les symptômes qu'on trouvait chez les femmes, notamment aussi parce que la dépression prévaut chez ces dernières. La description des symptômes est plutôt féminine. Or les symptômes qu'on retrouve plus fréquemment chez les hommes qui souffrent de dépression, comme l'agressivité, la consommation de substances et une prise de risques accrue, étaient moins bien décrits dans la littérature, notamment dans le *Manuel diagnostique de la santé mentale*, jusqu'à sa dernière révision où cela a été corrigé. La dépression chez les hommes est donc moins bien diagnostiquée et moins bien prise en charge.

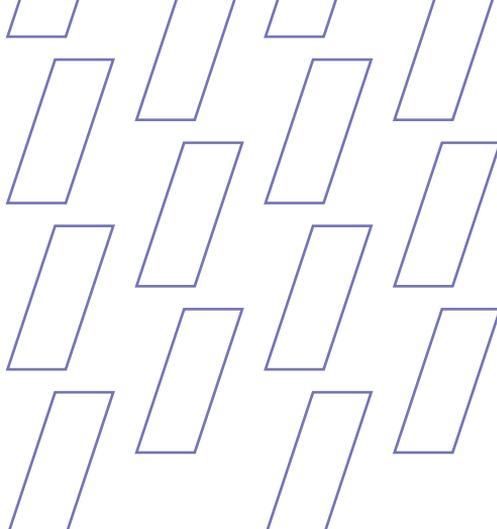
—  
**Q.S.** *Faut-il sensibiliser davantage les soignant·e·s à la question des biais ?*

—  
**J.S.** Nous voulons travailler davantage sur les biais de genre. Nous menons depuis 2019 un enseignement et une recherche pour comprendre et décrire à quel moment de la consultation médicale les biais s'immiscent et comment ils opèrent, de la première interaction ou de l'anamnèse des patient·e·s jusqu'à la décision de prise en charge. Comment agissent ces biais lorsqu'on doit poser des questions sur le contexte familial ou professionnel ? Lorsqu'on doit faire une anamnèse sexuelle par exemple ? Là, beaucoup de biais peuvent surgir : ils sont liés au genre, mais aussi aux autres dimensions. L'origine ethnique, l'âge, la classe sociale, le fait de maîtriser le français ou de ne pas l'avoir comme première langue, toutes ces dimensions sociales vont exercer une influence sur la prise en charge du début à la fin. L'objectif de l'étude est de comprendre les mécanismes en jeu et ensuite de pouvoir utiliser ces données dans l'enseignement pour changer les pratiques et améliorer la prise en charge des patient·e·s.

## **D'autres dimensions de la question du genre**

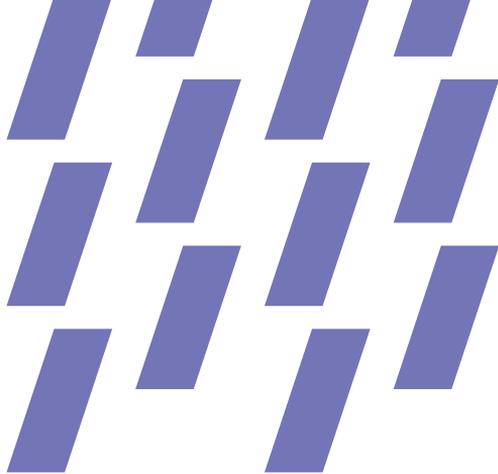
—  
**Q.S.** *Dans l'enseignement donné aux futur·e·s médecins, la question de la prise en charge des personnes LGBTQIA+ est-elle également abordée ?*

—  
**C.C.** Dans le cursus, il y a un cours spécifique sur la prise en charge des personnes LGBTQIA+, enseigné par notre collègue Raphaël Bize. De notre côté, nous abordons la thématique au cours de l'enseignement sur les biais, notamment si les étudiant·e·s amènent des situations concernant ce thème. En quoi l'orientation sexuelle ou la transidentité d'une personne par exemple est pertinente pour la prise en charge d'une grippe ? Est-ce que des biais peuvent exister ? Peut-être qu'on ose moins poser de questions ou on a des projections sur les personnes en fonction de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre. Nous déconstruisons les représentations sociales qui peuvent exister, et nous discutons avec les étudiant·e·s des attitudes et gestes pour une prise en charge qui soit optimale.



Par rapport à la pratique médicale, il y a des questions à poser aux personnes trans pour une bonne prise en charge, et ainsi il faut savoir ce qui est cliniquement pertinent à connaître. Chez les personnes transgenres, il existe une grande diversité de situations : certaines personnes sont en cours de transition, dont certaines sous hormonothérapie, alors que d'autres ne le sont pas ; certaines ont fait des chirurgies et d'autres pas, etc. Parfois, établir un inventaire des organes de la personne est pertinent cliniquement. Il faut savoir poser ces questions car seule la personne concernée est en possession des informations. Il ne s'agit pas non plus de tomber dans le piège de la curiosité qui n'a plus rien à voir avec le besoin d'avoir des informations pertinentes pour la clinique.

Nous thématisons aussi la notion de comment être adéquat socialement avec des personnes dont on a un doute sur l'identité de genre : essayer d'abandonner le « Bonjour, monsieur », « Bonjour, madame ». En demandant par exemple aux personnes de dire comment elles souhaitent être appelées. C'est toute la question de savoir comment entrer en interaction avec des personnes pour maintenir un lien thérapeutique et donc de soigner la relation dès la première interaction. A relever que les étudiant-e-s aujourd'hui sont souvent assez à jour sur ces questions !



—  
**Q.S.** *Dans l'enseignement et dans la pratique clinique, vous réussissez à aborder pas mal de sujets liés à la question du genre. Rencontrez-vous encore des réticences ?*

—  
**C.C.** On observe toujours des réticences. Cela fait longtemps que nous nous intéressons au sujet et que nous y travaillons : nous voyons que ces réticences commencent à être moins importantes. Au début, c'était surtout difficile parce qu'il y avait un peu de méconnaissance. Quand nous parlions de genre, les gens pensaient que c'était le fait qu'il n'y ait pas assez de femmes à des postes à responsabilités en médecine ou dans la profession médicale. Il y avait aussi une crainte que ce soit une activité militante, féministe.

Au début, il faut bien l'avouer, c'était plus compliqué parce qu'il fallait vraiment arriver en posant les bases, en expliquant,

en étant très factuelles. Et il est vrai que nous le faisons encore beaucoup : nous essayons vraiment d'aborder la question avec des données scientifiques solides pour pouvoir convaincre, nous y passons beaucoup de temps. Et même s'il y a de moins en moins de réticences, il y en a quand même toujours. Cependant, le fait que cette question-là soit mise à l'agenda politique et celui des institutions nous aide à passer moins de temps à devoir justifier la thématique et à convaincre.

—  
**J.S.** Parlant d'institutions, il nous semble utile aussi de mentionner ce mandat venu de la Faculté de biologie et de médecine en 2019, nous demandant de mettre en place un enseignement de prévention du sexisme et du harcèlement sexuel dans le milieu des soins. C'est un petit peu différent de l'intégration de la dimension du genre dans la santé ou dans la pratique clinique. Ce mandat fait suite à un mou-

vement d'étudiantes de la faculté qui ont exprimé leur ras-le-bol<sup>14</sup>, dans la lignée du mouvement #metoo : c'était en 2018. Nous avons eu carte blanche pour monter cet enseignement, et il a pris la forme d'un théâtre-forum où les étudiant·e·s testent, dans une sorte de laboratoire sur scène, des réactions, des réponses et des attitudes face à des propos ou des gestes sexistes. Cela permet d'aborder des questions comme « Qu'est-ce qu'évoluer dans le milieu clinique où le sexisme, le racisme, etc., sont largement présents ? », « Comment peut-on agir dans ces situations-là, lorsqu'on est ciblé·e ou lorsqu'on est témoin ? », etc.

– **Propos recueillis par**  
**A. Lualaba Lekede**

<sup>14</sup> En 2018, un sondage réalisé à Lausanne par et auprès des étudiantes en médecine révèle qu'ils ou elles sont témoins et victimes de nombreux comportements sexistes durant leur formation et leur pratique clinique. Les témoignages récoltés comportaient des récits d'agressions sexuelles, d'avances sexuelles et de microagressions qui ont un impact personnel et professionnel sur les victimes. Voir : Lola Aubry, Romaine Delacrétaz, Eva Piccand, Lea Rufener et Ilire Rrustemi, « *Le problème, c'est qu'elle est mal baisée* » : la lutte contre le sexisme en milieu médical mené par les étudiant·e·s en médecine, Rev Med Suisse, 2021.

N.B. : Les microagressions sont des événements subtils, répétés, qui peuvent être non intentionnels et généralement non reconnus par les agresseurs.

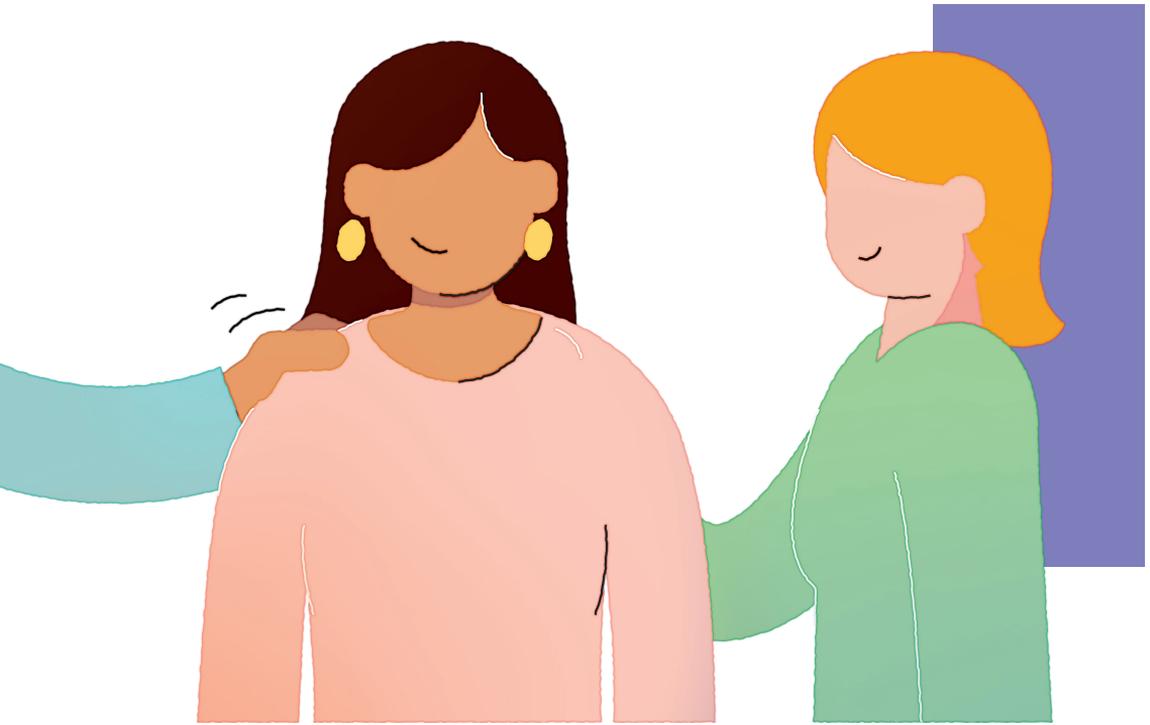
**Pour aller plus loin...**

- « Santé et genre », in : Enquête suisse sur la santé (ESS) 2017, Office fédéral de la statistique (OFS) (<https://urlz.fr/t7GY>).
- Dre Alexina Legros-Lefevre, Pre Carole Clair, Dre Joëlle Schwarz, Prs Markus Schäfer, Nicolas Demartines et Dre Styliani Mantziari, *Hernie inguino-fémorale chez les femmes : spécificités de prise en charge*, Rev Med Suisse ; 16 : 1305-9.
- Lola Aubry, Romaine Delacrétaz, Eva Piccand, Lea Rufener et Ilire Rrustemi, « *Le problème, c'est qu'elle est mal baisée* » : la lutte contre le sexisme en milieu médical menée par les étudiant·e·s en médecine, Rev Med Suisse 2021 ; 17 :1250-3.

ARTICLE

# *Quelle place pour des femmes (ex-) consommatrices dans les structures du secteur « assuétudes »*

Confrontés à la présence peu nombreuse de femmes dans les structures d'aide et de soins depuis quelques années, des travailleurs et travailleuses des services spécialisés en matière de drogues et addictions ont commencé à s'interroger au sein de leurs équipes respectives, avant d'organiser des rencontres et des échanges entre services à ce sujet. Ces interrogations et premiers contacts ont mené à la mise en place du Groupe de travail Femmes\*, genre et assuétudes, soit un espace de travail et de réflexions réunissant des travailleurs des différents services concernés. De leur côté, les travailleurs et travailleuses de chaque service ont continué à réfléchir sur ce qu'ils pouvaient faire pour aider les femmes (ex-) usagères pour qu'elles recourent davantage aux services d'aide et de soins. L'asbl Transit, un centre d'accueil et d'hébergement pour usager-e-s de drogues, a ainsi ouvert un Espace femmes en 2017.



L'association Transit a été créée en 1995 dans le but de venir en aide aux personnes consommant des drogues et qui sont principalement dans des situations de grande vulnérabilité et précarité. A l'époque, les problématiques d'assuétudes dans l'espace public explosaient et la volonté politique était de mettre en place autre chose que la répression, donc un espace d'accueil pour ces personnes. Petit à petit, l'association s'est développée et joue, depuis 2016, le rôle d'opérateur régional bruxellois en matière d'assuétudes, un rôle qui lui a été assigné par le gouvernement bruxellois. L'associa-

tion est financée en majeure partie par Safe Brussels, anciennement appelée « Bruxelles Prévention & Sécurité ».

Actuellement, Transit est un centre d'accueil de jour et un centre d'hébergement d'urgence avec 20 lits (+ deux lits d'urgence) pour une période d'une durée limitée d'environ 13 jours. L'idée est de pouvoir faire un travail de remise en ordre social et administratif. L'équipe de travailleurs et travailleuses est multidisciplinaire, composée d'un psychologue, d'éducateurs et éducatrices, de travailleurs formés à la réduction des

risques. L'objectif : offrir un soutien psycho-médico-social de qualité. L'association a aussi ouvert un comptoir d'échanges, où les personnes peuvent venir chercher du matériel stérile de consommation, y déposer du matériel usagé et avoir accès à des conseils de réduction des risques.

A ces services, il faut ajouter l'équipe mobile, intitulée « Transit rue ». Ce service compte onze personnes qui font de l'accompagnement de rue individuel. Ces travailleurs couvrent tout le territoire bruxellois et accompagnent les personnes dans leurs différentes démarches : aller à la commune, à l'hôpital, voir un médecin, etc. L'association dispose également d'une équipe de liaison chargée de faire le lien entre le centre et le quartier où elle est implantée. En 2022,

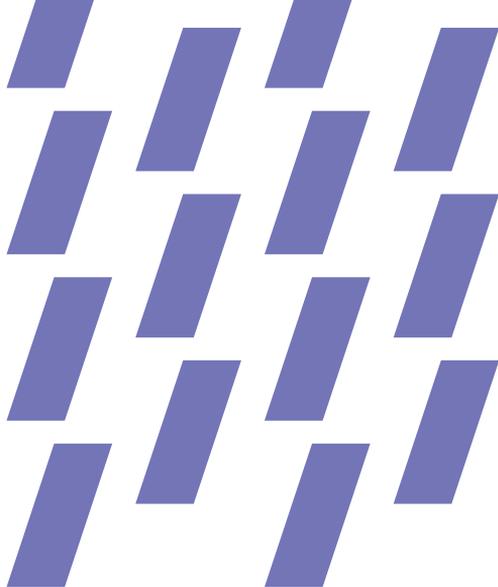
Transit a ouvert sa salle de consommation à moindre risque (SCMR), « Gate », rue de Woeringen n°9, près de la station Lemonnier.

*« Nous avons également un projet baptisé "La phase 4", explique Laure Vierset, chargée de projets à Transit. Il s'agit de huit studios supervisés, différents des 22 lits du centre d'hébergement. Ce sont des hébergements individualisés pour des personnes qui ont une consommation soit stable, soit abstinente, pour une durée moyenne de neuf mois. Le but est d'aider ces personnes dans leur réinsertion vers un logement individuel. »*



*“Dans le centre d’hébergement, être la seule femme parmi vingt hommes, cela reste compliqué: en termes d’allusions, de pressions sexuelles, etc. C’est également compliqué par rapport aux préjugés: une femme consommatrice est assez critiquée et jugée par certains hommes...”*

— Laetitia Peeters



## L' « Espace femmes », pour leur donner une place plus marquée

« Pourquoi les femmes n'arrivent-elles pas à Transit ? Ou du moins pourquoi ne restent-elles pas au centre de jour, ni au centre d'hébergement ? », s'interrogeaient les travailleurs et travailleuses de Transit, voilà quelques années, alors que les chiffres de la précarité et du nombre de femmes en rue étaient importants. Peu de femmes venaient en journée et, généralement, leurs démarches terminées (pour voir une assistante sociale ou une infirmière par exemple), elles repartaient directement.

Laetitia Peeters, psychologue à Transit, explique : « Ces femmes mettaient en avant que ce qui était compliqué pour elles était le fait de n'être qu'une ou deux pour une trentaine ou quarantaine d'hommes dans le communautaire (NDLR : espaces partagés).

Dans le centre d'hébergement, être la seule femme parmi vingt hommes, cela restait compliqué aussi : en termes d'allusions, de pressions sexuelles, etc. C'était également compliqué par rapport aux préjugés : une femme consommatrice est assez critiquée et jugée par certains hommes... Et comme c'était difficile pour elles de prendre place dans l'espace communautaire, elles avaient du mal à rester à Transit ».

« Espace femmes » a donc été construit, petit à petit, avec elles, avec le soutien de l'équipe et de la direction de Transit. C'est une permanence qui est ouverte tous les mardis après-midi, de 13h à 16h, qui permet aux femmes de renouer avec leur féminité, souvent niée par des conditions de vie précaires. « Parce qu'elles demandaient aussi

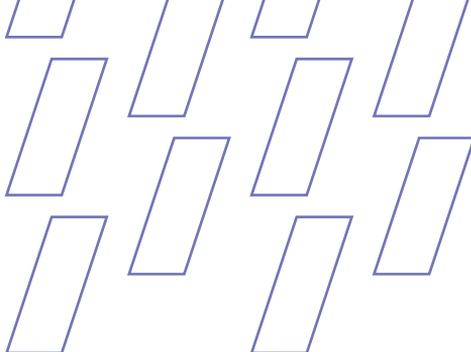


*d'avoir vraiment du temps pour prendre soin d'elles, soin de leur corps, souligne Laetitia Peeters. Avec elles, nous avons mis à disposition tout ce qui est soins, hygiène, etc. »*

*Pour ces femmes, une des grandes difficultés aussi est « l'accès à la santé féminine, autant à la santé sexuelle que reproductive. Souvent, elles n'ont pas de suivis gynécologiques réguliers, pas de prise en charge au niveau de la contraception. Elles rencontrent aussi des difficultés à accéder à un médecin généraliste. La peur du jugement, la peur d'être étiquetée "toxicomane" est une autre grande difficulté. D'autant que, bien souvent, il y a aussi de la prostitution qui se rajoute à la précarité, aux assuétudes ».*

Au sein de l'« Espace femmes », les femmes peuvent être ensemble. A côté de cet aspect communautaire, l'aspect individuel n'est pas oublié. La psychologue va ainsi s'adapter aux demandes individuelles. Ces permanences sont aussi l'occasion d'aborder des questions en lien avec la santé féminine, la santé sexuelle, les aspects du consentement et, plus généralement, des questions de santé. Ces questions sont aussi travaillées avec l'infirmière.





## Accompagner une future mère qui consomme

*Que peuvent faire les travailleurs et travailleuses de Transit, si jamais une usagère se présente et dit attendre un enfant ? A l'« Espace femmes », les travailleuses ont connu une situation de ce type, il n'y a pas si longtemps. Elles ont continué d'assurer le suivi. Comme la personne voulait mener sa grossesse à terme, l'objectif était de l'amener à entamer un suivi médical, notamment un suivi gynécologique par rapport à cette grossesse. Cela a été très compliqué pour cette femme, ne fût-ce que pour l'amener à un premier rendez-vous gynécologique. Essentiellement par peur de devoir expliquer au médecin qu'elle consomme. Laetitia Peeters : « Cette femme exprimait très fortement la peur d'être jugée parce qu'elle ne pouvait pas arrêter non plus comme ça, en fonction des produits consommés. Ce n'était pas sa première grossesse et elle avait vécu quelque chose d'assez jugeant de la part du médecin sur sa consommation, la première fois. Cela avait été assez culpabilisant pour*

*elle ». Sa première grossesse s'était mal passée : disparue des radars de Transit, elle n'avait pas eu de suivi gynécologique et médical... Son enfant a été placé.*

*Pour sa deuxième grossesse, les travailleuses ont pu travailler avec elle dans le cadre d'« Espace femmes » : pour pouvoir la déculpabiliser sur sa consommation, pour parler des risques pour le fœtus, aussi pour sa santé. Il s'agissait aussi de voir comment l'accompagner pendant sa grossesse : elle a été réorientée vers une structure spécifique « Parentalité-Addiction », de l'asbl Interstices du CHU Saint-Pierre qui s'occupe de la parentalité des personnes consommatrices de drogues. Avec cette structure, cette personne a eu un suivi médical et gynécologique. Elle a mené sa grossesse à terme. Et, grâce à l'aide de sa maman avec qui elle avait renoué des liens, elle a pu garder son enfant. Sa maman s'est occupée du bébé, le temps pour elle de se faire soigner.*

Transit travaille avec les femmes, mais aussi avec le réseau de prise en charge au niveau de la santé, pour déconstruire les a priori que les structures peuvent avoir sur ce public. Le dernier mardi de chaque mois, l'idée est d'aborder une thématique un peu plus spécifique : par exemple, le droit des femmes en Belgique, son évolution ou des ateliers sur le consentement ou encore la question des dépistages. Laetitia Peeters rajoute : « *L'idée est toujours de leur permettre*

*de prendre soin de soi – elles ont accès à des shampoings, gels douches, etc. Mais nous allons aussi en profiter pour discuter de leur position de femme à Transit, en rue aussi ou de leur relation de couple. Ces questions sont abordées alors de manière plus approfondie ces mardis-là. »*

– A. Lualaba Lekede

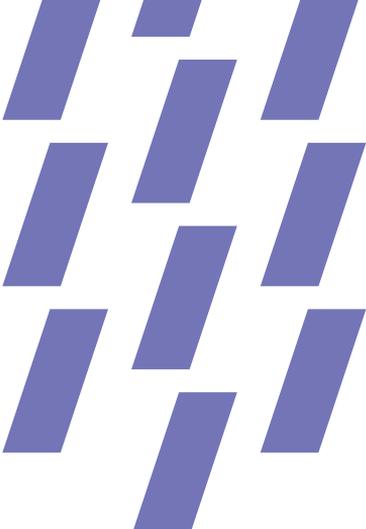
### *Pour aller plus loin...*

- *Femmes, genre et assuétudes : synthèse des constats de terrain et recommandations de la Féda bxl*, Fédération Drogues Addictions – Bxl, mai 2023
- Jeudi de l'hémicycle du Parlement francophone bruxellois sur les inégalités de genre et assuétudes (12/10/2023), à consulter sur : <https://urls.fr/eri2mY>
- N. Cobbaut, *Quand les femmes précarisées prennent (leur) place* (17.11.2023), e-Mag Bxl santé n° 16, Question Santé, sur <https://urlz.fr/t5lu>
- A. Lualaba Lekede, *Travailler ensemble à être des acteurs de santé* (15.05.2023), e-Mag Bxl santé n° 14, Question Santé, sur <https://urlz.fr/t5lw>
- <http://fr.transitasbl.be/>



ARTICLE

***Améliorer l'accès  
aux soins des  
publics LGBTQIA+***



En 2023, la Région wallonne a signé une convention avec cinq maisons médicales dédiées à la communauté LGBTQIA+. Cette reconnaissance fait suite à la publication du Plan wallon d'inclusion des personnes LGBTQIA+ pour la période 2022-2024. Ce plan vise à répondre aux discriminations persistantes envers cette communauté<sup>15</sup> et se distingue par quelques mesures phares, notamment celle qui consiste à assurer l'accès à des soins de santé de qualité aux personnes homosexuelles, bisexuelles, transgenres, etc. La Maison médicale La Passerelle à Liège fait partie des maisons médicales LGBTQIA+ inclusives, ainsi conventionnées dans le cadre du Plan Inclusion.

La Maison médicale La Passerelle a été créée en 1985 dans le quartier d'Outremeuse, occupant une position centrale dans un quartier très populaire et composé en grande partie de personnes souffrant de détresses psychosociales multiples. Dès le début, l'équipe de la maison médicale a commencé à prendre en charge des personnes lesbiennes, gays, bis, transgenres, queer, intersexes, asexuelles (LGBTQIA+) puisque beaucoup venaient déjà s'y inscrire. Nicki Soultatos, assistante sociale à La

Passerelle, explique : « Nous avons toujours travaillé avec ces publics-là. Certain-e-s patient-e-s venaient pour un changement hormonal ; d'autres, qui s'étaient fait opéré-e-s, avaient besoin de soins ; d'autres encore venaient parce qu'ils ou elles avaient besoin d'un autre médecin traitant que celui de la famille pour pouvoir discuter de ces problématiques-là de manière plus neutre. Notre équipe a toujours été sensibilisée par rapport à ces personnes ».

---

<sup>15</sup> Les personnes LGBTQIA+ subissent non seulement des discriminations, mais sont aussi victimes de harcèlement, d'humiliations et de violences. « En 2020, UNIA a enregistré plus de 400 signalements de discrimination et a ouvert 109 dossiers sur base du critère de l'orientation sexuelle », extrait tiré de : <https://urlz.fr/15IL>



Qu'est-ce qui a changé avec le premier Plan wallon d'inclusion<sup>16</sup> ? Celui-ci prévoit que les maisons médicales assurent des soins spécifiques pour les personnes LGBTQIA+. Les différentes associations du secteur, emmenées par la Fédération Prisme<sup>17</sup> qui a travaillé avec les pouvoirs publics à l'élaboration du plan, sont souvent confrontées à des personnes qui n'ont pas de médecin traitant, qui n'ont plus de suivi médical<sup>18</sup>, notamment en termes de santé mentale.

Or, des services de proximité et multidisciplinaires, susceptibles de les prendre en charge de manière anonyme, tels que les maisons médicales, existent. Comme cela est demandé, La Passerelle a donc signé une convention avec la Maison Arc-en-Ciel (MAC) de Liège, qui est un de sept relais locaux organisés en Wallonie pour toute personne LGBTQIA+ à la recherche d'un lieu convivial et bienveillant, d'activités entre pairs, de lieux d'informations...

<sup>16</sup> Le Plan wallon d'inclusion est issu des précédents plans interfédéraux de lutte contre les violences homophobes et transphobes (voir : Plan d'action interfédéral de lutte contre les discriminations homophobes et transphobes 2013-2014, Plan « Pour une Belgique LGBTQIA+ friendly » - Plan d'action fédéral 2021-2024...). L'objectif stratégique poursuivi par le gouvernement wallon au travers de cette mesure est d'investir dans des soins de santé primaires, globaux, accessibles, garantissant l'anonymat et s'inscrivant dans un processus d'inclusion des minorités. Dans ce cadre, il s'agit de porter une attention particulière aux groupes les plus vulnérables tels que les travailleur-se-s du sexe, les personnes sans papiers, etc. Créer des synergies et des partenariats de collaboration entre les maisons arc-en-ciel et les maisons médicales agréées par la Région wallonne, afin que ces dernières soient reconnues comme des lieux accueillants, accessibles et adaptés aux publics LGBTQIA+.

<sup>17</sup> La Fédération Prisme est la coupole qui rassemble les associations wallonnes œuvrant en faveur des personnes issues de la diversité des orientations sexuelles, des identités de genre et des caractéristiques sexuelles, et, dans ce cadre, mène des actions aux enjeux régionaux et communautaires. Elle œuvre à la construction d'une société plus équitable pour les personnes LGBTQIA+.

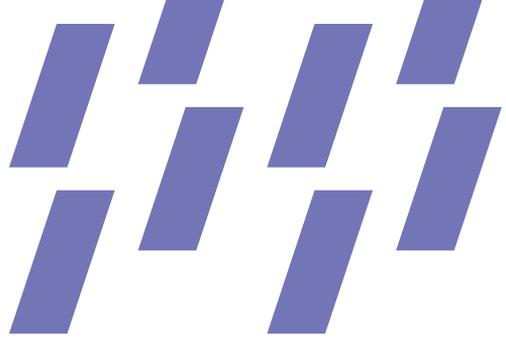
<sup>18</sup> Souvent, il arrive que des personnes LGBTQIA+ qui viennent de l'intérieur (campagne, villages, etc.) ne veulent pas s'adresser à leur médecin de famille. Dans les grandes villes, elles se heurtent souvent à une autre difficulté : beaucoup de médecins généralistes n'acceptent plus de recevoir, de prendre en charge de nouveaux patient-e-s. Une alternative consiste à s'adresser à une maison médicale. La Passerelle accepte et inscrit toutes les personnes qui n'ont pas ou n'ont plus de médecin traitant.

En signant cette convention, la maison médicale peut engager une assistante sociale. Cet engagement est financé par la Région wallonne. L'objectif de telles conventions encouragées par la RW est de créer des synergies et des partenariats entre les MAC et les associations de soins intégrés (ASI), telles que les maisons médicales, afin que ces dernières soient reconnues comme des lieux accueillants et adaptés aux publics LGBTQIA+.

Parmi ses missions, l'assistante sociale engagée doit former les travailleurs et travailleuses de la maison médicale aux spécificités de ces publics afin de pouvoir leur offrir un accueil et des services adaptés. Elle doit aussi collaborer avec la MAC pour proposer des activités de promotion de la santé et de prévention qui puissent répondre aux enjeux de santé propres aux personnes LGBTQIA+, etc. La MAC, de son côté, s'engage à soutenir le processus de formation des travailleurs et travailleuses de la maison médicale et à collaborer à l'élaboration et la mise en œuvre d'activités de promotion de la santé et de prévention.

## Quels soins spécifiques dans une maison médicale ?

Quelques patients de La Passerelle issus des publics LGBTQIA+ sont en changement hormonal. Un des médecins traitants de l'équipe suit une formation pour mieux connaître ce public-là et mieux le traiter. Une infirmière prend également en charge les personnes qui sont en transformation physique et s'occupe de leurs injections. Concernant la prévention, il n'y a pas de grande différence avec le reste de la population, il est largement conseillé de faire les différents dépistages. Nicki Soultatos souligne : « *Une personne en transition de genre – peu importe qu'elle soit née femme ou homme – doit quand même faire attention à la prévention, c'est-à-dire à celle qui doit être faite par rapport à son anatomie. Elle doit, par exemple, penser à faire le dépistage du cancer du col de l'utérus (ndlr : pour une personne née avec un sexe féminin) ou un dépistage du cancer de la prostate (ndlr : pour une personne née avec un sexe masculin). C'est important.* »



Les personnes transgenres rencontrent aussi d'autres difficultés. Il arrive qu'elles ne changent pas de sexe. Parce qu'au niveau administratif, par exemple, changer de sexe veut aussi dire qu'on n'aura pas/plus droit à des remboursements pour certaines consultations (gynécologiques) ou certains dépistages. *« C'est ce que ces patientes m'expliquent, confie l'assistante sociale. Pour des questions de prévention, il vaut mieux rester une femme car ainsi tu restes dans les listings de prévention »*. Si certaines se font une raison, qu'en est-il de celles qui n'arrivent pas à accepter de continuer à vivre dans une situation d'entre-deux ?

Prendre en charge des patient-e-s LGBTQIA+, c'est aussi les accompagner dans ce qu'ils ou elles peuvent vivre. La phase de transition pour les personnes trans n'est pas toujours facile à vivre, comme l'a confié une patiente à Nicki Soultatos : *« Quand tu prends des hormones et tout ça, tu perds tes cheveux... »*. Ou accompagner dans ce que les uns et les autres souhaitent, comme cette patiente en transition, dont la compagne veut aussi changer de sexe. La procédure est entamée, un traitement hormonal est

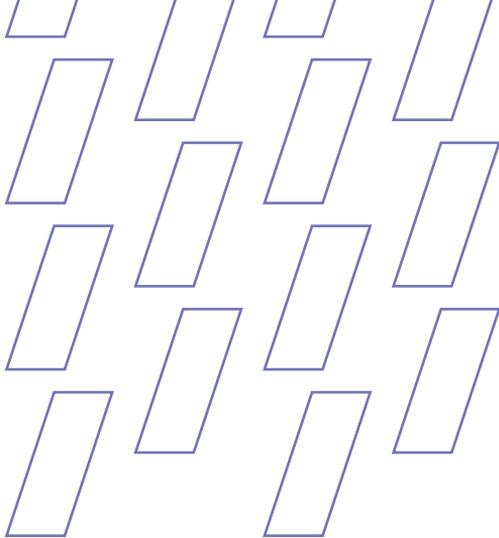
prescrit et suivi. Quelques temps après, le couple revient parce que la seconde patiente avait un très fort désir d'enfant. Il a fallu arrêter son traitement hormonal pour que leur projet d'enfant puisse se réaliser.

## **D'autres facettes du travail à La Passerelle**

Les patient-e-s issu-e-s des publics LGBTQIA+ qui sont inscrit-e-s à La Passerelle ne constituent qu'une petite partie de la patientèle. Comme déjà souligné, vu l'implantation de la maison médicale dans un quartier populaire, les personnes qui sont prises en charge à La Passerelle sont confrontées à des situations complexes : la plupart ont le statut d'allocataires sociaux (bénéficiaires de RIS, chômeur-se-s, invalides, handicapé-e-s, pensionné-e-s) et perçoivent des indemnités insuffisantes pour vivre dans la dignité. D'autres sont sans papiers et bénéficient de l'Aide Médicale Urgente (AMU), d'autres encore sont sans logement ou présentent une problématique en santé mentale.

*“Originnaire de Guinée Conakry, Sarah a été excisée et a vécu la stigmatisation parce qu’elle était lesbienne. Sa situation a profondément changé à partir du moment où elle a été inscrite à La Passerelle.”*





Un des constats de l'équipe est que les patient-e-s cumulent différentes détresses sociales, actuellement beaucoup plus que ce qu'on avait pu voir dix ans auparavant. A l'instar de Sarah(\*)<sup>19</sup>, une jeune femme qui était sans papiers depuis dix ans à Liège. Suivie par la MAC de Liège, l'organisation est venue l'inscrire à la maison médicale. Originaire de Guinée Conakry, elle a été excisée et a vécu la stigmatisation parce qu'elle était lesbienne. Sa situation a profondément changé à partir du moment où elle a été inscrite à La Passerelle. Elle a pu être vue par un gynécologue pour attester qu'elle avait été excisée. La maison médicale lui a ensuite trouvé un avocat spécialisé en droit des étrangers pour qu'elle puisse introduire sa Demande de Protection Internationale (DPI). La situation de Sarah s'est améliorée : elle bénéficie désormais

d'un suivi médical et social, est inscrite au FOREM, fréquente la salle de sport de la maison médicale, etc. Sarah est l'une des trois personnes envoyées par la MAC, cette année.

Etant donné les problématiques rencontrées par ses patient-e-s, la maison médicale liégeoise travaille en réseau avec d'autres associations, dont la Fondation Ihsane Jarfi, créée à la suite du meurtre homophobe de ce jeune trentenaire d'origine marocaine qui a été enlevé, torturé et assassiné en avril 2012. La Fondation met en effet un logement d'urgence et de transition à disposition pour les jeunes LGBTQIA+ en situation de rupture familiale pour cause d'homophobie (voir infra l'article sur le Refuge, une structure équivalente à Bruxelles p.28). La Fondation inscrit les jeunes qui arrivent dans le loge-





ment d'urgence à La Passerelle, pour qu'ils puissent y bénéficier des soins de santé. La maison médicale suit ainsi Laurent (\*)<sup>19</sup>, un jeune homme qui fait un parcours de transition et qui n'avait pas de médecin généraliste.

Des activités de santé communautaire et plus culturelles sont aussi organisées. En juin dernier, des patients de la maison médicale ont participé à un « Tea Dance » organisé par la MAC, un événement que l'association organise une fois par mois, les dimanches. Cette activité permet aux publics LGBTQIA+ d'avoir un endroit sécurisé et un moment à eux.

– A. Lualaba Lekede

### *Pour aller plus loin...*

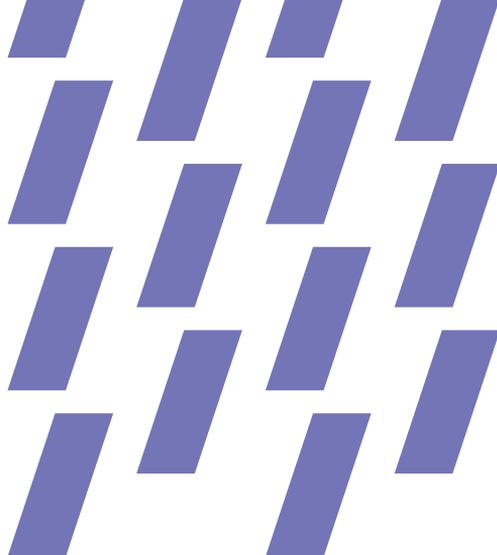
- Plan wallon d'inclusion des personnes LGBTQIA+ 2022-2024, sur <https://urlz.fr/t5IV>
- La Maison médicale La Passerelle : <https://lapasserelle.be/>
- La Maison Arc-en-Ciel de Liège : <https://www.macliege.be/>

<sup>19</sup> (\*) Prénom d'emprunt.

# *Fibromyalgie, endométriose... Ou quand la douleur des femmes n'est que « paroles, paroles »... ?*

La fibromyalgie, l'endométriose, l'adénomyose, le syndrome des ovaires polykystiques... sont des pathologies dont souffrent essentiellement des femmes et pour lesquelles il n'existe pas vraiment de traitement. Des maladies douloureuses, voire extrêmement douloureuses, et parfois aussi invalidantes. Cependant, quand les femmes disent qu'elles ont mal, elles ont beaucoup de peine à se faire entendre par les médecins, la famille, les amis et/ou les collègues. Petit coup de sonde auprès de personnes souffrant de fibromyalgie et d'endométriose.





La fibromyalgie se manifeste par des douleurs diffuses, un sommeil non-récupérateur et de la raideur musculaire. D'autres symptômes peuvent parfois les accompagner et sont variables d'une personne à l'autre et en intensité. Les médecins parlent d'un syndrome et non d'une maladie à proprement parler. Actuellement, de nombreux algologues, soit des médecins spécialisés dans le domaine de la gestion des douleurs, retiennent l'explication d'un dysfonctionnement du système nerveux central comme responsable de la présence des différents symptômes perçus par une personne atteinte de douleurs chroniques, dont le syndrome fibromyalgique<sup>20</sup>. Cette maladie affecte principalement les tissus mous du corps et, d'après les chiffres que donne Focus Fibromyalgie, une association de patient·e·s atteints de fibromyalgie, 300.000 personnes sont concernées en Belgique. Ce groupe compte aussi bien des femmes que

des hommes. Il faut noter que ce n'est que depuis quelques années que des hommes commencent à parler, osent dire qu'eux aussi souffrent, qu'ils ont mal.

L'endométriose est une maladie gynécologique chronique et évolutive qui touche plus d'une femme sur dix, soit environ 600.000 personnes en Belgique et 190 millions à l'échelle mondiale. Plus précisément, la maladie peut toucher toute personne ayant un utérus et « en âge de procréer », ce qui inclut donc les adolescentes et les femmes ainsi que les hommes transgenres<sup>21</sup>. Des symptômes peuvent se déclarer dès l'arrivée des premières règles jusqu'à la ménopause (voire parfois au-delà), bien que ce soit très variable d'une personne à l'autre. L'endométriose est une maladie qui se caractérise par le développement de cellules d'endomètre (muqueuse, tissu, membrane) en dehors de leur place habituelle, c'est-à-

<sup>20</sup> « Définition – Une douleur chronique et diffuse enfin reconnue », sur : <https://urlz.fr/t5j2>

<sup>21</sup> Personne assignée femme à la naissance et qui plus tard s'identifie garçon/homme.

*“La fibromyalgie, c’est le parcours du combattant. Il y a des matins où on ne sait même pas se lever, se laver devient épuisant, les nuits sont très difficiles parce qu’il faut trouver une position dans le lit, ça fait mal. Cela veut dire que nous n’avons pas un sommeil réparateur.”*

— **Graziella Spina**

dire hors de la cavité utérine. Ces cellules peuvent se développer en différents endroits sur tous les organes abdominaux, soit l’intestin (le rectum en particulier), la vessie, l’uretère (canal reliant le rein à la vessie), mais surtout pelviens, en particulier les ovaires et les ligaments qui soutiennent l’utérus et le péritoine ou le vagin<sup>22</sup>.

## **Quand les femmes en parlent**

Même si l’Organisation mondiale de la santé (OMS) a reconnu la fibromyalgie depuis 1992, comme l’explique Graziella Spina, bénévole et administratrice à Focus Fibromyalgie, « Certains médecins ont encore beaucoup de difficultés à la

reconnaître ou, malheureusement, à y croire. D’autres encore disent même aux patientes qu’ils ne savent rien faire... C’est encore ce qui est ressorti dernièrement des groupes de paroles que nous avons organisés à Bruxelles. “Nous sommes là, on n’en parle pas, on ne nous comprend pas”, soulignaient les femmes présentes, alors que le syndrome est désormais reconnu. » Et Focus Fibromyalgie est souvent amené à en parler dans le cadre des séminaires, colloques et formations professionnelles où ses membres sont invités.

Que disent les femmes atteintes par rapport à ce qu’elles vivent ? « *La fibromyalgie, c’est le parcours du combattant*, confie Graziella Spina. *Parce que, du jour au lendemain, ça vous tombe dessus. Il y a des matins où on ne sait même pas se lever, se laver devient épuisant, les nuits sont très difficiles parce qu’il faut trouver une position dans le lit, ça*

<sup>22</sup> Céline Teret, Endométriose : la douleur des femmes, c’est pas dans la tête !, coll. Droits des patients - Paroles des usagers, Question Santé, 2024, p. 7.

*fait mal. Cela veut dire que nous n'avons pas un sommeil réparateur. » Cette pathologie commence-t-elle de manière aussi soudaine ? « On a remarqué que c'étaient surtout des personnes très minutieuses, méthodiques et stressées qui étaient touchées, poursuit-elle. Qui n'a pas mal une fois aux bras, aux jambes ? On se dit qu'on est fatigué, mais c'est la vie de tous les jours : on travaille, on a des enfants et on s'occupe de sa famille. Et puis, on se rend compte que cela va mal, les douleurs empirent ; on se dit cependant qu'elles vont passer. Et arrive le jour où vous n'arrivez plus à sortir de votre lit... »*

Dans les groupes de paroles qu'elle anime, Graziella Spina présente toujours la fibromyalgie comme un élastique sur lequel on tire : *« On tire, on tire jusqu'à ce que l'élastique s'effiloche. Mais quand il s'effiloche, c'est déjà une alerte. Cependant, on continue et l'élastique finit par se casser. Et quand l'élastique est cassé, ce sont de grosses crises qui arrivent. »*

## Mêmes vécus difficiles avec l'endométriose

*« C'est quoi ce truc qui me broie de l'intérieur ? » Cette question, Laura se l'est posée au moment de ses premières règles, vers l'âge de 12 ans. « Mon gynécologue de l'époque m'a dit que c'était normal d'avoir mal pendant ses règles et m'a mise sous pilule. Mais plus les mois passaient, plus la pilule ne faisait plus d'effet. » La douleur ne la quitte plus. Parfois, Laura s'évanouit de douleur. Et d'autres maux viennent s'ajouter, comme des problèmes digestifs et urinaires, et plus tard, des douleurs intenses pendant les rapports sexuels.*

Céline Teret, *Endométriose : la douleur des femmes, c'est pas dans la tête !* coll. Droits des patients - Paroles des usagers, Question Santé, 2024, p. 11 - <https://urlz.fr/t5Ja>.



## Des difficultés médicales...

Avant que le diagnostic de la fibromyalgie ou de l'endométriose soit posé, il faut généralement compter plusieurs années. Pour la plupart des femmes, faire diagnostiquer l'endométriose ou la fibromyalgie relève du parcours de la combattante. Pour l'une et l'autre pathologie, le parcours est assez similaire. L'association « Toi Mon Endo » qui aide les personnes atteintes d'endométriose le décrit ainsi : « *La première étape*

*est d'aller consulter un-e professionnel-le de la santé (médecin généraliste ou gynécologue). Encore faut-il que le médecin en question ait une bonne connaissance de la maladie et de ses symptômes... Ensuite plusieurs examens peuvent être effectués. (...) Et pour interrompre la progression et l'aggravation de la maladie, Toi Mon Endo milite pour une prise en charge pluridisciplinaire au sein d'une clinique spécialisée d'endométriose<sup>23</sup> ».*

Si, pour l'endométriose, une patiente doit attendre en moyenne sept ans pour être diagnostiquée, il en faut autant si pas davantage (10 à 15 ans) pour les personnes souffrant de la fibromyalgie. Les patient-e-s ne sont cependant pas au bout de leurs efforts, une fois le diagnostic établi. Il n'y a pas de médicaments, à part des antidouleurs classiques<sup>24</sup>. Chez certain-e-s patient-e-s, les ibuprofènes et autres médicaments ana-

<sup>23</sup> Ibidem, p. 12.

<sup>24</sup> Un médicament utilisé dans le traitement de l'Alzheimer fait actuellement l'objet de recherches : chez certain-e-s patient-e-s les douleurs ont fortement diminué, alors que d'autres ont dû arrêter à cause des effets secondaires.

logues soulagent plus ou moins bien les douleurs, alors que chez d'autres, ce n'est nullement le cas.

Avec un diagnostic, il vaut mieux être pris en charge par les centres de la douleur qui sont des centres pluridisciplinaires spécialisés. Malheureusement, comme l'indique Graziella Spina, « *Beaucoup de patientes à Bruxelles essayent d'être prises en charge par les centres de la douleur, elles ont déposé des dossiers. Mais on leur répond qu'il y a deux ou trois ans d'attente. Même à Mont-Godinne (Namur), ils sont saturés. Que font ces personnes en attendant ? Nous leur conseillons d'aller consulter un-e rhumatologue ou un-e neurologue qui comprend la maladie et qui est prête à faire tous les tests car, pour trouver cette pathologie, il faut procéder par élimination. Il faut être sûre qu'il n'y a pas autre chose sous-jacent.* »

## ... et des difficultés sociales

Souvent, les tests (prises de sang, scanners, etc.) ne révèlent rien, alors que le mal-être des patient-e-s est réel. En-dehors des centres de la douleur, la prise en charge de la fibromyalgie reste compliquée. « *Parfois, certains médecins vous disent carrément qu'ils ne savent plus rien faire pour vous et que c'est dans votre tête,* se désole Grazielle Spina. *Et, souvent, les gens sont pris pour des manipulateurs et des fainéants.* »



Au niveau des proches des patient-e-s, le soutien n'est pas toujours présent ou pas toujours celui qui est souhaité. Généralement, quand les proches voient les patient-e-s, ce sont à des moments où ces derniers sont plus ou moins bien : « *Nous essayons de vivre avec. Nous nous taisons, même si parfois nous avons envie de hurler...* ». Mais certaines phrases et réflexions comme « *Tu es quand même bien aujourd'hui...* », « *Tu en as de la chance de ne pas travailler !* », « *Ce n'est quand même pas un cancer, non ?* », « *Tu n'exagères pas ?* », etc., ont de quoi faire sortir de ses gongs même la/le plus zen des patient-e-s. La fibromyalgie fait partie de ces handicaps invisibles qui ne facilitent pas du tout la vie des malades. A ceci s'ajoutent aussi d'autres difficultés : il n'est pas rare que des conjoints partent du jour au lendemain ; que les patient-e-s tombent dans la précarité. Beaucoup de patient-e-s sont en effet bénéficiaires d'allocations sociales (RIS, chômage, mutuelle...), avec, parfois, la difficulté pour certain-e-s de devoir faire un choix entre se soigner et payer ses factures et manger.

Quelles aides pour les patient-e-s souffrant d'endométriose et de fibromyalgie ? D'un point de vue médical, les centres de prise en charge de la douleur spécialisés sont les mieux placés. Mais, les places, comme déjà relevé, sont chères. Pour le reste, les associations de patients, telles que Focus Fibromyalgie et Toi Mon Endo, sont celles qui peuvent aider le mieux à mobiliser différentes ressources pour améliorer leur bien-être. La société et les soignants devraient aussi aider en changeant le regard porté sur ces personnes. Et comme des hommes commencent aussi à parler de douleur, peut-être cela mobilisera-t-il davantage pour que la recherche s'y penche enfin vraiment. Ce serait sans doute très bien pour toutes et tous, mais un mauvais signal tout de même en matière d'égalité et de justice sociale.

— A. Lualaba Lekede

***“Parfois, certains médecins vous disent carrément qu'ils ne savent plus rien faire pour vous et que c'est dans votre tête. Et, souvent, les gens sont pris pour des manipulateurs et des fainéants.”***

— Graziella Spina



### *Pour aller plus loin...*

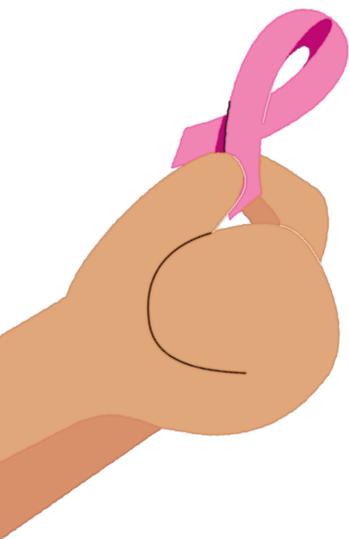
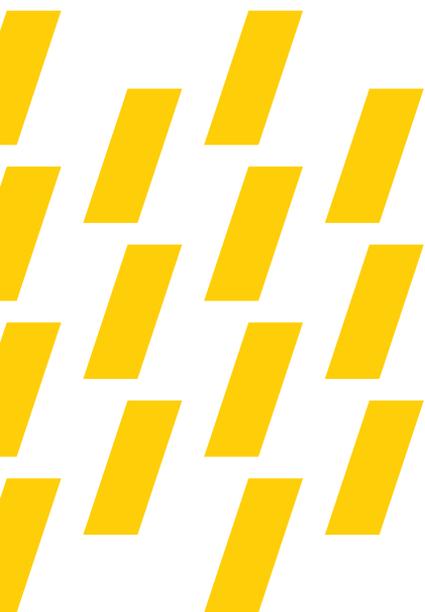
- <https://www.focusfibromyalgie.be>
- <https://www.toimonendo.com/>
- Pauline Gillard, « Adopter une approche de genre en santé », in : Santé conjugulée n° 95, juin 2021, sur <https://urlz.fr/t5Jx>
- « Comment améliorer la prise en charge de l'endométriose en Belgique ? », sur <https://urlz.fr/t5Jr>
- L'endométriose, un calvaire à prendre au sérieux (Communiqué de presse 04/04/2024), sur <https://urlz.fr/t8ub>
- « La matrice du mal », épisode (1/4) du podcast Les fantômes de l'hystérie – Histoire d'une parole confisquée, sur <https://urlz.fr/t5K4>



# Doc san té

INFORMATION  
RÉFLEXION  
ACTION





[WWW.QUESTIONSANTE.ORG](http://WWW.QUESTIONSANTE.ORG)

