



GENRE & PROMOTION DE LA SANTÉ



GENRE & PROMOTION DE LA SANTÉ



Genre & promotion de la santé, Femmes et Santé, Le Monde selon les femmes, Bruxelles, 2018

Outil pédagogique à usage des personnes-relais amenées à présenter des animations en promotion de la santé.

Co-auteurs de ce référentiel :

Pascale Maquestiau : Le Monde selon les femmes (www.mondefemmes.org)

Catherine Markstein : Femmes et Santé (www.femmesetsante.be)

Relecture: Katinka In't Zandt, Claudine Drion, Manoë Jacquet, Florence Tissandier Collado
Illustrations : www.clarice-illustrations.be

Le Monde selon les femmes, 18 rue de la Sablonnière - B 1000 Bruxelles - Belgique
Tél. ++ 32 2 223 05 12 - Fax ++ 32 2 223 15 12
www.mondefemmes.org

Œuvre mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons (BY-NC-SA)



Dépôt légal : D/2018/7926/06

Publié avec l'aide financière :

de la DGD, Direction générale Coopération au Développement et l'Aide humanitaire – Belgique

de WBI, Wallonie-Bruxelles Internationale

de la Fédération Wallonie-Bruxelles

de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale



Belgique
partenaire du développement


Wallonie - Bruxelles
International.be



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES



Table des matières

04	Préambule
05	Partie 1
05	Plantons le décor
09	Partie 2
09	Modules d'animation « genre et promotion de la santé »
11	Module 1 : Comment construire l'approche de genre ?
15	Module 2 : Comment débusquer les stéréotypes sexistes et les discriminations ?
20	Module 3 : Croiser l'analyse des 3 rôles avec le concept du « Care »
25	Module 4 : Requestionner les mécanismes institutionnels
32	Module 5 : Comment les déterminants sociaux de la santé intègrent-ils l'approche de genre ?
41	Module 6 : Deux outils de base pour une approche de genre : besoins pratiques- intérêts stratégiques ; accès et contrôle
49	Partie 3
49	Recommandations pragmatiques sur les façons de travailler
49	Nos publics
51	Nos outils
49	Partie 4
	Ressources
53	Bibliographie
55	Associations

L'idée de créer un « outil genre et promotion de la santé » dans les déclics du genre a germé lors de différentes formations avec des publics divers. Elle s'est développée en observant les activités menées par la plateforme pour la promotion de la santé des femmes, qui oeuvre dans les domaines de la promotion de la santé, de la coopération au développement, de l'éducation permanente ou encore des mouvements syndicalistes.

Tout d'abord, il convient de clarifier et de comprendre l'intérêt de l'approche de genre dans la santé. Alors qu'on a souvent tendance à présenter la santé pour tous comme neutre et équitable, notre démarche cherche à aller plus loin que la division sexuée des approches - comme le relevé de statistiques sexospécifiques - en interrogeant les mécanismes de discriminations qui engendrent des inégalités de droits à la santé de la personne.

Nous abordons des concepts aussi complexes que le modèle hégémonique du médecin : ses pratiques autoritaires et non-inclusives envers les femmes engendrant une asymétrie dans la relation médecin-patient-e, un lien de subordination des usager-es. Dans les actions de santé, les savoirs des patient-es ne sont pas considérés ; la conception et les pratiques médicales sont guidées par une rationalité scientifique qui exclue les autres modèles de santé. Derrière ces pratiques, on observe une volonté de contrôle social et idéologique.

L'étape suivante a été de repérer les inégalités et les mécanismes de discriminations pour ouvrir la voie à une analyse intersectionnelle¹.

L'aller-retour entre le regard collectif et individuel nous a montré l'importance de rester dans les pratiques de groupes de santé autogérés par les participantes, qui s'inscrivent dans une démarche collective et inclusive de la santé (voir le *Déclic du genre Référentiel Auto-santé des femmes*). Celle-ci porte sur la valorisation des compétences et des expertises propres des femmes, qui est le garant de l'horizontalité du partage collectif.

La méthodologie utilisée pour construire les contenus de cette publication est participative. Nous faisons confiance à nos savoirs théoriques et pratiques ainsi qu'à nos intuitions et surtout nous nous attachons à reconnaître et à respecter les compétences de chacun-e.

C'est l'objectif de la collection des *Les déclics du genre* d'offrir des pistes méthodologiques. Celui-ci propose une lecture genre dans les différents domaines de la santé, pas seulement dans celui de la santé reproductive et sexuelle mais aussi en promotion de la santé. Cette démarche demande de connaître les stratégies développées par les mouvements de femmes, d'identifier la place du droit à la santé, au niveau international, dans le lobbying politique, de prendre conscience de l'impact des croyances et de découvrir les propositions utilisées dans les ateliers d'auto-santé².

¹ Cette démarche favorise l'intersectionnalité, qui vise à appréhender de façon globale et croisée les inégalités de sexe/genre, classe, race/ethnicité, âge, handicap et orientation sexuelle.

² *Référentiel Auto-santé des femmes*, Coll. *Les déclics du genre*, Le Monde selon les femmes, 2017.

Plantons le décor

“Vous n’avez rien.”

La tendance dominante dans le secteur professionnel de la santé a dicté la norme entre ce qui est normal et ce qui est pathologique ; elle est fondée sur la « vérité biologique »³ (basée sur les variables biologiques). Cette tendance a été depuis longtemps analysée en termes de pouvoir : dire à une patiente qu’elle n’a rien, contredit ce que l’organisme de celle-ci lui signifie. Si elle n’avait rien, elle ne serait pas là. Le rien est fondé sur le modèle « Normal vs Pathologique » qui représente un pouvoir hégémonique de la médecine.

L’impact n’est pas uniquement dans la relation individuelle, il se retrouve dans la santé publique, qui prescrit ce qui est bon pour la santé. Les normes de Santé publique dictent les habitudes de santé : par exemple, qui, quand et comment il est nécessaire de vacciner. Ce développement de normes commence depuis la naissance, fondé sur le concept normalité vs pathologie renforcé par les institutions pédiatriques et scolaires.

La « normalité » questionne aussi les représentations et interroge sur la nécessité même de la norme.

Voici l’exemple d’une femme qui arrive aux urgences avec une fracture de la main :

- « *Mon mari me frappe parfois, un peu et c’est normal, habituel. Aujourd’hui, il a exagéré.* ». Qu’est-ce qui est normal pour elle ? La normalité est-elle liée à la fréquence ? « *L’habituel est compris comme le normal.* »

Est-il est normal que les femmes d’Afrique subsaharienne subissent des mutilations génitales ? Ce qui relève de la culture est-il « normal » ? Est-il normal que des femmes aient des douleurs menstruelles, qu’elles soient anémiques, qu’au-delà de la cinquantaine elles soient sexuellement inactives et tristes de ne plus pouvoir avoir d’enfants... *Le naturel est-il « normal » ?*

“C’est normal.”

³ Valls-Llobet Carmen, *Mujeres, salud y poder, colleccion Feminismos, Ediciones Catedra, 2009.*

Avec quelles lunettes observons-nous le monde ?

Aucun regard, aucun savoir n'est neutre. Changeons les lunettes pour passer d'une approche centrée sur la santé des femmes à une perspective « genre et santé », centrée sur les rapports sociaux de sexe. Quelle est la différence et pourquoi ce changement ?

L'approche de l'association Femmes et Santé vise à permettre aux femmes de devenir actrices de leur santé, d'améliorer leurs accès aux soins, d'acquérir un regard critique envers l'emprise médicale sur leurs corps et ses cycles reproductifs. Cette approche stimule la valorisation des savoirs et compétences propres des femmes et reconnaît leurs connaissances en matière de santé. Les actions pour promouvoir la santé des femmes sont à la fois participatives et créatrices d'*empowerment/empoderamiento*, elles s'inscrivent dans une **approche globale de la santé**, en réalisant de manière systématique des va-et-vients entre le corps (santé physique) et l'esprit (santé mentale).

L'approche « genre et santé » va plus loin. Elle part du principe que la santé reflète les inégalités sociales. Celles-ci découlent de constructions sociales qui nous enferment dans les stéréotypes du sexe biologique.

L'approche vise à permettre aux femmes de devenir actrices de leur santé

Ces constructions sociales sont idéologiques : elles préservent un système économique fondé sur des rapports de domination. Les discours autour de l'amour maternel utilisé pour assigner les femmes au travail domestique, non payé et invisible, en est un exemple très parlant et universel⁴. Tout le montage mensonger autour de la fragilité du corps féminin en est un autre : selon cette représentation sexiste, le corps des femmes a besoin d'être assisté et surtout contrôlé tout au long de la vie, au cours de cycles reproductifs ou non-reproductifs.

Les femmes et leurs corps ne sont pas fragiles en soi, mais se voient fragilisés par des valeurs sociétales péjoratives, qui les enferment dans des rôles considérés comme spécifiquement féminins. Cette fragilité s'accroît quand elle est combinée à des facteurs de précarité : être une jeune mère ou cheffe de famille monoparentale, être âgée, migrante, handicapée ou encore affaiblie par une maladie. Ce constat est d'autant plus vrai dans le contexte socioéconomique actuel où les mesures d'austérité adoptées à différents niveaux de pouvoir, - par exemple, la dégressivité des allocations de chômage - ont un impact direct sur le niveau socioéconomique et la santé, et plus sévèrement encore chez les femmes⁵. Ces rapports sociaux inégalitaires produisent des conditions de vie défavorables à la santé.

⁴ JACQUET Manoë, *Stigmatisation de la maternité dans une société néolibérale*, PPSF, Etude 2017.

⁵ Appel de féministes belges contre le pacte budgétaire, Vie Féminine, 2013 : http://www.viefemine.be/IMG/pdf/Appel_de_feministes_belges_contre_le_Pacte_budgetaire-2.pdf

Pour comprendre les liens entre l'approche de genre et la santé, une analyse politico-économique est indispensable. Celle-ci rend visible :

- les liens entre les lobbys pharmaceutiques et les responsables de la Santé publique,
- le discours médical dominant et dogmatique, méprisant les compétences collectives sur la santé,
- les déséquilibres criants et injustes de répartitions budgétaires entre médecine préventive et la promotion de la santé.

Dans l'approche de « genre et santé », le regard n'est pas seulement tourné vers les inégalités entre hommes et femmes mais aussi vers les discriminations ethniques, sociales, générationnelles et s'intéresse aux degrés de vulnérabilité au cours des cycles de la vie (personnes isolées, âgées, handicapées, à mobilité réduite, précaires, exploitées, trans, prostituées, homosexuelles...). Ce croisement permet de mettre en lien les différents systèmes de domination sans les hiérarchiser : on parle du concept d'intersectionnalité. L'analyse des degrés de discriminations constitue une base importante pour comprendre le **genre comme déterminant transversal de la santé**.

La santé est considérée comme un bien commun⁶

Dès lors comment ramener la santé au statut du bien commun collectif ?

- Comment changer les rapports hiérarchisés avec les institutions, plus spécifiquement avec l'institution médicale (Fassin⁷) ?
- Comment sortir les questions du bien-être et de la santé de la consultation médicale, du colloque singulier, de rapports très hiérarchisés entre soignant-e-s / soigné-e-s ?
- Comment promouvoir la participation de la personne malgré sa vulnérabilité ?
- Comment favoriser l'horizontalité des échanges, l'*empowerment* et le pouvoir d'agir ?

A travers ce Déclic, nous souhaitons proposer des pistes et aider à aborder la promotion de la santé à partir d'une analyse de déterminants sociaux qui intègre l'approche de genre.

La méthodologie propose de comprendre les enjeux liés à l'approche de genre à partir de la vie quotidienne. La place du questionnement fait partie de la dynamique : tensions entre vie professionnelle et familiale, maternité, allaitement, contraception pour les femmes et les hommes... dans une société tournée vers la performance, la productivité et l'individualisation. Elle vise aussi à comprendre quelles sont les répercussions des représentations et mythes normatifs auxquels les femmes et les hommes sont confronté-es dans leur vie quotidienne concernant leur corps, leur santé, leur sexualité... Elle cherche à éclairer la raison pour laquelle le système socio-économique a besoin de ces stéréotypes pour fonctionner.

⁶ <http://www.outilsdusoin.fr/spip.php?article244>

⁷ FASSIN Didier, *Le sens de la santé, anthropologie des politiques de la vie in Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Chapitre 14, pp. 383-399. Québec : Les Presses de l'Université Laval ; 2005.

Intégrer la dimension de genre dans une démarche de promotion de la santé consiste aussi à reconnaître la personne dans sa dimension plurielle, à valoriser son bien-être individuel et collectif, à reconnaître les conditions de vie nécessaires à l'exercice de ses droits. En promotion de la santé, la question des droits est importante ; s'approprier l'information permet de faire valoir ses droits pour être libre de faire ses propres choix. Le mouvement social, inhérent au projet de promotion de la santé, permet de combattre collectivement les discriminations, à commencer par celles basées sur le genre.

Pour conclure cette introduction et illustrer la relation entre l'approche de genre et la promotion de la santé, prenons la métaphore du fleuve.

La métaphore du fleuve

La vie d'un être humain est un fleuve, plus ou moins dangereux, avec des changements permanents. Tous les êtres humains se déplacent sur ce fleuve, en des endroits différents. Dès lors, la question en matière de promotion de la santé est la suivante : « A quel endroit du fleuve se trouve une personne et sait-elle bien nager ? »

L'aptitude à nager correspond aux **ressources internes** (= aptitudes individuelles) **et externes** d'un être humain. Le fleuve représente les conditions de vie de la personne, son genre, son accès aux ressources et à l'éducation, sa classe sociale, son ethnie... La promotion de la santé, par ses actions politiques et sociétales, soutient les ressources internes de la personne et s'engage à renforcer les **ressources externes**, qu'on appelle aussi les déterminants sociaux de la santé. Elle doit tenter d'aménager le fleuve pour permettre à chaque être humain de développer et d'encourager ses aptitudes individuelles à la natation, et d'aménager le fleuve pour le rendre moins dangereux afin qu'on puisse y nager dans les meilleures conditions possibles.

A partir de cette métaphore, nous pouvons identifier **trois stratégies d'action**, qui définissent le socle de la philosophie « genre et santé » :

- La participation citoyenne,
- L'autonomisation et la reconnaissance de la vulnérabilité,
- L'équité et la justice sociale.

**PARTICIPATION
CITOYENNE**

**AUTONOMISATION ET
RECONNAISSANCE
DE LA VULNÉRABILITÉ**

**ÉQUITÉ ET
JUSTICE
SOCIALE**

6 modules d'animation « genre et promotion de la santé »

- 1• Comment construire l'approche de genre ?
- 2• Comment débusquer les stéréotypes sexistes et les discriminations ?
- 3• Croiser l'analyse des 3 rôles avec le concept du *Care*.
- 4• Requestionner les mécanismes institutionnels.
- 5• Comment les déterminants sociaux de la santé intègrent-ils l'approche de genre ?
- 6• Deux outils de base pour une approche de genre : besoins pratiques- intérêts stratégiques ; accès et contrôle.

Pour mettre en œuvre une approche de genre dans la promotion de la santé, Le Monde selon les femmes et Femmes et Santé proposent 6 modules. Chacun intègre une partie théorique où sont abordés les **concepts**, une **mise en pratique** fondée sur un exercice et une analyse enrichie d'**éléments de discussion** (sous forme de commentaires et de lectures d'appui).

Module 1 : introduction de la démarche, mise en place du concept de l'approche de genre.

Module 2 : comprendre la façon dont la notion de « santé pour tous » peut oblitérer la santé pour toutes ; la santé n'est ni neutre ni égalitaire. La division sexuée des analyses, comme le relevé de statistiques sexospécifiques (Nombre de femmes, nombre d'hommes ayant tel ou tel problème de santé), est certes une des premières étapes incontournables pour commencer à intégrer l'approche de genre. Cependant, il s'agit d'aller plus loin que la perception des différences liées aux organes masculins ou féminins, de **rechercher les mécanismes de discriminations** qui engendrent des inégalités de droits à la santé de la personne. Cette recherche s'applique autant à la personne demandeuse du service qu'à celle qui le produit, quelle que soit la place qu'elle occupe dans la hiérarchie des institutions et dans la société, quel que soit le contexte dans lequel elle vit.

Module 3 : pour débusquer les préjugés et les discriminations liés au genre, nous proposons de décortiquer les situations de crises et de les mettre en perspective avec la grille de lecture « les 3 rôles » et le concept de *Care*. Une approche de genre en santé implique que les statistiques sexospécifiques soient analysées au regard des rôles des femmes et des hommes dans la société.

Module 4 : chercher les approches de genre adoptées dans les organisations. La grille «femmes et santé et genre et santé » est utile pour se questionner sur : qu'est-ce que travailler avec les femmes ? Doit-on intégrer la présence d'hommes et, si oui, comment ? ou encore travailler dans un milieu mixte ?

Module 5 : l'approche genre s'ajoute aux déterminants sociaux et non-médicaux de la santé. Comment ceux-ci sont-ils influencés par l'approche de genre ?... En avant avec l'outil de OMS !

Module 6 : les constats terminés, construction d'une base d'intervention : d'abord chercher les besoins pratiques et les intérêts stratégiques dans la santé de chacun-e, puis enrichir l'analyse avec la grille « accès et contrôle des ressources » qui facilite la construction de stratégies individuelles et collectives.

La notion d'*empowerment/empoderamiento* dans le domaine médical est revisitée, incluant la dimension collective et non seulement individuelle ; elle est abordée dans la partie 3.

Ces différents modules ont été testés et par la suite améliorés dans le cadre d'une réflexion menée avec la Plateforme Santé Solidarité⁸. Des ateliers ont été organisés un après-midi par mois pendant six mois. Cela permettait de retourner dans son institution, d'observer les situations vécues et d'en discuter à la séance suivante. Les formatrices ont observé que la charge professionnelle amenait un « coup de pompe » vers 15H30-16H00, elles ont donc opté pour inclure systématiquement un moment de détente, proposé dans le référentiel auto-santé des femmes, pour maintenir une qualité d'attention. Ce moment a été très bénéfique pour intégrer une pratique de santé favorisant une reprise agréable de la tâche et du reste de la journée.

Lectures d'appui

Pour approfondir les notions d'animation ou de formation, deux *Déclics du genre* sont disponibles et faciliteront le développement de méthodologies et de techniques. Des orientations pédagogiques sont proposées et peuvent, d'une part renforcer le savoir-faire des formateurs et formatrices, d'autre part améliorer l'appropriation des concepts par les participant-e-s :

- Modules genre - Formations et animations du Sud au Nord, Le Monde selon les femmes, Bruxelles, 2017
- *Référentiel pour les formatrices et formateurs en genre et développement*, Le Monde selon les femmes - CIEF genre, Réseau Genre en Action, Adéquations, Aster-International, Collection Les déclics du genre, Le Monde selon les femmes, Bruxelles, 2015.

⁸ <http://www.sante-solidarite.be>

MODULE 1

Comment construire l'approche de genre ?

En quoi l'approche de genre nous concerne, en tant qu'actrices et acteurs de santé ?

Les professionnel·les de la santé sont conscient·es que les inégalités de santé sont socialement construites puisque les conditions de vie varient suivant les régions et les époques. On parle d'ailleurs d'inégalités sociales de santé. Les professionnel·le·s sont également conscient·e·s d'une série d'inégalités et différences qui existent entre les femmes et les hommes, par exemple : l'accès à l'emploi, le fait de se sentir en sécurité, le vécu de la parentalité, etc.

En intégrant l'approche de genre dans notre grille d'analyse des inégalités sociales de santé, nous comprenons plus finement la façon dont elles se construisent et leur impact sur la santé des femmes et des hommes. L'approche de genre révèle et analyse les différents rapports de pouvoir qui structurent la société. Elle dénonce un système de différenciation et de hiérarchisation de la société.

Elle propose également des outils pour promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes, dont le *mainstreaming de genre*. C'est l'intégration systématique des conditions, des priorités et des besoins propres aux femmes et aux hommes, dans toutes les politiques, en vue de promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes⁹.

L'approche de genre n'efface pas les inégalités sociales liées à d'autres éléments mais, au contraire, elle les entrecroise : c'est ce qu'on appelle l'intersectionnalité. Ainsi, les femmes et les hommes ne vivent pas les mêmes expériences selon leur origine, leur groupe d'appartenance, leur classe sociale, leur religion, etc. Pour éviter les discriminations, en Belgique, il existe notamment une loi¹⁰.

L'approche de genre n'efface pas les inégalités sociales liées à d'autres éléments mais, au contraire, elle les entrecroise : c'est ce qu'on appelle l'intersectionnalité.

⁹ Pour consulter les différentes lois et décrets en Belgique :

www.egalite.cfwb.be/index.php?id=12081 « Le 12 janvier 2007, la Belgique a adopté une loi ayant pour objectif de renforcer l'égalité des femmes et des hommes en intégrant la dimension de genre dans le contenu des politiques publiques définies au niveau fédéral belge. Le gender mainstreaming n'est donc plus un engagement informel, il constitue désormais une obligation légale » https://igvm-iefh.belgium.be/fr/activites/gender_mainstreaming/legislation

¹⁰ 2007 www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2007051035&table_name=loi et le Décret du 12 décembre 2008 relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination, Belgique - Communauté française

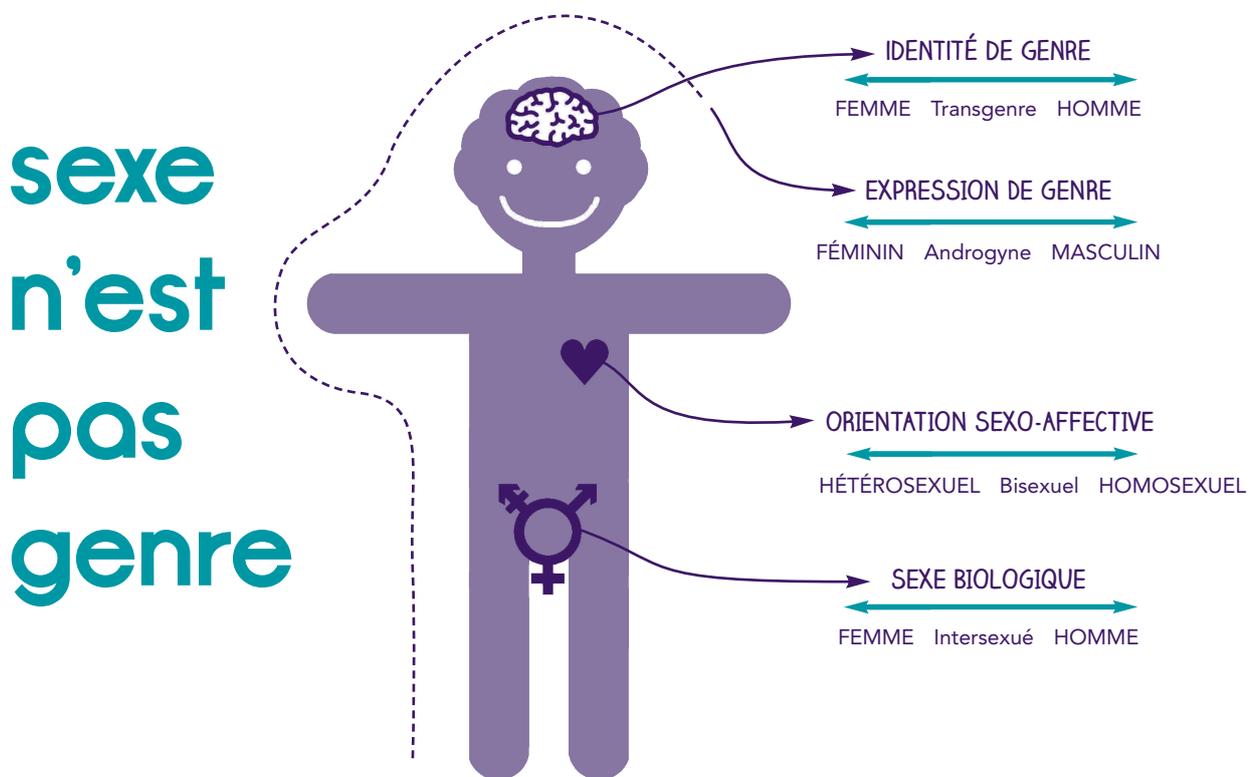
Concept

Sexe n'est pas genre

Qu'est-ce qu'on entend par genre ?

Ce terme souligne le fait que les rôles féminins et masculins ne sont pas définis par le sexe (caractères biologiques) mais par la société. Le genre est une construction sociale. Il s'agit bien d'un problème social qui ne doit pas être seulement résolu par les femmes.

Les relations de genre sont les voies par lesquelles une société définit les droits, les responsabilités, les identités (féminine/masculine) et détermine le type de rapports sociaux entre les femmes et les hommes. Elles influencent les conditions de vie de chaque catégorie et fixent leur position et leur pouvoir dans la société.



D'après : European Evaluation Society and the Latin America and Caribbean Evaluation Network (RELAC) "Guide to including a gender+ perspective in VOPEs : innovating to improve institutional capacities", 2015.

Les relations de genre ne sont pas figées :

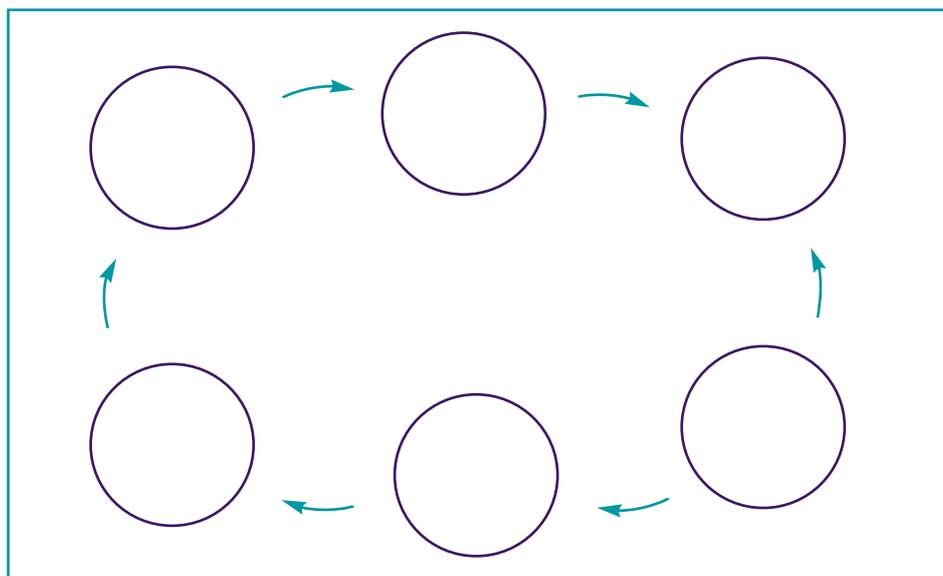
- elles sont différentes selon le lieu, d'une culture à l'autre, d'une religion à l'autre ou d'une société à l'autre ;
- elles sont influencées par différents facteurs tels que : la classe sociale, l'ethnie, l'âge, l'orientation sexuelle, etc. ;
- elles évoluent dans le temps ;
- elles sont dynamiques et au centre des relations sociales ;
- elles sont caractérisées par leur inégalité : il y a une hiérarchisation et les hommes ont une place privilégiée par rapport aux femmes.

Déroulement

Le groupe de participant-es va être amené à travailler lors de 6 modules, il est nécessaire de prendre le temps de se connaître afin de pouvoir partager sans peur. La présentation de soi est l'occasion d'introduire le concept de genre. L'exercice s'inspire d'un outil : le CV genre.

- **Présentation sur base du CV genre**

- Reproduire le schéma ci-dessous (CV genre) sur une feuille A4 et le distribuer à chacun-e.



- Proposer d'écrire dans les ronds des mots-clefs évoquant les moments où chacun-e a pris conscience d'avantages ou de désavantages d'être de tel ou tel sexe. Pour faciliter le remplissage, ne pas hésiter à donner des exemples de la vie privée ou publique.

- Faire un tour de table où chacun-e se présente : « Présentez-vous et choisissez des éléments que vous voulez partager qui raconte votre histoire genre ». (Selon le temps, l'animation peut être écourtée en demandant de n'évoquer qu'un ou deux éléments).

- **L'apport conceptuel vient dans un deuxième temps** : la construction de la définition de l'approche de genre se fait à partir des apports des participant-es. Le schéma et les éléments de définition de l'approche de genre sont transcrits sur un support (écrit ou power point).
- **Favoriser la discussion** permet de relier les apports du CV genre et les éléments de définition.

Voici, à titre d'exemple, quelques réflexions apportées lors des séances :

- « La sexualité, chez la femme dans la cinquantaine, dépend fortement du contexte spécifique dans lequel elle évolue (la possibilité du dialogue dans le couple...) ; elle n'est pas déterminée biologiquement. La reproduction, la maternité dépendent également du contexte social. »
- « Dans ma famille, les femmes n'ont jamais travaillé, je suis la première à avoir un boulot à l'extérieur ».
- « Dans le service, j'entends des commentaires que ce sont plutôt les hommes qui sont toxicomanes, je n'avais jamais mis en question ce commentaire. »
- « Notre identité est-elle figée ? est-elle sexuée ? sexuelle ? Par quoi est-elle déterminée ? Ne doit-on pas mettre le questionnement du genre sur les enjeux de société et parler de rapports sociaux de sexe ou de sexe socialisé ? »
- « L'approche de genre ne se limite pas à l'orientation sexuelle. Alors, cela concerne tout le monde ! C'est nouveau pour moi. »
- « La théorie du genre dont nous parle la religion n'a donc rien à voir ! »
- « On retrouve ici de nombreux stéréotypes qui reposent sur cette idée que la femme doit être assistée, qu'elle est fragile et vulnérable et l'homme fort, dynamique et courageux. »

Lectures d'appui

- Les essentiels du genre 01, Approche genre, Le Monde selon les femmes.
- Modules genre - Formations et animations du Sud au Nord, Coll. Les Déclics du genre, Le Monde selon les femmes. Cet ouvrage contient d'autres propositions d'animation qui peuvent être mieux adaptées par rapport au public pour approfondir le concept.

LES RÔLES FÉMININS ET MASCULINS NE SONT PAS DÉFINIS PAR

LE SEXE (CARACTÈRES BIOLOGIQUES)

MAIS PAR

LA SOCIÉTÉ.

LE GENRE EST UNE CONSTRUCTION SOCIALE.

MODULE 2

Comment débusquer les stéréotypes sexistes et les discriminations liées au genre ?

Débusquer dans nos pratiques les préjugés et discriminations sexistes est un travail de questionnement

- La prise de risque ou de mise en danger est-elle plus courante chez les hommes ? Les femmes vont-elles plus facilement consulter et mieux suivre les indications médicales et ainsi vivre plus longtemps que les hommes ?
- La différence de comportement est en général l'analyse proposée en matière de genre. N'est-elle pas stéréotypée ? Quel préjugé cela renforce ? Quelles discriminations cela peut-il provoquer ?
- La promotion de la santé est-elle influencée par les normes de genre ? Les actions en promotion de la santé peuvent-elles renforcer les normes liées aux rôles sociaux basés sur le sexe ?
- Dans une campagne pour une alimentation saine : qui prépare le repas ? Le message s'adresse-t-il toujours aux femmes ?
- Une campagne pour l'allaitement s'adresse-t-elle uniquement aux femmes ?
- Lors d'une campagne pour l'utilisation du préservatif : par qui et comment est-il proposé ? Le message qui implique des hommes est-il sur le mode du jeu sexuel alors qu'il est proposé aux femmes comme une responsabilité en matière de santé ?

Ainsi, en matière de santé publique, l'affirmation selon laquelle les femmes seraient en meilleure santé parce qu'elles ont une espérance de vie plus longue, omet de préciser que celles-ci vivent plus longtemps mais en moins bonne santé et dans de moins bonnes conditions pour maintenir la santé¹¹.

Débusquer dans nos pratiques les préjugés et discriminations sexistes est un travail de questionnement.

¹¹ Travaux de CAMBOIS E, citée par BAJOS N, *Appréhender la santé comme révélateur social des rapports de pouvoir*, dossier Genre et santé, revue la Santé en action, N°441, 2017, p11.

Ce procédé permet de débusquer ces « évidences » jamais questionnées :

« Tout le monde parle de l'ostéoporose comme maladie qui touche 1 femme sur 3 après la cinquantaine. C'est faux ! Il ne s'agit pas de l'ostéoporose (qui est une maladie chronique dont environ 7 % de la population est atteinte) mais de l'ostéopénie, qui n'est pas une maladie mais l'état physiologique des os d'une personne qui vieillit. L'ostéopénie signifie la diminution de la masse osseuse. La prévention contre les fractures, plus fréquentes chez la personne âgée, consiste au niveau collectif à réaménager l'espace public et au niveau individuel de rester en mouvement et faire régulièrement de l'exercice physique et commencer cela aussi tôt que possible. Le mythe de l'ostéoporose comme maladie des femmes vieillissantes se construit à partir de préjugés sexistes qui projettent sur le corps de femmes après la cinquantaine une image de fragilité, de processus destructif et de faiblesse de leurs os (la femme cassable, la vieille courbée...). L'espace public, les parcs, les places, les terrains de sport, les salles de sport, sont des lieux de prévention contre la diminution de la masse osseuse. Or, on observe une désertion de ces lieux par les femmes dès leur plus jeune âge. Parmi les personnes qui travaillent, plus d'hommes pratiquent un sport après le travail, ils ont plus de temps libre pour les loisirs (voir le triple rôle des femmes dans le module 3). Ce ne sont donc pas les os "naturellement plus fragiles" des femmes mais les différences de vie selon le genre qui expliquent l'importance de l'ostéopénie chez les femmes. »

De la même manière, on peut s'inspirer des travaux de l'anthropologue Françoise Héritier, qui met en question les « évidences » sur la différence de taille entre femmes et hommes¹².

Concepts

Stéréotypes, préjugés et discrimination

Identifier davantage de messages stéréotypés, reposant sur des préjugés, afin d'éviter la discrimination et les violences de tout type, aussi dans le domaine de la santé.

- **STÉRÉOTYPE** – croyance ➤ image attribuée à toutes les personnes d'un même groupe
Ex : « Les hommes n'aiment pas consulter un médecin ».
Les stéréotypes de genre sont des croyances socialement construites par rapport aux femmes et aux hommes. Les vecteurs peuvent être les dictons, chansons, proverbes, les médias, la religion, l'éducation... mais aussi les formations, les recherches¹³, les injonctions... N'oublions pas que les relations de genre sont un construit social qui fixe la position et le pouvoir de chaque genre dans la société. (« Un homme à la cuisine, c'est le mauvais œil qui arrive ».)
- **PRÉJUGÉ** – jugement ➤ conviction que nous possédons avant d'entreprendre une recherche quelconque (en contexte)
Ex : « Toute épisiotomie est salvatrice ».

¹² *Pourquoi les femmes sont-elles plus petites que les hommes ?* Un film de Véronique Kleiner. Arte, France, 2013 Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=ZU_ortjatyc

¹³ Dans le milieu de la santé, les recherches se portent surtout sur des hommes blancs entre 20 et 50 ans, hétérosexuels et de classe moyenne.

- **DISCRIMINATION** - attitude ► comportement refusant aux personnes l'égalité de traitement à laquelle elles aspirent ou ont droit, comme par exemple ne pas aborder la question des différents moyens de contraception avec les hommes.
Ex : « Je ne m'occupe pas de cette femme diabétique, car les femmes savent cuisiner et elle ne fait rien. »

Déroulement

- **Clarifier les concepts** de stéréotypes, préjugés et discrimination. L'apport conceptuel vient en premier: les éléments de définition sont transcrits sur un support (écrit ou power point).
- **Proposer de lister** par deux des exemples de stéréotypes, préjugés et discriminations.
- **Proposer une série d'affirmations** (voir fiche de phrases à discuter).
- **Favoriser la discussion** qui permet de relier les apports du groupe et les éléments de définition.

Analyse et discussion

Les pratiques discriminatoires sont souvent liées à des croyances et des représentations que l'on a de l'autre. Le rôle de croyances dans nos pratiques apparaît : donner des exemples où on croise racisme et sexisme.

- « Après les IVG, on propose plus vite un antidouleur à une femme du Nord de l'Afrique (car elle est plus expressive quand elle souffre) qu'à une femme de l'Europe de l'Est ou de l'Afrique subsaharienne qui supporte mieux la douleur ».

Des résistances au changement vont aussi apparaître :

- « on a toujours fait comme cela, pourquoi changer, elle n'a qu'à s'adapter ».

Mais il faut aussi dépister les nouveaux mécanismes influencés par le contexte ambiant.

- « Je me sens discriminé-e parce qu'on m'oblige à faire un soin contraire à ma croyance »
- « ma religion m'interdit de laver une personne euthanasiée. »
- « Je ne peux pas prendre de médicaments car je jeûne. »

Faire évoluer la discussion en interrogeant les liens entre la personne privée et la personne publique :

- « Est-ce que mes prises de position dans ma vie privée influencent ma vie publique ? Est-ce que cela peut conduire à des préjugés, voire des discriminations, vis-à-vis de mon public ? Est-ce que cela peut faire débat au sein d'une équipe ? Est-ce que cela change ma/notre pratique et l'institution ? ».

On constate, dans notre société, que sous couvert de liberté de choix, de « tolérance », on empêche une prise de position claire. Cela favorise un relativisme culturel et se traduit par des lectures pseudo-anthropologiques de la société de l'autre. Des lors, qui prend la décision lorsque la situation n'est pas négociable ? ¹⁴

- « Cela me fait penser au projet santé mené par mon ONG. Après une animation au cours de laquelle les femmes avaient reçu beaucoup d'informations sur la contraception, elles ont exprimé le fait qu'elles connaissaient déjà tout cela... le problème c'est que nous n'avons pas d'intimité, ont-elles ajouté ».

Support d'animation

Fiche de phrases à discuter

Autonomie :

Une croyance existe selon laquelle les femmes occidentales seraient plus autonomes que les femmes africaines. Les professionnel-le-s expliquent cela par la différence culturelle. Il s'agit pourtant d'une question de genre. Qu'est-ce que c'est : un stéréotype ? un préjugé ?

Douleur :

Les femmes sont douillettes. Les hommes avec un petit bobo sont très sensibles. Comment aborde-t-on la question de la douleur ? Est-ce un préjugé ?

Une étude récente montre une différence, dans le ressenti de la douleur, entre les hommes et les femmes malades. Cela peut-il amener à une discrimination ?

Un outil a été créé pour éclairer le choix du/de la gynécologue dans l'accompagnement de la patiente. Or, on constate régulièrement que le/la soignant-e se met à la place de l'homme qui accompagne la femme, en empêchant finalement l'émancipation de la future mère. Ce choix ne devrait-il pas revenir à la femme ?

Et au Sud lors de l'accouchement, face à la douleur, certains médecins hommes africains considèrent que la grossesse n'est pas une maladie et que la femme n'a dès lors pas besoin de médicament pour atténuer la douleur. Qu'est-ce que c'est ? Un stéréotype ? Un préjugé ?

Discrimination :

Les femmes qui flânent dans l'espace public, c'est encore rare. Elles doivent toujours avoir une bonne raison pour y être, et a fortiori si elle n'est pas habillée comme les autres ! Par contre les hommes circulent sans que cela leur pose problème. Qu'est-ce que c'est ? Un stéréotype ? Un préjugé ?

La semaine dernière dans nos discussions, il était question de situations qui mêlent racisme et sexisme. A. explique qu'au centre d'accueil, on se réfugie très vite derrière la culture pour expliquer certains comportements, certaines situations (comme des mariages précoces ou l'excision)... Cela empêche souvent d'aller plus loin. Cela peut-il mener à une discrimination ?

¹⁴ Pour aller plus loin voir *Genre et croyances*, Les déclics du genre, Le Monde selon les femmes p 9.

Aller au-delà des discriminations et encourager la volonté de changement pour l'égalité.

La psychologie sociale a mis en lumière les concepts de stéréotypes, préjugés et discriminations dans un schéma présenté de façon linéaire.

Au-delà de la prise de conscience, il est possible de dégager des pistes utiles pour des politiques publiques, ainsi que pour des changements individuels afin de construire le vivre ensemble et l'égalité. C'est pourquoi, on peut ajouter une quatrième étape : la recherche du vivre ensemble en favorisant la réflexion. En effet, en animation de groupe, se limiter aux 3 étapes peut sembler déterministe et même provoquer une **activation du stéréotype** (« je n'avais jamais pris conscience que j'étais perçu.e comme appartenant à une catégorie discriminée ») ou par la **menace stéréotypique** (« puisqu'il m'est proposé de faire quelque chose pour sortir de cette discrimination, c'est que de moi-même je n'en suis pas capable »).

On peut ajouter
une quatrième
étape :
la recherche
du vivre
ensemble en
favorisant la
réflexion.

Quelques propositions

- Le travail de groupe dans une approche d'**empowerment-empoderamiento** où le groupe cherche à construire collectivement et personnellement de l'émancipation et de l'égalité.
- Le **contact intergroupes** pour permettre un maximum de rencontres et favoriser la découvertes de personnes de cultures différentes.
- La recherche du « Nous tous et toutes », telle que la propose la démarche des Intelligences citoyennes de Majo Hansotte.¹⁵
- Dans les **politiques publiques**, rendre visible la valeur de la diversité, adopter des actions positives.

Lectures d'appui

- MARKSTEIN Catherine, RIXOUT Ariane, Genre, féminisme et pratiques médicales, in Revue Politique 101 p 95-101, Bruxelles septembre 2017 ; l'article se trouve chez l'auteure : catherine.markstein@skynet.be ou https://www.revuepolitique.be/revue/?politique_numero=101
- Changeons de lunettes : Pour une approche globale et féministe de la santé RQASF, 2008 http://rqasf.qc.ca/files/RQASF-Synthese_Cadre_PS_2009.pdf
http://www.platormefemmes.be/IMG/pdf/Notre_corps_nous_appartient.pdf

¹⁵ HANSOTTE Majo, *Mettre en œuvre les intelligences citoyennes*, Les déclics du genre, Le Monde selon les femmes, 2013.

MODULE 3

Croiser l'analyse des 3 rôles avec le concept du Care

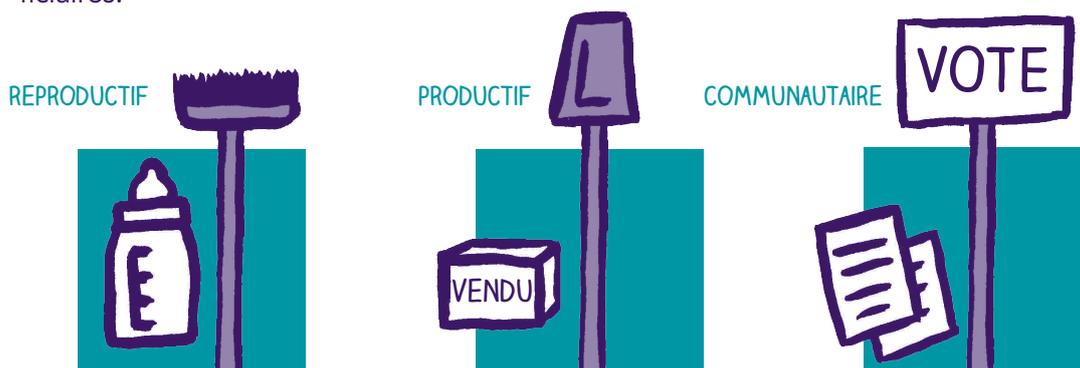
L'analyse des 3 rôles permet de porter l'attention sur les activités réalisées par les femmes et les hommes tout au long de leur vie. Poser les questions suivantes : « qui est responsable ? », « qui fait quoi ? », « pendant combien de temps ? », « où et avec qui », permet de mieux adapter les réponses en matière de santé. Cette analyse, habituellement utilisée lors de l'élaboration de projets ou programme dans le développement, n'est pas encore systématique dans le domaine de la promotion de la santé.

Lors de la planification d'actions en promotion de la santé, la question posée devrait être : « dans quelle mesure les rôles sociaux attribués aux femmes et aux hommes contribuent-ils à expliquer les différences en ce qui concerne les causes et les conséquences du renoncement aux soins de santé ? » Cette question est essentielle pour la mise en place de conduites préventives. L'analyse exhaustive des 3 rôles offre un début de réponse qui met en perspective l'accès et le contrôle des ressources en santé (abordé dans le module 6).

L'analyse des 3 rôles ou le profil des activités permet de :

- visualiser les types de travail peu reconnus ou valorisés,
- détecter les différentes conséquences de la division sexuée du travail qui ont des impacts différenciés en matière de santé,
- planifier l'impact de la programmation ou action auprès des publics cibles (la disponibilité et l'engagement - parfois demandé, parfois nécessaire - pour réaliser de nouvelles activités de promotion de la santé),
- aider les bénéficiaires à identifier les problèmes ou besoins qui engagent leurs responsabilités et obligations quotidiennes,
- connaître l'interdépendance et la réciprocité de chacun-e dans la vie quotidienne.
- questionner les frontières entre l'espace privé et l'espace public.

Il est évident que pour réaliser ce type d'analyse il est nécessaire d'impliquer les bénéficiaires.



Concept

Les trois rôles et le Care

Les trois rôles

Les 3 rôles cherchent à définir les profils d'activités des hommes et des femmes à chaque étape du cycle de vie. La répartition de ces 3 rôles entre hommes et femmes, et suivant les générations, est différente d'une époque à l'autre, d'un endroit à l'autre, d'une culture à l'autre, d'un milieu socio-économique à l'autre. Dans une même société, ces rôles évoluent dans le temps et selon le lieu et le groupe d'appartenance.

- **Le rôle reproductif** comprend les tâches domestiques nécessaires pour que soient garantis l'entretien et la reproduction biologique (la responsabilité de mettre au monde) mais aussi la reproduction sociale (le soin et l'entretien de la force de travail : les adultes et les enfants en âge actif) et les soins auprès de la future force de travail (bébés et enfants en âge scolaire) ou de l'ancienne génération (soins aux personnes âgées). Pour ces soins prodigués, il n'y a pas de rémunération prévue. La reconnaissance sera difficile ou sera surinvestie. (référence à la naturalisation de l'instinct maternel qui a été déconstruit et invalidé dans les années 80).
- **Le rôle productif** comprend le travail exécuté contre paiement en nature ou en espèces. Il comprend la production de marchandises ayant une valeur d'échange ou la production de subsistances ou de services domestiques ayant une valeur d'usage, mais aussi une valeur d'échange potentielle. De nombreuses femmes travaillent ainsi dans le secteur d'aide et de soins en l'échange d'un salaire. Le secteur du soin aux autres ou d'aide sociale est souvent peu reconnu.
- **Le rôle communautaire** comprend des activités d'administration de la communauté. Elles assurent à celle-ci services et cohésion. Ce rôle est assumé par les pouvoirs publics, par des groupements ou des personnes. C'est ce rôle que l'on endosse lorsqu'on s'exprime en tant que citoyen-ne. Les groupements permettent souvent de poser des questions d'ordre politique, de justice ou de droits humains. Le souci de l'autre dans l'entraide est présenté sous la forme de volontariat ou bénévolat. Ce rôle sera rarement visible. Pourtant si toutes les associations d'aide à la personne arrêtaient leurs engagements, il y aurait une perte importante de cohésion sociale et de solidarité.

Le Care

« Le Care est un mot anglais : il est donc tentant de vouloir le traduire. Mais en français, il n'existe pas de mot qui revête avec justesse la pluralité des dimensions du terme anglais Care. On parle de soins médicaux, souci des autres, prendre soin des autres, attention aux autres, sollicitude et bienveillance vis-à-vis des autres et de notre environnement. D'une certaine manière, c'est ce qui fait tout son intérêt et qui justifie que cette notion ne doive pas forcément être traduite mais intégrer le langage courant. « Le Care c'est « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tout élément que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie¹⁶ ».

¹⁶ TRONTO Joan, *Pour une éthique du care*, Editions La Découverte, 2009, p. 143.

La répartition inégale du *Care* illustre l'impact de l'approche de genre sur notre santé. Le *Care* - aussi appelé sollicitude/soin/souci des autres/ou attention à autrui - est une notion qui désigne à la fois une attitude personnelle de sensibilité aux besoins d'autrui, les responsabilités que cela implique, tout autant que les activités de prise en charge d'une personne vulnérable, que ce soit sous forme bénévole (le plus souvent dans le cercle familial) ou professionnel¹⁷ ».

Ce n'est pas prendre soin mais **bien** prendre soin, cela sous-entend une qualité d'attention ; cela implique une responsabilité et des compétences. Il ne peut pas se définir par une seule énumération de tâches. Il correspond à « un travail de coordination des temporalités, et aussi de mise en relation de différents protagonistes (professionnels et différents membres de la famille) qui ont généralement des logiques et des points de vue différents. Les responsables de *Care* domestique manifestent leur gratitude à l'égard des professionnels, notamment dans les institutions médicales ou sociales, qui ont pu assurer une partie de cette coordination et faciliter l'interface. C'est pourquoi cette activité/façon de « faire lien » dans les pratiques des responsables de soins est si importante à repérer¹⁸. » A ces protagonistes s'ajoutent les pouvoirs politiques, car en Belgique ce sont eux qui déterminent en grand partie la marge de manœuvre de ces institutions professionnelles et sociales.

Trois caractéristiques¹⁹ principales de la pratique du *Care* :

- 1 • Tout le monde a besoin de *Care*, et pas seulement les vieux, les enfants, les personnes en incapacité. La différence avec la situation des adultes indépendants se situe dans le fait qu'ils/elles peuvent préserver leur sens de l'indépendance s'ils ont assez de ressources, économiques et sociales, pour « commander » le *Care* des autres, et ne pas devoir être soutenu-e-s par la parenté et/ou la charité.
- 2 • Le *Care* est vu comme créant une relation. Le travail de *Care* est « constitué dans et par la relation avec ceux qui donnent et reçoivent le *Care* », l'éclairage portant sur la relation d'interdépendance et pas seulement sur le pouvoir du *caregiver* dans la relation. Le *carereceiver* a aussi une capacité d'agir (*agency*) dans la relation.
- 3 • La définition du *Care* comme pratique reconnaît que le *Care* peut être organisé d'une multitude de façons. Ainsi, le *Care* est à la fois particulier et universel.

Le concept de *Care* prend tout son sens dans le travail de promotion de la santé car il demande une volonté et un protagonisme de chaque personne pour que la protection de la santé reste un bien commun.

Concrètement, nous observons que ce sont généralement les femmes qui sont obligées/ assignées à la gestion des ménages, qui prennent des congés parentaux ou des emplois à mi-temps pour s'occuper des enfants en bas-âge et des personnes âgées. Elles vivent une triple journée : elles occupent un emploi et, après celui-ci, sont responsables de l'éducation des enfants, du ménage et de la famille, elles ont très peu de

¹⁷ BRUYER Marie, *Le Care, penser une nouvelle citoyenneté ?*, Barricade, 2013.

¹⁸ DAMAMME Aurélie, PAPERMAN Patricia, *Care domestique : des histoires sans début, sans milieu et sans fin*, Multitudes, 2009/2 n° 37-38, p. 98-98. DOI: 10.3917/mult.037.0098.

¹⁹ Op.cit. DAMAMME Aurélie PAPERMAN Patricia, NAKANO G. E, *Creating a Caring Society*, Contemporary Sociology, 29, p. 84-94.2000.

temps pour elles. Et même en cas de maladie et de traitement, elles sont encore sollicitées pour assumer ces tâches :

- Une femme, atteinte d'un cancer du sein, nous raconte : après un traitement lourd, sa sortie de l'hôpital devait être postposée et son mari était déçu, entre autres parce qu'il comptait déjà sur sa femme pour préparer le repas du soir...

Le *Care*, souvent considéré comme revenant de soi aux femmes, devient une surcharge de travail pour elles. Ce manque de reconnaissance et cette surcharge conduisent souvent à l'épuisement et à l'isolement social, qui sont sources des nombreuses maladies.²⁰

La charge mentale désigne l'ensemble des pressions subies par les membres d'un foyer entre leurs exigences professionnelles et la gestion du foyer. Elle est très majoritairement assumée par les femmes, constitue pour elles un travail supplémentaire et est génératrice d'inégalités pour les femmes.²¹ Ce concept est à ajouter dans l'analyse de répartition inégale du rôle reproductif.

Déroulement

- **Présenter les concepts des 3 rôles et du Care.** Le schéma et les éléments de définition de l'approche de genre sont transcrits sur un support (écrit ou Power point)
- **Distribuer une feuille avec l'une des situations de crise et les questions.**
- **Proposer de prendre 10 minutes de lecture.**
- **Par sous-groupes, répondre aux questions** et imaginer des pistes de solutions :
 - Favoriser la discussion qui permet de relier l'analyse des 3 rôles et les réponses aux situations de crise. Comment les rôles ont-ils changé ?
 - Pour faciliter l'analyse du *Care* y ajouter la notion de charge mentale.

Pour favoriser la discussion

Éléments apportés par les groupes

- « *Je suis bénévole à MDM. Souvent, je ne le dis pas. Pourtant, si je travaillais, l'investissement serait identique. Le statut du bénévole est questionnant et souvent associé à un rôle joué par la femme. Il est non valorisé et souvent dissocié d'un rôle de militance.* »
- « *Le surinvestissement des femmes dans le rôle reproductif va de pair avec un désavantage financier.* »
- « *Je me demandais comment identifier les mécanismes de préjugés et de discriminations ; en s'aidant de la grille des 3 rôles... on constate mieux.* »

²⁰ Rapport de la recherche-action : Care, genre et santé des femmes, PPSF, 2016.

²¹ Monique Haicault, Travail des femmes et Famille, *Sociologie du Travail*, Vol. 26, No. 3, juillet-août-septembre 84, pp. 268-277.

- « *Comment la femme va-t-elle négocier avec son mari pour maintenir un équilibre entre ces trois rôles ? Comment l'homme va-t-il continuer à assurer son rôle productif pour éviter le jugement de la société ? Nous pourrions illustrer par une situation vécue où un homme se fait licencier suite à un congé pour prendre soin d'un membre de sa famille. Rien n'est fait dans notre société pour valoriser le Care.* »

Support d'animation

Fiche de situations de crise : famille et santé

- A- La grand-mère de Pierre s'est fracturé le col du fémur et a été opérée d'urgence. Après un séjour à l'hôpital, elle revient à la maison mais elle n'est pas encore autonome du tout.
- B- Myriam a un bébé de 7 mois. Elle a repris le travail quand son bébé est entré à la crèche à 5 mois. Depuis lors, elle est souvent absente à son travail car le bébé est souvent malade. Le médecin de famille met Myriam en congé de maladie et il parle de dépression.
- C- Naima, la femme de Karim, est décédée après une courte maladie. Devenu veuf à 75 ans, Karim a des difficultés à gérer sa vie quotidienne.
- D- Gustavo travaille sur un chantier. Lors d'un accident du travail, il a perdu l'usage de la main droite. Il est licencié et ne reçoit qu'un faible dédommagement. Sa femme Laure étudie encore.
- E- Maria a 43 ans et elle travaille depuis 20 ans comme femme de ménage, un métier qu'elle doit abandonner parce qu'elle a de l'arthrose. Elle a deux enfants dans son pays d'origine qui font des études.
- F- Depuis quelques heures, Nicole (19 ans) a des saignements et des fortes douleurs. Elle est enceinte. Elle vit chez ses parents qui ne savent rien de sa grossesse.

Questions

- Quelle influence a cette crise sur la famille ? Comment seront distribués les rôles à court et à moyen terme ? Les responsabilités des hommes et celles des femmes ?
- Quelles sont les possibilités d'accès et de contrôle des ressources dont disposent les femmes et les hommes face à cette crise ?
- Quels sont les changements à instaurer au sein du ménage pour que la responsabilité dans la gestion de cette crise ne retombe pas que sur l'un-e de ses membres ?

Lectures d'appui

- *Les essentiels du genre 02, Outils de l'approche genre*, Le Monde selon les femmes, 2017.
- « *Le Care, une grille d'analyse des rapports sociaux* », Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial (FCPPF), 2017.

MODULE 4

Requestionner les mécanismes institutionnels

Ce module propose de faire un arrêt sur le fonctionnement institutionnel. Ce n'est qu'un premier pas. Cependant, il peut mettre en route une équipe qui désire questionner sa pratique en regard de l'institution dans laquelle elle travaille, tout en gardant les enjeux de l'accès aux soins centré sur le/la patient-e ou les usagères et usagers.

Concepts

« Femmes et santé & genre et santé »

Les approches de genre menées dans les organisations peuvent s'appuyer sur la grille « femmes et santé et genre et santé ²² » pour situer leurs interventions. Afin de prendre en considération les rapports de pouvoir égaux, les organisations observent leurs pratiques et cherchent à repérer les mécanismes qui sur-responsabilisent les femmes ou, au contraire, les infantilisent (passive). Cela questionne l'intérêt de travailler avec des groupes cibles non mixtes : comment et pour quelle durée afin d'assurer le développement de leur autonomie et de leurs droits ? La question de la mixité sera également abordée dans la partie 3.

**Questionner
sa pratique
en regard de
l'institution
dans laquelle
on travaille.**

Une réflexion au sujet de la coopération au développement :

Dans les projets de développement axés sur la santé des femmes, on met l'accent sur les préoccupations spécifiques des femmes par rapport à leurs fonctions biologiques liées à la reproduction, à leur cycle de vie et à leurs rôles sociaux. Dans la sphère domestique, les projets essaient d'alléger leur travail physique et lourd, par exemple en permettant l'accès à l'eau courante dans le logement. Dans le domaine de la santé, l'approche de genre met en relief les impacts des relations inégales sur le vécu des hommes et sur celui des femmes au cours de leur vie.

L'approche de l'intervention peut suivre plusieurs pistes. En voici quelques-unes :

- Partir à la recherche des solutions trouvées par les personnes pour rester en bonne santé en rendant visibles les « chemins spontanés » choisis par les femmes pour maintenir leur santé et celle des membres de leur foyer. Quelles stratégies utilise le public avec lequel le groupe institutionnel travaille (maison médicale, mutuelle, centre de santé...) ?

²² *Les essentiels du genre 04, Genre et droits reproductifs et sexuels*, Le Monde selon les femmes, 2007, p26-27.

- Sortir de la logique de la pathologie permet d'être à l'écoute de solutions différentes et de réadapter ses propositions au plus proche du vécu des personnes. A cela on peut ajouter le questionnement sur le modèle hégémonique médical, que les mouvements pour la santé latino-américains ont intégré dans leur approche et formation professionnelle. Menendez²³ définit ce modèle comme « ... l'ensemble des pratiques, savoirs et théories portés par ce qui se définit comme la médecine scientifique ; laquelle, depuis la fin du 18ème siècle, a réussi à mettre de côté toutes les pratiques, savoirs et idéologies qui dominaient jusqu'alors dans les groupes sociaux, au point d'être identifiée comme la seule et unique façon de s'occuper de la maladie, légitimée tant par des critères scientifiques que par l'Etat ».

Le modèle hégémonique du médecin a pour caractéristiques principales : le biologicisme, une conception théorique évolutionniste-positiviste, l'ahistoricité, l'asocialité, l'individualisme et l'efficacité pragmatique. Ainsi apparaît une asymétrie dans la relation médecin-patient, une position de subordination de la part des usager-es. Dans les actions de santé leurs savoirs ne sont pas considérés; la conception et la pratique sont guidées par une rationalité scientifique qui exclue les autres modèles. Derrière ces pratiques on observe une volonté de contrôle social et idéologique. Dans ce modèle, la critique porte sur le concept de santé-maladie associé à la marchandisation/commercialisation. Tel que G. Canguilhem le décrit : il existe une asymétrie entre le/la professionnel-le et le/la patient-e. La maladie est en relation avec un dysfonctionnement et la pratique est curative afin d'éliminer le symptôme. Le/la patient-e est considéré-e comme ignorant-e ou ayant des connaissances erronées et comme responsable de sa maladie.

La formation professionnelle est, en général, fondée sur cette approche. Le travail en promotion de la santé doit pouvoir la questionner et, malgré les vulnérabilités individuelles, intégrer le droit des patient-e-s à participer aux décisions concernant leur santé.

Le travail en promotion de la santé doit pouvoir intégrer le droit des patient-e-s à participer aux décisions concernant leur santé.

Les indicateurs d'autosanté font référence à la construction de chemins propres pour répondre à ses besoins en santé : les pratiques d'autosanté ne peuvent-elles pas être productrices d'*empoderamiento*, d'augmentation de la capacité d'autonomie et d'autogestion des personnes ? Dans les recherches, on trouve également le concept d'auto-attention. Il se réfère aux représentations et pratiques que la population utilise au niveau du sujet et du groupe social pour diagnostiquer, expliquer, prendre en charge... les processus qui affectent la santé, qu'ils soient réels ou imaginaires. Les concepts d'autosanté et d'auto-attention contribuent à la mise en place d'un cadre sur la santé intégrale des femmes ; en cela les études de genre intègrent une approche de recherche-action qui inclue les chercheuses et les participantes dans la résolution du problème de manière collective. Cela permet de trouver des indicateurs en santé comme l'autonomie, l'engagement citoyen, la santé intégrale et l'équité de genre.

²³ MENEDEZ Emilio, *Participacion social ? Para que ?* Ed. Libro Editorial 2006.

Pour illustrer la différence entre les approches « femmes et santé » et « genre et santé », l'exemple suivant met en évidence la manière dont l'analyse de genre fait ressortir les rapports de domination :

En 2015, des femmes réfugiées arrivent en Europe. Dans beaucoup de pays européens (parmi lesquels la Belgique), on leur suggère et on pratique, parfois sans leur consentement explicite, un examen gynécologique souvent exercé par des médecins hommes. On persuade les femmes, en même temps, d'utiliser une contraception chimique sans proposer d'alternative sans écouter leurs besoins ni leur éventuel désir d'enfant.²⁴

Dans l'approche « femmes et santé », nous allons mettre en place des stratégies pour améliorer l'accueil des femmes, mettre à leur disposition des traductrices et des sages-femmes, constituer des groupes de femmes pour travailler ensemble les questions d'intimité et stimuler l'écoute des accueillant.e.s, la participation des femmes concernées, l'expression des besoins collectifs et individuels.

L'approche « genre et santé », qui vise un changement profond de la société, déconstruit et analyse les rapports de pouvoir établis entre femmes migrantes, réfugiées, racisées et l'institution médicale. Elle rend visible les rapports entre une politique répressive d'immigration et les approches hygiénistes de la santé.

Déroulement

- **Présentation du tableau femmes-genre-santé (page 28).**
- Proposer par paires ou trios d'identifier dans quel type de structure, les participant.e.s évoluent (qu'ils/elles travaillent ou pas). Est-ce une structure qui a une approche « femmes et santé » ou « genre et santé » ou « neutre et santé » (c'est-à-dire qu'elle ne tient pas compte de la spécificité des femmes ou des rapports de domination liés au genre) ? Demander de justifier leurs classifications par des exemples concrets de pratiques.
- **Distribuer des articles**, des publications d'organisations qui travaillent dans la santé et la promotion de la santé. (les sites web des mutuelles de santé, des ONGs de coopération ou humanitaires, des maisons médicales et les centres de planning familial, peuvent fournir beaucoup de supports. Inviter chaque groupe à analyser l'information, à relever les éléments montrant que l'approche de genre semble intégrée et à souligner les manques en les formulant sous forme de questions (voir fiche de questions).
- **Elaborer une liste de questions** en s'inspirant de celle qui est jointe.
- **Classer les questions et élaborer des propositions stratégiques** en fonction des possibilités proposées par la formation.

²⁴ Cette pratique fut aussi exercée dans les années 70 par le régime totalitaire de l'ancienne République d'Allemagne de l'Est auprès des femmes vietnamiennes qui fuyaient la guerre. Cela a été très bien documenté dans la pièce « Atlas du communisme » de Lola Atias produit au Gorki Theater à Berlin en 2017.

TABLEAU "APPROCHE FEMME ET SANTÉ & GENRE ET SANTÉ"

CARACTÉRISTIQUES	APPROCHE FEMME ET SANTÉ	APPROCHE GENRE ET SANTÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Approche/perception 	<ul style="list-style-type: none"> • Se base sur les risques de santé comme problème • Positionne la femme comme responsable de la santé de la famille et de la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> • La santé comme une des nécessités humaines fondamentales • Considère l'asymétrie dans les rapports entre les personnes comme un facteur de risque • Considère la santé comme un droit fondamental des personnes tout au long de leur cycle de vie
<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Marginalisation de la femme dans l'accès à la connaissance • Couverture insuffisante • Connaissances insuffisantes pour accomplir son rôle de «protectrice» de la santé du groupe familial 	<ul style="list-style-type: none"> • Politiques de santé inadaptées aux besoins des personnes • Approche curative des services de santé • Couverture basse et mauvaise, qualité de soin qui ne prend pas en compte le profil épidémiologique des femmes et leurs différents rôles • Programmes et services reproduisant des rapports de pouvoir et des stéréotypes sexistes...
<ul style="list-style-type: none"> • Objectifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Placer la femme dans les meilleures conditions afin qu'elle assume son rôle de «protectrice» de la santé • Développer spécialement la santé maternelle et les fonctions reproductives tant biologiques que sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir les droits individuels et collectifs des personnes pour une vie saine • Augmenter les actions de promotion, prévention et maintien de la santé en plaçant la personne dans un système de santé où elle est capable de demander
<ul style="list-style-type: none"> • Solutions 	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les femmes dans les programmes de formation existants 	<ul style="list-style-type: none"> • Appropriation des connaissances et de l'information • Développement d'un modèle de santé participatif • Valorisation des femmes comme sujets de droit (écoute sans jugement, consultation)
<ul style="list-style-type: none"> • Stratégies 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter la couverture des services de santé et en améliorer la qualité • Développer l'éducation à la santé et la participation des femmes en fonction de la santé des enfants, de la famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir le développement «d'auto-protection» de sa santé • Favoriser les mécanismes de dialogue, de concertation et de négociation entre les institutions de santé et les organisations de femmes

Analyse et discussion

En général, la lecture genrée des articles laisse apparaître peu de données sexospécifiques. Par exemple :

- Concernant la protection sociale, il manque des analyses sexospécifiques et des croisements qui tiennent compte du handicap, de l'âge (vieux, jeunes) et d'autres éléments liés à l'intersectionnalité.
- Lorsqu'on fait référence à la pénurie de personnel, le croisement avec la spécialisation et la distribution des responsabilités et des postes apparaît-il ?
- Face à un problème sanitaire, on observe souvent des actions non spécifiées selon le genre. Dans les cas où l'on identifie des actions spécifiques, on peut se demander si celles-ci émancipent les femmes ou les renforcent dans les rôles traditionnels ?

L'intérêt de l'approche de genre amène à élaborer une série de questions au niveau de l'institution.

En laissant le foisonnement, voici une liste de questions, sans classement hiérarchique, qui ont surgi lors des groupes de travail :

- Que voudrions-nous savoir pour appliquer la perspective de genre dans les politiques publiques de santé ?
- Que savons-nous de ce qui existe en Belgique/notre pays sur ces items ? Dans les programmes où nous travaillons ?
- Comment les programmes sont-ils questionnés, mis en perspective avec l'approche de genre ?
- Comment est analysée la distribution des risques en santé : selon la population et sa situation spécifique, dans les cas suivants : violences sexuelles vécues par les femmes, parcours de vécus de guerre, violences sexuelles vécues par les hommes dans les espaces où les groupes renforcent la masculinité/virilité (sport, milice, prison...) ? Une politique de réduction des risques ne permet-elle pas de faire évoluer certains concepts, comme celui de « travailleuses du sexe » ?
- Sachant que la catégorie femmes ou hommes n'est pas homogène, comment faire un relevé des nécessités en santé qui soit sexospécifique et en même temps, qui tienne compte des différentes spécificités du groupe ?
- A-t-on des données sur les coûts « genrés » des soins en santé ? A-t-on des éléments qui montrent que le budget est sensible au genre ? Par exemple dans les remboursements de médicaments, les soins de PAP²⁵ ?
- Comment intègre-t-on l'évolution des types de famille et la relation avec le système sanitaire : famille monoparentale, nucléaire ou élargie (migrations : regroupement familial) ?
- Quelle part ont les femmes/les hommes dans la gestion et la prise de décision dans le cadre de leur profession, du système de santé, de la formation ?

²⁵ PAP signifie frottis de Papanicolaou, est une intervention qui permet de faire un petit prélèvement de cellules du col de l'utérus. On observe ensuite les cellules au microscope afin de savoir si elles sont normales ou anormales.

Support d'animation

Fiche de questions

Rechercher des articles qui se réfèrent au maintien de la santé face à des maladies ou à des problèmes de maladies professionnelles.

Article portant sur l'approche santé vs pathologie

Questions : à symptômes équivalents, même prise en charge ?

Considéré comme étant plutôt une maladie d'hommes, le diagnostic de l'infarctus est posé plus tardivement chez les femmes. En conséquence, on assiste à des campagnes de dépistage non appropriées pour les femmes et à une prise de conscience plus lente de la maladie par la patiente comme par le personnel.

Article portant sur les maladies professionnelles

Questions : Quels sont les éléments pris en compte pour caractériser les maladies professionnelles ?

Comment a été défini la pénibilité de l'emploi ? A partir des métiers dits masculins ? Quel critère normatif a été choisi ? N'y a-t-il pas un biais si ces critères sont simplement élargis en incluant les femmes ? Les risques de maladie liés aux postes occupés par les femmes sont-ils autant identifiés que ceux liés aux postes des hommes ? A-t-on contrôlé si les outils épidémiologiques étaient adaptés aux femmes ?

Liste pour l'élaboration de propositions :

- Comment améliorer les services et intégrer l'approche de genre ?
- Identifier les « chemins spontanés en santé » des personnes, liés à leurs différents rôles dans la société en tension avec les rôles des professionnel·les. (travailleur·se·s psycho-médico-social-e-s).
- Inclure les hommes comme usagers dans les programmes de promotion de la santé qui est le premier niveau d'attention (maisons médicales...).
- Connaître comme professionnel·le·s le cadre des lois et les droits sur lequel se fonde le programme de santé pour développer des articulations avec d'autres services.
- Être attentif·ve à ne pas réduire la santé reproductive et sexuelle à la planification familiale. Cela signifie travailler la conception de la santé intégrale qui inclue le regard sur la sexualité des personnes, ses pratiques, ses représentations, ses croyances et ses droits.
- Rendre visibles et transformer le mal-être et les formes d'oppression de l'existence qui ont un impact sur la santé.
- Donner une place importante à la santé mentale dans la santé reproductive et sexuelle.
- Mettre en place des mécanismes/espaces de questionnements sur les systèmes normatifs, car derrière ceux-ci, souvent, il existe une politique qui se fonde sur le paramètre de l'humain au masculin. Le résultat est l'invisibilité des femmes et de leurs besoins spécifiques.
- Favoriser la participation communautaire des femmes à travers le développement ou la création de groupes.
- Pour renforcer la participation communautaire des femmes, on peut déjà favoriser la participation aux offres disponibles.

- Afin que les politiques publiques intègrent l'approche de genre, incorporer les différences et spécificités en santé des femmes/hommes depuis le modèle de la citoyenneté et des droits humains.
- Être vigilant-e-s à ne pas promouvoir des programmes sur la reproduction des stéréotypes de genre qui créent et recréent des conditions d'oppression. Dans le secteur de la santé, les femmes se voient souvent assignées le rôle de soutien de famille/soignant des personnes malades ou isolées/médiatrices avec des malades d'une institution, sans prendre en compte la surcharge que cela suppose pour leur vie. Elles ont un degré de citoyenneté inégal par rapport aux hommes : ce qui les rend plus dociles, meilleures administratrices des maigres ressources et facilement intégrables dans les plans d'aide ou de discrimination.
- Travailler l'*empoderamiento/empowerment*²⁶.
- Tenir compte des enjeux politiques aux différents niveaux du local au global.
- Comment favoriser un changement et promouvoir l'engagement des hommes dans le processus santé-maladie-services pour arriver à plus d'équité et à plus long terme d'égalité ?
- Analyser la façon dont l'Etat réalise son rôle de garant dans le domaine de l'égalité femmes/hommes.
- Vérifier quelles sont les religions et les croyances qui exercent une emprise sur les politiques de santé et dans quel domaine précisément.
- Développer l'approche intégrale de la santé des hommes, par exemple dans les programmes de planning familial, sortir de la lutte contre le VIH et la négociation du préservatif uniquement.

Lectures d'appui

- *Genre, six niveaux pour comprendre et construire des stratégies*, Coll. *Les déclins du genre*, Le Monde selon les femmes, 2015.
- *Les essentiels du genre 04, genre et droits reproductifs et sexuels*, Le Monde selon les femmes, 2007.
- *Le Care une grille d'analyse des rapports sociaux*, Fédération des Centres Pluralistes de Planning familial (FCPPF), 2017.

Une approche de genre en santé implique que les statistiques sexospécifiques soient analysées au regard des rôles des femmes et des hommes dans la société.

²⁶ Ce concept est abordé dans la partie 3.

MODULE 5

Comment les déterminants sociaux de la santé intègrent-ils l'approche de genre ?

Avec ce module on cherche à comprendre les différents niveaux d'actions des déterminants de la santé (international, national, communautaire, familial et individuel) et à visualiser les facteurs structurels sous-jacents derrière l'impact de politiques et de programmes.

Il est important de rappeler que notre démarche s'inscrit dans différentes stratégies. Dans le plan bruxellois de promotion de la santé, on retrouve les liens avec les enjeux internationaux pour agir en région, incluant le niveau communal. En 2005, la Charte de Bangkok²⁷ met l'accent sur les déterminants de santé en parlant de « meilleure maîtrise sur ce qui détermine la santé ». En 2016, la déclaration de Shanghai²⁸ apporte encore des précisions. « *La santé est déterminée par les quartiers et les communautés où les gens vivent, s'aiment, travaillent, font leurs achats et laissent jouer leurs enfants. La santé est l'un des meilleurs indicateurs de l'atteinte des objectifs de développement durable par les villes, et contribue à rendre les villes inclusives, sûres et résilientes pour l'ensemble de la population.* »

La santé est l'un des meilleurs indicateurs de l'atteinte des objectifs de développement durable par les villes.

La santé des femmes et des hommes est différente et inégalitaire ; différente parce qu'il existe des facteurs biologiques (génétiques, héréditaires, physiologiques...) qui se manifestent de façon différente et des risques de maladie qui souvent restent invisibles ; inégalitaire parce qu'il y a d'autres facteurs - expliqués en partie par l'analyse de genre - qui influencent d'une manière injuste la santé des personnes. Par exemple, on explique le fait que les femmes présentent plus d'effets secondaires aux médicaments par leur soi-disant fragilité et vulnérabilité. Or, lors des essais cliniques, la participation des femmes n'est que de 33%, ce qui veut dire que les médicaments sur le marché sont plus adaptés aux hommes²⁹.

Les domaines et problèmes de santé doivent être définis de sorte que les inégalités et les spécificités de genre puissent être identifiées, ce qui explique les modules précédents. L'approche de genre apporte une vision plus intégrale du développement des personnes, favorise la mise en place de services centrés sur les besoins des bénéficiaires, à chaque étape de leur vie, et est transversale aux déterminants sociaux. Les

²⁷ L'objectif de la charte, qui a inclu un processus participatif, était de voir comment faire évoluer les stratégies de promotion de la santé pour réduire les inégalités, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/fr/>

²⁸ 9^{ième} Conférence Mondiale pour la promotion de la santé « Promouvoir la santé dans les objectifs de développement durable: La santé pour tous – tous pour la santé », les liens avec le développement durable apparaissent. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/fr/>

déterminants sociaux de la santé sont liés aux conditions de vie dans le travail, la vie familiale et communautaire (Voir les 3 rôles, module 3) mais aussi à l'environnement, aux influences socio-culturelles, économiques et politiques et pas seulement réduits aux aspects biologiques et héréditaires.

Pourquoi intégrer l'approche de genre dans les déterminants sociaux de la santé ? Par exemple, parce que dans la problématique de la prévention en santé dans le travail une approche par le genre peut améliorer la qualité de vie (prévention)³⁰.

Les politiques récentes de prévention en Santé publique ne semblent pas assez efficaces au regard des activités réalisées par les femmes. Cela s'explique par le fait que la pénibilité du travail n'est pas réellement étudiée pour les femmes. Les critères de reconnaissance des maladies professionnelles sont établis à partir des professions dites masculines.

Les critères de reconnaissance des maladies professionnelles sont établis à partir des professions dites masculines.

Depuis 15 ans, les femmes accèdent de plus en plus à des emplois exposés à des facteurs de risques insuffisamment évalués et reconnus. Différentes études montrent une évolution asymétrique selon le sexe. On parle de féminisation de certaines professions, notamment dans le domaine de la santé, des secteurs sanitaires et sociaux. Les relevés statistiques montrent que les maladies professionnelles déclarées et reconnues (80 % relatives à des troubles musculo-squelettiques) ont augmenté presque deux fois plus pour les femmes que pour les hommes. Comment l'expliquer ?

Cette question s'est posée dans une imprimerie³¹. Tout en travaillant dans le même atelier, ouvriers et ouvrières ne réalisaient pas les mêmes tâches. Les femmes avaient accès à quatre types de postes différents, les hommes à neuf. Les femmes étaient affectées à des tâches particulièrement contraignantes, avec des gestes répétitifs à forte cadence et sollicitant fortement l'appareil musculo-squelettique. Par ailleurs, les femmes subissaient une plus grande mobilité dans les postes. Face à ce constat, la direction a travaillé le parcours des femmes mais aussi la conception des postes de travail et du matériel avec les fournisseurs. Hommes et femmes n'exerçaient pas les mêmes métiers, n'avaient pas les mêmes conditions de travail ni de conciliation de temps, pas le même parcours (voir tableau page 34). Cet exemple montre que les déterminants sociaux de santé reposent aussi sur l'organisation du travail et la mixité, et permet d'affiner le questionnement dans l'élaboration des déterminants sociaux de la santé.

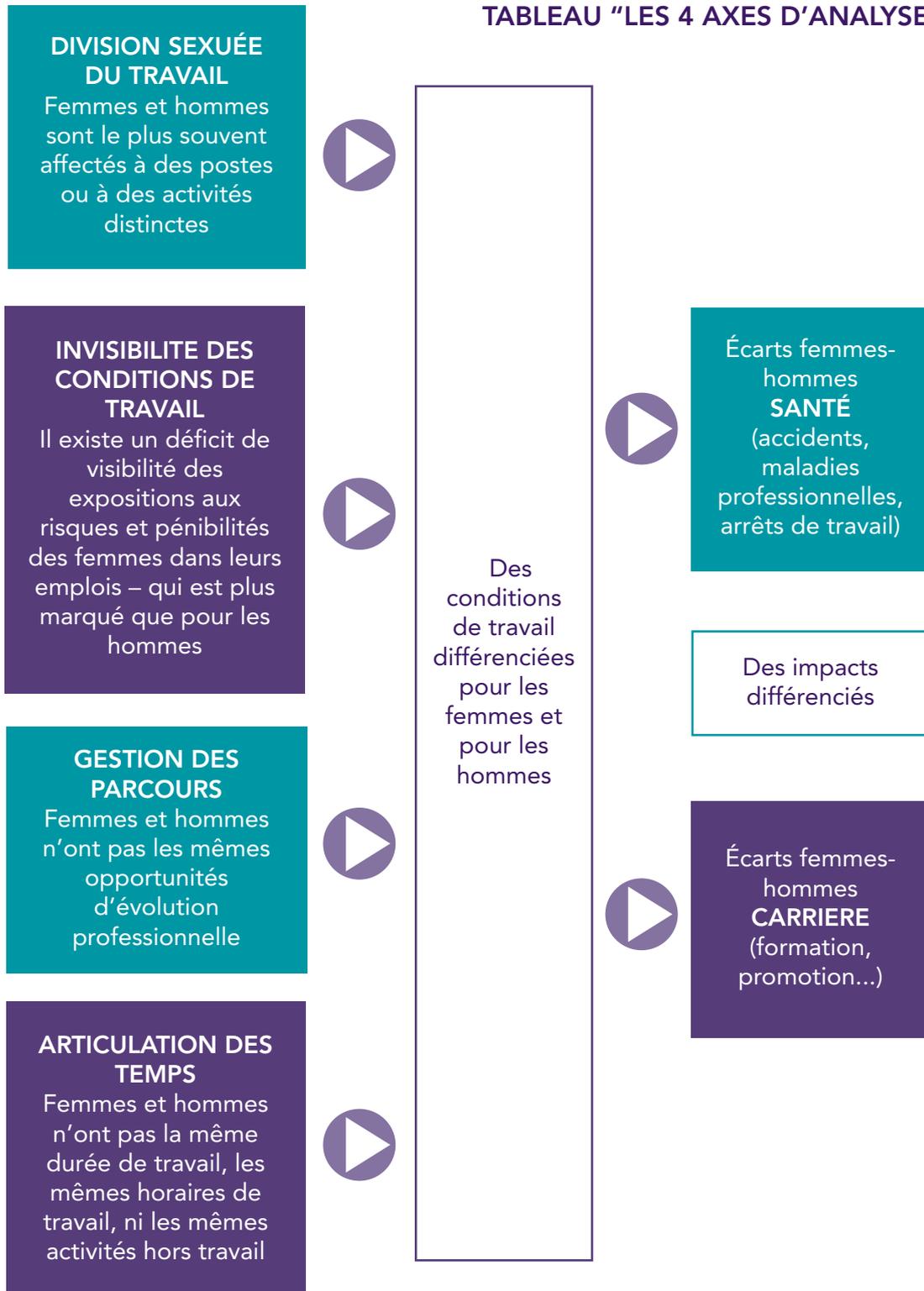
Grâce aux questions suivantes, on identifie de manière plus précise les facteurs qui influencent l'état de santé des personnes :

- Quelle est la répartition sexuée des emplois ?
- Quels postes occupent les femmes et les hommes ? Si c'est le même poste quelles sont les tâches réalisées ? Les activités sont-elles les mêmes ?

³⁰ CHAPPERT Florence., MERCIERA Pascale, *Santé et travail : une approche par le genre pour améliorer la prévention ?* Op. Cit, N°441, p22.

³¹ Op.cit. CHAPPERT, MERCIERA.

TABLEAU "LES 4 AXES D'ANALYSE"



Source : *La santé en action* – No 441 – Septembre 2017, P. 23 : Modèle Anact-Aract Genre : 4 axes d’analyse. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/articles/441/genre-sante-travail-approche-prevention-femmes-hommes.pdf>

Connaître les facteurs qui influencent la mise au travail et le choix des emplois permet de les inclure dans les déterminants sociaux. Ensuite, il est possible de les transformer en indicateurs lorsqu'on mettra en place une stratégie ou une politique pour améliorer les conditions et promouvoir la santé.

Quant aux emplois à domicile auprès des personnes âgées, ils sont principalement occupés par les femmes. Or, ce travail reste très peu visible voire invisible. Quels sont les déterminants sociaux des personnes qui exercent ce métier ?

Les femmes et les hommes n'ont pas le même parcours professionnel. Les femmes ont parfois une arrivée plus tardive dans le monde du travail et plus précaire, notamment à cause des emplois à temps partiel. Ce n'est pas tant lié à des projets de maternité qu'au rôle reproducteur traditionnel qu'elles doivent assurer. Cette étape complète les démarches antérieures sur les 3 rôles et le Care. Le facteur temps peut être déterminant car les femmes et les hommes n'ont pas les mêmes contraintes de temps de travail. Plusieurs facteurs sont en jeu, notamment la fragmentation des emplois de courte durée pour les femmes, les activités dans la sphère privée où il y a une persistance des inégalités dans le partage des activités domestiques.

Le travail mené par les chercheur-es sur les masculinités et la santé des hommes montre l'importance du développement d'une « culture du risque », en relation avec le style de vie et les comportements associés. Se pencher sur l'identification des déterminants sociaux de la santé qui incluent le genre permet de mieux identifier les causes en lien avec les systèmes de société. Par exemple, les émotions et la santé sont peu prises en compte par les hommes. Cette dimension amène un risque de dépression et d'addiction ; celles-ci peuvent passer inaperçues, souvent car les hommes ne savent pas verbaliser leur problème ou demander de l'aide.

En Amérique latine, la cause principale de mortalité des jeunes hommes est liée aux situations de violences : violences interpersonnelles en relation avec les bandes, appelées *pandillas*, violences faites aux homosexuels, accidents de la route sont les causes principales de mortalité.

A travers le questionnement sur les déterminants sociaux et environnementaux, on initie la réflexion afin de construire des interventions pour maintenir ou améliorer la situation sanitaire des femmes et des hommes. **C'est un premier élément pour garantir l'accès aux droits.** Cependant, l'étape suivante est de trouver les mécanismes pour que les personnes s'approprient ces droits à la santé et qu'elles les maintiennent.

- « *La santé est une question sociale. L'endroit où nous vivons, notre mode de vie, ce que nous faisons, les personnes avec lesquelles nous sommes en relation, la nature de ces interactions et de ces relations – tous ces facteurs ont une influence sur notre santé. La santé est donc le produit d'une interaction entre notre biologie et l'environnement physique, socioculturel et politique dans lequel nous vivons et agissons.* »

Ce module a été adapté à partir d'un des modules proposés dans un cours de formation de l'OMS³² dont les références se trouvent dans les lectures suggérées.

³² Op. Cit., OMS 115.

Concepts

Identifier les déterminants sociaux et environnementaux permet de mieux comprendre leurs différents niveaux d'action, les relations qu'ils entretiennent entre eux et les liens avec l'approche de genre. Il est important de distinguer les divers facteurs/déterminants qui ont des effets sur la santé des femmes et des hommes :

- ceux qui sont communs aux femmes et aux hommes d'un groupe social particulier (facteurs liés à leur situation sociale personnelle) : classe, appartenance ethnique ou position dans la hiérarchie sociale de la communauté ;
- les facteurs qui déterminent les différences observées dans les situations sanitaires en fonction : du lieu de résidence (rural/urbain), du statut socio-économique du groupe (caste/appartenance ethnique/religion) ;
- ceux qui découlent des différences biologiques distinguant les femmes des hommes (différence de sexe) ;
- ceux qui résultent des différences basées sur le genre (facteurs liés au statut des femmes par rapport aux hommes en raison du genre, et notamment leur pouvoir et leur contrôle sur les ressources).

La compréhension des interactions entre les différents facteurs/déterminants permet de saisir les impacts des politiques et stratégies mises en place dans le domaine de la santé. Si ces facteurs peuvent être communs aux femmes et aux hommes, on constate toutefois des différences : exposition aux risques, vulnérabilité, perception de la santé, comportements vis à vis de la santé, accès aux services de santé, réponses des prestataires de santé, mais également conséquences sociales et sanitaires à long terme.

Les déterminants sociaux et environnementaux éclairent certaines situations. Par exemple : dans la plupart des pays, les taux de mortalité infantile sont plus hauts dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Pourquoi ? L'explication est souvent limitée à la pauvreté, au manque d'éducation, à la plus grande pauvreté de l'environnement ou à un manque d'accès aux services de santé. Mais pourquoi tenons-nous pour acquis que les personnes pauvres ont des taux de mortalité plus élevés ? Par quels moyens la pauvreté empêche-t-elle d'être en bonne santé ? Les causes sociales de la maladie sont différentes des causes biologiques. Alors qu'il n'est certainement pas toujours possible de prévenir les causes biologiques d'une mauvaise santé, les causes sociales de la maladie peuvent être combattues et modifiées par des politiques et des programmes. Mais ces deux types de causes ne sont pas faciles à distinguer. Des bébés avec de faibles poids à la naissance naissent dans des ménages riches et dans des ménages pauvres. Mais la probabilité de ce type de naissance est plus forte dans les ménages pauvres à cause du mauvais état nutritionnel de la mère, d'une consommation excessive de tabac ou à cause d'infections, de l'absence de soins prénataux, etc. En outre, les chances de survie d'un bébé ayant un faible poids à la naissance vont être très différentes selon les ressources du ménage. Des politiques peuvent être définies à la fois pour une prévention des faibles poids à la naissance dus à des causes évitables et pour augmenter les chances de survie des bébés nés dans des environnements trop pauvres³³.

³³ Op. Cit., OMS 115.

L'objectif de ce module est de montrer la façon dont l'approche de genre influence les **déterminants sociaux** et environnementaux de la santé. Cette démarche nous permet de les définir nous-mêmes, de les identifier collectivement et de les partager. Elle nous permet également d'adopter un regard plus global, d'arrêter de penser que c'est son histoire individuelle qui détermine ce qui arrive à une personne. C'est le début de la création d'indicateurs. Chacun-e peut s'approprier ces questionnements et élaborer ses propres déterminants de santé, surtout dans une société où il y a une déresponsabilisation dans la prise en charge de l'individu et une suresponsabilisation des conséquences des comportements individuels.

Déroulement

- 1• **Introduire le cadre conceptuel** pour comprendre les déterminants sociaux de la santé.
- 2• **Présenter la grille sur les différents niveaux de déterminants**, sur *Power point* ou directement sur un mur, placer les *post-its* suivant les catégories en cinq colonnes dont les titres seront : individuel, groupe familial, communauté, national, international. Donner des exemples (voir plus bas).
- 3• **En sous-groupes : identifier d'autres déterminants** sociaux et environnementaux de la santé qui opèrent à différents niveaux ; les noter sur des *post-its* de couleurs correspondant aux 5 niveaux. Proposer que les sous-groupes illustrent par des exemples leurs apports.
- 4• **En grand groupe : reconstruire ou compléter la grille des déterminants** à partir des apports de chaque sous-groupe ; chacun-e à son tour va accrocher ses *post-its* dans la colonne correspondante (si déjà mis ne pas répéter) et prendre le temps de commenter.
- 5• **Pour ajouter un niveau de complexité, réaliser la liaison entre les différents niveaux** à partir d'exemples ci-joints (voir fiche exemples) ou en créer : à partir d'un récit, à l'aide d'une pelote de laine ou de ficelle et rubans adhésifs : fixer des bouts de ficelle ou laine qui font le lien entre les *post-its* des différents niveaux. Cela permet d'établir un lien visuel entre les facteurs de différents niveaux. Souvent, chaque facteur est lié à plusieurs autres. Les participant-e-s sont encouragé-e-s à identifier autant de liens que possible.
- 6• **Analyser.**

La compréhension des interactions entre les différents facteurs/déterminants permet de saisir les impacts des politiques et stratégies mises en place dans le domaine de la santé.

- **Exemple sur le haut taux de la mortalité maternelle dans une communauté :** l'analyse peut relever l'absence de service de santé reproductive, même si le motif n'est pas le manque de ressources. Les services de santé peuvent-ils être influencés par la politique des bailleurs de fonds internationaux (facteur du niveau international), qui établit le contrôle de la croissance de population comme prioritaire ? Le résultat de l'analyse montre que c'est la volonté des bailleurs qui doit apparaître comme un déterminant politique lié au déterminant environnemental pour le manque de service de santé. C'est donc une stratégie de plaidoyer qu'il faut mettre en place pour avoir un impact sur le déterminant.
- **Exemple sur le manque d'assistance pour les avortements ou l'utilisation de moyens contraceptifs** ou encore dans les cas de violences dans certaines communautés ou groupes définis. Il peut être dû à un manque d'*empoderamiento/empowerment*³⁴ des femmes... A partir de là, identifier les différents niveaux est nécessaire (infrastructures, volonté politique, opinion publique, croyances communautaires...).

Analyse et éléments pour favoriser la discussion :

Le rôle de l'animateur-trice, formateur-trice est de :

- Reconnaître la diversité des points de vue du groupe.
- Favoriser une discussion sur les différents facteurs des différents niveaux, suivant la réalité des pays/origines des participant-e-s. Par exemple, de manière rapide, un sous- groupe a identifié l'ignorance comme premier déterminant de santé : les femmes sont dénutries parce qu'elles ne savent pas préparer des repas équilibrés. Durant le débat, on travaille ce stéréotype et on élargit à d'autres déterminants. Un groupe mentionne la précarité et le manque d'hygiène comme des déterminants de la malnutrition. On élargit petit à petit à des liens sociaux et environnementaux comme le droit à la terre, les droits humains, l'accès à l'éducation et les droits à la subsistance. Dans une approche de genre, on remarque que les femmes ont un moindre accès à la terre mais aussi à des espaces sécurisés, que les difficultés d'hygiène sont également liées à la capacité d'avoir des espaces d'intimité sécurisés et peut-être non mixtes, etc. Il faut prendre conscience des préjugés que les professionnel-le-s peuvent avoir sur certaines populations.
- Souligner la richesse des liens (facteurs) ; en cas de groupes mixtes : la variabilité ou la similitude des liens (facteurs) suivant les pays.
- Éviter la réduction à un problème de santé de la femme/homme au niveau individuel. Beaucoup de facteurs individuels et familiaux influencent les facteurs politiques et économiques.
- Insister sur l'importance de voir tous les liens : ne pas rejeter la faute sur les victimes, ne pas réduire les explications à l'incapacité des personnes d'améliorer leur santé dans un contexte donné. On peut les identifier comme victimes de certains rapports de pouvoir mais on ne peut les maintenir dans ce statut au risque de stigmatiser la capacité d'un groupe à développer ses propres stratégies d'autonomie ; les facteurs individuels et familiaux sont faciles à repérer mais il est plus compliqué de voir ceux liés aux espaces structurels nationaux et internationaux.

³⁴ La notion d'*empoderamiento/empowerment*

De même les liens entre l'impact des programmes nationaux et internationaux et les impacts aux niveaux communautaire, familial et individuel sont difficiles à percevoir ; par exemple dans les politiques d'ajustement structurel.

- Favoriser dans la discussion les stratégies possibles pour mettre en place des réponses adéquates et améliorer les interventions.

Lectures d'appui

- <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
- Barbara Duden, *Notre corps nous appartient*
http://www.plateformefemmes.be/IMG/pdf/Notre_corps_nous_appartient.pdf
- OMS, Transformer les systemes de sante : genre et droits dans la sante de la re-production, Cours de formation pour des gestionnaires de programmes de sante, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70148/WHO_RHR_01.29_fr.pdf;jsessionid=497BC692DF9C79944C51770069560FEB?sequence=1, 2009

**La santé des femmes
et des hommes est
différente et
inégalitaire ;
différente parce qu'il
existe des facteurs
biologiques [...] qui se
manifestent de façon
différente et des
risques de maladie qui
souvent restent
invisibles ;
inégalitaire parce qu'il
y a d'autres facteurs
qui influencent d'une
manière injuste la
santé des personnes.**

GRILLE DES DÉTERMINANTS SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX				
LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DES DÉTERMINANTS				
INDIVIDUEL	FAMILIAL	COMMUNAUTÉ	NATIONAL	INTERNATIONAL
Âge	Nombres de personnes : adultes-enfants	Rural/urbain	Taille du pays	Idéologies dominantes
Sexe	Statuts/ ethnies	Niveau de développement	Population	Réformes des secteurs de santé
État civil	Personnes avec un emploi	Homogène /stratifié	PBI	Régimes des droits humains
Ordre de naissance dans la fratrie	Accès aux ressources familiales	Statut des femmes	Type de gouvernement	Equilibre entre les différentes forces géopolitiques
Éducation	Nombre de personnes ayant eu accès à l'éducation	Ressources en santé	Niveau de sous-emploi	Situation économique globale
Occupation		Ressources économiques	Système de santé/ structures	
Pouvoir de décisions		Cohésion sociale		
		Opportunité d'emploi		

Fiche d'exercice pour aller plus loin

Exemple à partir de la colonne « individuel » :

Cas d'une fille dénutrie qui est la plus jeune de plusieurs enfants. Elle est née fille, c'est un facteur/déterminant individuel, dans une famille qui a peu d'accès aux ressources (relier accès aux ressources familiales), dans une communauté qui vit de l'agriculture (relier rural dans communauté). Les ressources agricoles ont diminué fortement en raison de la chute du cours international des produits de base (relier PBI, influences de la mondialisation) et le manque de négociation possible du gouvernement sur la scène internationale (relier situation économique globale et nature des idéologies dominantes).

Exemple à partir de la colonne « national » :

Cas d'un programme national pour améliorer les mécanismes d'irrigation grâce à un grand barrage : celui-ci va bénéficier à certaines communautés alors que d'autres vont devoir être déplacées. Si on prend le cas de la communauté déplacée, elle est petite et a peu de capacité de négociation, elle ne bénéficiera pas de programme de réintégration ; les familles vont perdre des biens et des ressources, les femmes seront plus affectées dans la famille, et ne pourront pas avoir accès facilement à des suivis de santé.

MODULE 6

Deux outils de base pour une approche de genre : accès et contrôle des ressources et des bénéfiques ; besoins pratiques - intérêts stratégiques

Les constats terminés, la démarche consiste à construire en utilisant la grille « accès et contrôle des ressources et des bénéfiques ». Ensuite, on cherche les besoins pratiques et intérêts stratégiques dans la santé de chacun-e, ce qui facilite la construction de stratégies individuelles et collectives. Ce module clôture la partie relative à la mise en pratique de l'approche de genre et promotion de la santé. Il propose deux manières d'intégrer cette approche par le genre dans la promotion de la santé : la recherche d'informations et l'analyse. Il s'agit de reconnaître l'individu, de valoriser son bien-être en soulignant les conditions lui permettant d'exercer ses droits. En promotion de la santé, la question des droits est importante car « s'approprier » l'information permet de faire valoir ses droits, d'être libre de faire ses propres choix. La promotion de la santé permet de combattre collectivement les discriminations, à commencer par celles basées sur le genre. En réfléchissant sur l'accès et le contrôle en matière de la santé par la personne elle-même, on peut mettre en place des mécanismes favorisant l'intégration des droits. Le questionnement collectif sur : qui a accès ? A quoi et comment ? Qui contrôle quoi ? ... ouvre le dialogue entre les prestataires de service et les bénéficiaires en proposant un rôle actif aux deux parties.

Ensuite, on ajoute le concept des besoins pratiques et intérêts stratégiques. Il s'agit d'un cadre d'analyse permettant de faire évoluer une réponse-type sanitaire par des améliorations de conditions de vie de la personne au niveau de sa santé. Le développement des droits humains en santé reste le fil rouge et la notion des droits inclut la lutte contre les violences basées sur le genre.

D'abord chercher les besoins pratiques et les intérêts stratégiques dans la santé de chacun-e, puis enrichir l'analyse avec la grille "accès et contrôle des ressources".

Prenons l'exemple d'un centre d'accueil de soins et de soutien aux personnes exilées³⁵. Après une analyse basée sur l'approche de genre, on a remarqué une série d'inégalités face à la maladie : les femmes étaient cinq fois plus contaminées que les

³⁵ WOLMARK Laure, *Les femmes exilées en France ont fait l'objet de violences massives liées au genre, selon les données et l'expérience du Comité pour la santé des exilés (Comede)*, revue la Santé en action, Septembre 2017 / Numéro 441, p 30.

RECHERCHE D'INFORMATIONS & ANALYSE

hommes par le VIH, deux fois plus atteintes de cancer. Les hommes étaient deux fois plus infectés par le virus de l'hépatite B. Les femmes étaient presque deux fois plus nombreuses que les hommes à souffrir de psycho-traumatismes. Les syndromes de psycho-traumatiques sont très souvent liés aux antécédents de violences. Face à cette situation, l'équipe a décidé de se mettre d'accord sur une définition : fallait-il parler de « violences faites aux femmes » ou de « violences sexuelles » ou encore de « violences liées au genre » ? Son choix s'est porté sur « violences liées au genre ». En prenant en compte les violences liées au genre on intègre toutes les

violences qui trouvent leur source dans un système global d'inégalités entre les hommes et les femmes, ainsi que les représentations des rôles et des habitus sociaux masculin et féminin. Cela a changé la perception lors des consultations : le personnel s'attend, s'il reçoit une femme, à ce qu'elle ait subi de graves violences liées à sa condition de femme, particulièrement des violences sexuelles. Cette anticipation de l'équipe médico-psycho-sociale permet aux femmes qui consultent et à l'équipe elle-même de se protéger de la violence en retour survenant lors de l'évocation des violences subies, c'est-à-dire de l'impact de ces récits sur les uns et les autres, particulièrement si certains traits favorisent l'identification mutuelle. (violences subies, expérience de l'inégalité entre femmes et hommes...). Il est intéressant de souligner que certaines patientes ayant vécu des violences liées au genre demandent explicitement à être entendues par une thérapeute, une intervenante médico psycho-sociale et une interprète. La peur de la proximité physique avec un homme dans l'espace du bureau de consultation a été évoquée par certaines d'entre elles. D'autres femmes témoignent de l'impossibilité de « dire » les violences en présence d'un homme, pour des raisons de bienséance, mais également parce qu'elles pensent qu'elles seront mieux comprises par une femme, dans une forme de transfert préalable.

Un autre exemple proposé lors de formation concerne l'accès et le contrôle des ressources en santé : une mère contrôle la sexualité de sa fille en gardant sa carte de mutuelle sur elle pour éviter que sa fille ait accès à un contraceptif. La fille pourrait avoir accès à un contraceptif gratuit mais sa mère l'en empêche. Il n'y a donc aucun bénéfice pour la fille de la politique mise en œuvre par la mutuelle.

À travers ce module, il s'agit de chercher quels sont les processus différenciés de socialisation à la question de santé, quelles sont les attentes en matière de soins des femmes et des hommes, dès leur plus jeune âge et tout au long de leur vie. De quelle manière leur parle-t-on de santé en général et de leur santé en particulier ?

Helena Revil, chercheure, a mené un travail d'enquête dans lequel elle s'est demandé : « Qu'est-ce qui fait qu'un homme ou qu'une femme renonce à un soin de santé ? ».

ce qu'on constate dans les baromètres du renoncement aux soins, c'est que les femmes renoncent davantage au soin mais paradoxalement elles consultent davantage le médecin. Rappelons que renoncer à des soins ne signifie pas ne pas en recevoir du tout. Des différences se font jour en fonction de la nature des soins : 15 % des hommes ont déclaré renoncer aux soins, essentiellement à une consultation chez un généraliste. 27 % des femmes déclarent renoncer à une consultation chez un spécialiste (hors gynécologie)³⁶. Une des causes de renoncement, majoritairement par les femmes, est la crainte de l'impact sur la vie familiale et sur leur santé ; les hommes étant plus inquiets de l'impact sur leur vie professionnelle.

Concepts

L'outil « **Accès et contrôle des ressources et bénéfiques** » permet de faire une photographie de la situation. Il apporte des éléments pour l'analyse des informations à différentes étapes, que ce soit avant l'élaboration d'un projet ou d'une intervention ou au moment de la planification. Utilisé après l'outil des 3 rôles, il complète l'information obtenue et met en évidence le type de relations de genre.

Il s'agit de reconnaître l'individu, de valoriser son bien-être en soulignant les conditions lui permettant d'exercer ses droits.

Dans un deuxième temps vient l'analyse des besoins pratiques et intérêts stratégiques dans la santé. L'outil aide à situer les réponses proposées par les services, notamment en promotion de la santé dans le panorama général. Il favorise l'implication des publics dans la promotion de la santé (bénéficiaires, usagers, pair-es), dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des actions du plan, afin de tenir compte de leurs besoins, de leurs spécificités et de leur expertise en tant qu'usagers-ères et, par là, améliorer la qualité des interventions. Cette participation doit être reconnue et valorisée. Le fait de donner aux femmes plus de possibilités, d'augmenter leur accès aux ressources, et d'assurer l'égalité de participation avec les hommes dans la prise de décision, va dans le sens des intérêts stratégiques à long terme de la majorité des hommes et des femmes. Rencontrer les intérêts stratégiques des femmes, c'est reconnaître leur pouvoir de contribuer au développement au-delà de la sphère domestique, reconnaître leur poids dans la société. Les besoins pratiques et intérêts stratégiques ne sont pas contradictoires, mais plutôt complémentaires. La résolution des besoins pratiques est souvent nécessaire pour atteindre celle des intérêts stratégiques. Répondre aux besoins pratiques ne doit pas être une fin en soi, comme dans l'approche « femmes et santé », mais plutôt être une opportunité de changement pour déboucher sur une évolution de la position des femmes dans la société, comme le propose l'approche « genre et santé ».

³⁶ REVIL Hélène, *Des entretiens menés auprès de femmes et d'hommes qui ont renoncé à certains soins laissent entrevoir des processus différenciés de socialisation et d'attente selon le genre*, revue la Santé en action ; Septembre 2017 / Numéro 441, p20.

Déroulement

Présentation du concept et de la démarche

- **Présenter le tableau (page 45)** et illustrer d'exemples proposés plus haut ou de lectures disponibles. La 1ère colonne permet de faire une liste des ressources et des bénéfiques en lien avec les activités identifiées (3 rôles). Les colonnes « accès » concernent exclusivement l'utilisation de la ressource ou du bénéfice en question, à partir de la question « qui utilise la ressource ? » ou « qui a l'accès ? ». Les colonnes « contrôle » indiquent la catégorie de personnes qui a le pouvoir de décision de cette ressource ou bénéfice, y compris le droit à sa vente ou sa transmission. On peut remplir les cases par une croix, mettre des pourcentages ou fourchettes de répartition (environ un tiers, environ la moitié). On peut aussi choisir d'utiliser des sous-catégories de femmes et d'hommes pour tenir compte de l'hétérogénéité des groupes selon le sexe. Par exemple, dans la catégorie femmes, intégrer : filles en âge scolaire, jeunes femmes célibataires, femmes mariées, femmes adultes, veuves, racisées, femmes trans. Idem pour la catégorie hommes : garçons en âge scolaire, jeunes hommes, hommes mariés, racisés, trans etc.
- **En sous-groupes : proposer de remplir la grille** sur une grande feuille à partir des publics et de l'institution dans laquelle le groupe s'implique. Proposer que les sous-groupes illustrent par des exemples leurs apports et choisissent une personne qui rapporte en plénière.
- **En plénière : présentation des travaux des sous-groupes** ; prendre le temps de commenter.
- **Proposer une discussion en plénière** sur la façon d'améliorer les conditions de vie des groupes sur lesquels le travail est réalisé (personnel médico psycho-social, bénéficiaires...)
- **Présenter le concept des besoins pratiques et intérêts stratégiques (page 46)** en reprenant les éléments apportés dans la discussion sur l'accès, le contrôle et l'amélioration des conditions. Introduire le questionnement sur les intérêts stratégiques. Ceux-ci sont le pas nécessaires pour amener l'engagement vers les droits à la santé. Faire apparaître qu'il existe une différence importante entre la résolution des besoins pratiques et celle des intérêts stratégiques et du rôle de la participation des bénéficiaires/public.
- **Clôturer par l'élaboration de pistes de stratégies à mettre en place.**

Le fait de donner aux femmes plus de possibilités, d'augmenter leur accès aux ressources, et d'assurer l'égalité de participation avec les hommes dans la prise de décision, va dans le sens des intérêts stratégiques à long terme de la majorité des hommes et des femmes.

GRILLE "ACCÈS ET CONTRÔLE AUX RESSOURCES ET BÉNÉFICES"

A. RESSOURCES	ACCÈS		ACCÈS	
	Femmes (adulte, fille, ainée)	Hommes (adulte, garçon, aîné)	Femmes (adulte, fille, ainée)	Hommes (adulte, garçon, aîné)
Economiques -Terre -Equipement, outils Techniques -Main-d'œuvre (homme, femme, enfant) -Argent...				
Socio-Politiques -Education-formation -Organisation -Représentation -Leadership -Crédibilité-expérience				
Temps -Libre -Pour soi -Pour les autres...				

B. BÉNÉFICES	ACCÈS		CONTRÔLE	
	Femmes (adulte, fille, ainée)	Hommes (adulte, garçon, aîné)	Femmes (adulte, fille, ainée)	Hommes (adulte, garçon, aîné)
Economiques -Revenu gagné -Possession des biens -Besoins essentiels (nourriture, vêtements, logement)...				
Socio-Politiques -Education-formation -Pouvoir politique -Prestige, reconnaissance -Statut social-juridique -Prestations d'interventions de développement...				
Culturels -Changements culturels -Capacité d'action -Dignité sociale...				
Temps -Libre -Pour soi -Pour les autres...				

TABLEAU "BESOINS PRATIQUES & INTÉRÊTS STRATÉGIQUES"	
BESOINS PRATIQUES	INTÉRÊTS STRATÉGIQUES
Ont tendance à être à court terme.	Ont tendance à être à long terme.
Font intervenir des femmes à titre de bénéficiaires, et non pas de participantes actives.	Font intervenir les femmes comme actrices, ou permettent aux femmes de devenir des actrices.
Ont trait aux conditions de vie quotidienne comme : alimentation, logement, revenus, soins de santé, prestations sociales, etc.	Ont trait au statut et à la position désavantagée des femmes dans la société, à leur subordination, à leur manque de ressources et d'éducation, à leur vulnérabilité, à la pauvreté et à la violence.
Sont facilement identifiables par les femmes.	Ne sont pas facilement identifiés par les femmes.
Peuvent être satisfaits par des apports matériels précis : aliments, services de soins de santé, formation, etc.	Peuvent être satisfaits par la sensibilisation aux questions de genre et par la prise de conscience : ces questions font augmenter l'estime de soi et la confiance des femmes en elles-mêmes, par l'éducation et la formation, la mobilisation politique et le renforcement de leur pouvoir.
Peuvent en général être satisfaits sans modifier les rôles et rapports traditionnels de genre	Peuvent donner du pouvoir aux femmes et transformer les rapports de genre.

Rencontrer les intérêts stratégiques des femmes, c'est reconnaître leur pouvoir de contribuer au développement au-delà de la sphère domestique, reconnaître leur poids dans la société. Les besoins pratiques et intérêts stratégiques ne sont pas contradictoires, mais plutôt complémentaires.

Pour favoriser la discussion : éléments apportés par les groupes

- « Je comprends que les femmes et les hommes ont des responsabilités différentes et n'ont pas le même accès ni le même contrôle sur les ressources. La conséquence est que les besoins de santé, les comportements de recherche de santé et l'accès aux services de santé vont certainement être très différents chez les femmes et chez les hommes. Cela montre des différences liées au genre dans le capital santé des femmes et des hommes. Ayant au préalable déjà réfléchi sur les « chemins spontanés en santé », notre approche pragmatique de réduction des risques devra tenir compte de cela. »
- « Maintenant je vois mieux comment mettre en place un processus pour élaborer des indicateurs. Je dois me baser sur les déterminants de la santé qui englobent l'accès et le contrôle des ressources. Ceux-ci favorisent une vision globale des enjeux et d'évaluation des besoins. Par exemple, dans les maladies professionnelles, on oublie souvent toutes les autres dimensions qui ne sont pas l'emploi. »
- « Beaucoup de messages mettent en avant l'accès universel à la santé. Pourtant, c'est souvent sans tenir compte du contrôle et donc de l'utilisation qui pourrait être nulle pour certaines. »
- « Dans notre vocabulaire on utilise des termes de la commercialisation des soins de santé. En plus, il n'y a pas d'infos sur les spécificités de la santé des femmes. On parle de mutuelle mais pas d'infos visibles sur les besoins des femmes, de l'accès égalitaire au système mutualiste. »

Les différents outils peuvent être remplis avec des usagers et usagères/ public cible/ patient-es, bénéficiaires... (selon la manière dont on définit le groupe avec lequel on travaille, mais l'utilisation du terme client est à éviter !). On verra vite ce qui peut être amélioré. On pourra créer sa propre *checklist* (liste de contrôle).

Les analyses apportées par l'utilisation de ces concepts permettent de :

- Dépister les résistances personnelles et institutionnelles des personnes qui renoncent au soin : la cause financière n'est pas à éliminer mais à mettre dans la balance avec d'autres critères.
- S'interroger sur les causes et les conséquences du renoncement au soin et à la prévention.
- Creuser les pistes sur la disponibilité temporelle de l'offre de soins et des personnes elles-mêmes, c'est-à-dire les délais pour obtenir un rendez-vous, en tenant compte d'autres éléments liés à l'accès et au contrôle de l'approche de genre et santé.
- Approfondir dans quelle mesure les rôles sociaux attribués aux femmes et aux hommes peuvent-ils contribuer à expliquer les différences en ce qui concerne les causes et les conséquences du renoncement ?
- Rechercher les éléments d'invisibilité des vulnérabilités des femmes (autonomie ; revenus pour accès). Que signifie la gratuité d'accès aux médicaments, traite-

ments VIH et tuberculose ? Comment cela touche les femmes sur les problématiques de VIH/maternité, ITS ; violences/ MGF ? Quel accès au vocabulaire concernant l'utilisation des médicaments ? Quelles informations a-t-on ?

La notion d'*empoderamiento/empowerment* dans le domaine médical est restée en suspens dans cette partie des modules. Elle est revisitée, incluant le collectif, et est abordée dans la partie 3.

- « Mais comment je travaille l'intérêt stratégique des femmes ? Alors que nous sommes à contre-courant de ce que les pouvoirs subsidiant exigent puisqu'ils veulent des résultats rapides ? Que met-on en place pour augmenter l'empowerment des femmes ? Pourquoi pas cuisiner, mais alors dans une perspective émancipatoire. Il est important de se questionner : qu'est-ce que l'outil peut amener ? De l'information ? De la participation ? Nous cherchons les mécanismes qui font que la situation va s'améliorer. »

Lecture d'appui

- *Les essentiels du genre 02, Outils de l'approche genre, Le Monde selon les femmes, 2017*
- <http://www.66millionsdimpatients.org/genre-et-sante-encore-trop-dinegalites/>
- Revue la Santé en action ; Septembre 2017 / Numero 441, <http://inpes.sante-publiquefrance.fr/SLH/sommaires/441.asp>

Une des causes de renoncement à un soin de santé par les femmes, est la crainte de l'impact sur la vie familiale et sur leur santé ; les hommes étant plus inquiets de l'impact sur leur vie professionnelle.

Recommandations pragmatiques sur les façons de travailler

Encodré sur le temps à prendre

Adaptez le temps aux publics concernés, si possible décidez ensemble avec les participant-es dans le respect de leurs disponibilités (heures de travail, horaires des crèches, des écoles, des magasins...), accompagnez les négociations avec les institutions employeuses, soutenez la/le participant-e en cas de résistances à surmonter...

Nos publics

Encodré sur nos publics

Bienvenue aux acteur-e-s de promotion de la santé, femmes relais des associations féminines, professionnel-les de la santé, animateurs et animatrices socioculturel-les, cadres syndicaux, activistes des collectifs de femmes auto-gérés, employé-es de mutuelles, accueillant-e-s et personnel de maisons médicales et centres de planning familial, chargé-e-s de mission dans les ONGs, militant-e-s de l'éducation à la citoyenneté mondiale et solidaire.

Le Décret de promotion de la santé du 18 février 2016 définit la promotion de la santé comme « le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population et à réduire les inégalités sociales de santé en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques. »

Deux des cinq principes pour la mise en œuvre de la promotion de la santé intègrent des interventions qui développent l'*empoderamiento* :

- **Renforcer l'action communautaire** : organiser effectivement et concrètement la participation de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé. Développer les projets sur la base d'analyse de la demande et de diagnostic communautaire (voir infra).

- **Développer les aptitudes personnelles** : soutenir le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie.

La question de la non-mixité

La mixité dans les activités est régulièrement questionnée par les associations qui œuvrent dans le domaine de la promotion de la santé et plus particulièrement dans les centres de planning familial. Ce n'est pas tant la présence d'hommes dans des activités de femmes qui pose question mais plutôt le fait de ne faire que des activités à destination des femmes.

Le principe d'égalité « à tout prix » doit nous amener à rester attentifs-ves à de nouvelles formes de normalisation qui peuvent dès lors apparaître. Cela peut s'illustrer, par exemple, par la présence à tout prix de l'homme dans certaines situations, telles que les suivis de grossesse, l'accouchement... La femme endosse une nouvelle responsabilité : celle d'encourager son mari à être présent³⁷.

A la Maison médicale, la présence de « Monsieur » est souvent demandée quand un problème concerne la femme. L'inverse est inexistant.

Les grandes associations féminines et le réseau Femmes & Santé revendiquent la non-mixité pour garantir un endroit sûr et protecteur pour permettre aux femmes de s'exprimer, de discuter, d'échanger entre elles, sans le regard jugeant, interprétant et restrictif des hommes. La non mixité dans les ateliers santé a porté ses fruits. Le nombre de participantes est en permanente augmentation (C'est un indicateur considérable !), les femmes témoignent à quel point elles apprécient être entre elles, cela les met à l'aise pour s'exprimer librement et pour dépasser même certains tabous. Depuis peu de temps, au sein de l'ONG Le Monde selon les femmes, un groupe de discussion entre hommes s'est constitué. Son but est de travailler les identités masculines et leurs constructions sociales comme source d'enfermement dans les stéréotypes de genre. Il est envisageable qu'à l'avenir les groupes non mixtes se rejoignent mais, pour l'instant, nous insistons sur la nécessité de garantir pour les femmes la possibilité de s'exprimer librement entre elles, en sécurité et intimité. La non mixité est un outil d'*empowerment* important pour les femmes.

Participation et inclusion du public

Travailler dans une perspective de genre, c'est tout d'abord mettre en question les rapports verticaux de collaboration. La participation est l'objet d'un droit dans un travail démocratique. C'est un travail d'expression où chacun-e est reconnu-e dans son expertise particulière, c'est la promotion d'un approfondissement de la démocratie. La participation permet à chacune et chacun de faire le lien entre le sujet proposé dans la formation (animation, sensibilisation...) et sa propre vie. C'est une stratégie exceptionnelle pour sortir les participant-e-s de leur isolement, leur donner la parole et aussi valoriser leurs doutes et convictions³⁸.

³⁷ NEGRIE L. *Négréie*, CASALES B. , *L'accouchement est politique*, éditions L'Instant présent

³⁸ Voir les outils que la Scop le Pavé sur l'éducation populaire.

Quel est le rôle de l'animatrice, l'animateur dans une formation structurée autour de la participation du public ? C'est tout d'abord éloigner les expertises, qui ont tendance à s'imposer, et souligner les savoirs spécifiques de chacun-e. L'animatrice-teur met ses connaissances sur le concept « genre et santé » à la disposition du groupe pour pouvoir répondre à ses questions. C'est aussi promouvoir l'horizontalité des échanges et questionner avec nos publics les rapports verticaux auxquels la société patriarcale nous a formés. Travailler la participation stimule et soutient notre propre émancipation et celle des participant-e-s. Les animatrices-teurs doivent impérativement se rendre compte de la nécessité et de l'intérêt de comprendre les limites des savoirs théoriques dont elles ou ils disposent et de les confronter aux savoirs sociaux, populaires, éventuellement encore inconnus. Les contenus de la formation (animation, sensibilisation) deviennent ainsi une co-construction du groupe où chacune et chacun apporte des éléments narratifs et théoriques issus de ses expériences, des compétences apprises et transmises.

Nos outils

Empowerment

Avec l'*empoderamiento* (en anglais *empowerment*) on ajoute à la notion de genre, le fait que les individus, femmes et hommes, sont acteurs-trices de changements. Ce concept fait référence à l'individu, au pouvoir qu'il peut avoir sur sa propre vie, au développement de son identité mais aussi au collectif, au pouvoir des individus au sein du groupe, dans une vision collective de la gestion de la société, de la politique. L'acquisition d'*empoderamiento* social et politique est ainsi vue comme une dynamique. La participation des femmes est indispensable au développement, il existe un lien entre l'*empoderamiento* des femmes et leur participation au développement durable. L'*empowerment* correspond dès lors au processus par lequel des individus et/ou des communautés acquièrent la capacité, les conditions de prendre un pouvoir et d'être actrices /acteurs dans la transformation de leur vie et de leur environnement. L'*empowerment* augmente la capacité de la personne d'agir avec les autres³⁹. Le mot pouvoir apparaît ainsi dans son sens le plus noble : c'est une forme plurielle de pouvoirs exercés par les femmes, les hommes, dans les rapports égalitaires, de respect et de bienveillance pour construire ensemble un monde de justice sociale, de paix et de non-violence. Au niveau individuel, on ne peut pas réduire l'*empowerment* à une méthode de développement personnel.

La féminisation des mots et de l'écriture inclusive

Dans la langue française, l'écriture et le langage construits autour de la forme dominante masculine constituent un obstacle élémentaire à la visibilité des femmes dans la sphère publique. C'est une question de dignité de citoyennes du monde. La féminisation des mots est une nécessité absolue pour augmenter notre pouvoir d'agir dans tous les domaines de l'espace social, culturel et public. Promouvoir ce changement vers le langage inclusif, c'est réécrire notre histoire et la transmettre aux futures générations.

³⁹ *Les essentiels du genre N°10 : Genre et Empowerment*, Le Monde selon les femmes, 2009.

Voici quelques liens pour trouver des outils :

- <http://www.fcppf.be/portfolio/items/la-communication-non-sexiste-sans-que-le-ciel-ne-me-tombe-sur-la-tete/>
- http://www.egalite.cfwb.be/index.php?id=lexique&tx_smileglossary_pi1%5Bword%5D=144

La pédagogie féministe

Pour le déroulement des ateliers de formation, nous proposons de s'appuyer sur les valeurs pédagogiques féministes. La pédagogie féministe se différencie des pédagogies classiques par des critiques dans le rapport avec le savoir, qui n'est pas uniquement rationnel, mais recèle une expression de pouvoir.

Elle s'appuie sur les éléments suivants :

- Le soutien et le respect des femmes dans leurs démarches pour créer des alliances entre elles, établir des liens de confiance et de solidarité, stimuler la reprise du pouvoir sur leur vie, favoriser les rapports égalitaires, valoriser leurs propres ressources, déconstruire les rapports de pouvoir dans la relation soignant.e/soignée.
- Une approche participative essentielle : impliquer les femmes, les encourager à mettre des mots sur leur propre vécu (ressentis et expériences).
- L'intersectionnalité qui tend de façon globale à croiser les inégalités de sexe/genre, classe, race/ethnicité, âge, handicap et orientation sexuelle.
- Le militantisme comme moteur important de construction de savoirs collectifs et de mise en application de la pédagogie féministe dans les droits des femmes⁴⁰.
- La stimulation de la créativité de chacune afin d'ouvrir les groupes et les participantes à des modes d'expression variés. En utilisant des supports et outils divers, on valorise le fait que chaque femme est unique. Dans la bibliographie, vous trouverez des pistes et initiatives qui promeuvent la créativité.

Edmée Ollagnier définit la pédagogie féministe comme une méthode de formation et d'apprentissage qui utilise un cadre politique, dénonce les discriminations et insiste sur la prise de conscience avec des objectifs de changements dans leurs dimensions individuelles et collectives... Elle vise le développement individuel comme le changement social. La pédagogie féministe insiste sur les apprentissages contextualisés, sur la production de savoir et de sens comme stimulateur de pouvoir, en accordant une nouvelle place à la subjectivité qui est ainsi théorisée⁴¹.

PARTICIPATION

CRÉATIVITÉ

SOUTIEN

INTERSECTIONNALITÉ

⁴⁰ MAQUESTIAU Pascale, DUYSSENS Charlotte, *Perspectives de genre dans la lutte contre les violences sexuelles*, Coll. *Focus genre*, Le Monde selon les femmes, Bruxelles, 2016.

⁴¹ OLLAGNIER Edmée, *Femmes et défis pour la formation des adultes*, Un regard critique non-conformiste, L'Harmattan, 2014, p 49.

Bibliographie

- BENSAID Norbert, *La lumière médicale, les illusions de la prévention*, Ed. du Seuil, 1982
- BOTBOL-BAUM Mylène, *Pour sortir de la réification de la vulnérabilité, penser la vulnérabilité du sujet comme capacité*, Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences, volume 27 N°3, Ed. Alexandre Lacassagne, septembre 2016.
- CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, Ed. Quadrige, 10^{ème} édition, 2006.
- CHEVALIER Charlotte, *Etude de jurisprudence relative à l'évaluation de demande d'asile fondée sur les violences du genre*, INTACT 2017
- <http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/20170308-intact-jurisprudenceVF.pdf>
- DORLIN Elsa, *La matrice de la race, généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*, Ed. La Découverte, 2006.
- DUDEN Barbara, *Notre corps nous appartient*, Clio, Berlin 2010. http://www.plateformefemmes.be/IMG/pdf/Notre_corps_nous_appartient.pdf.
- EHRENREICH Barbara, ENGLISH Deidre, *Fragiles ou contagieuses, le pouvoir médical et le corps des femmes*, Cambourakis, 2014.
- FASSIN Didier, *Le sens de la santé, anthropologie des politiques de la vie* in **Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux**. Chapitre 14, pp. 383-399. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2005.
- GARRAU Marie, *Politiques de la vulnérabilité*, CNRS Editions, Paris, 2018.
- HADDAD Raphaël (sous la direction de), *Manuel d'écriture inclusive, Faites progresser l'égalité femmes · hommes par votre manière d'écrire*, Deuxième édition, mai 2017.
- HANSOTTE Majo, *Mettre en œuvre les intelligences citoyennes*, Coll. Les Déclics du genre, Le Monde selon les femmes, 2013.
- HERITIER Françoise, *Masculin/féminin La pensée de la différence*, Ed. Odile Jacob, 1996.
- HERITIER Françoise, *Masculin/féminin Dissoudre la hiérarchie*, Ed. Odile Jacob, 2002.
- ILLICH Ivan, *Némésis médicale, l'expropriation de la santé*, Ed. Seuil, Paris 1975.
- JAQUET Manoë, *Rapport de la recherche-action : Care, genre et santé des femmes*, PPSF, 2016 http://www.artko.be/pdf/Rapport_Care.pdf.
- JACQUET Manoë, *Stigmatisation de la maternité dans une société néolibérale*, PPSF, Etude 2017. www.corps-ecrits.be/pdf.
- MAQUESTIAU Pascale, DUYSENS Charlotte, *Perspectives de genre dans la lutte contre les violences sexuelles*, Coll. Focus genre, Le Monde selon les femmes, Bruxelles, 2016.

- MAQUESTIAU Pascale, DE GHELLINCK Philippine, MARKSTEIN Catherine, JAQUET Manoë, *Référentiel Autosanté des femmes*, collection les Déclics du genre, MF 2017 : http://www.mondefemmes.be/genre-developpement-outils_theories-analyse_declics-genre_r-f-rentiel-auto-sant-des-femmes.htm.
- MARKSTEIN Catherine, RIXOUT Ariane, *Genre, Féminisme et pratiques médicales*, in *Revue Politique* 101 p 95-101, Bruxelles septembre 2017
- MARKSTEIN Catherine, *Femmes, Corps et Genre : Analyse critique et propositions innovatrices en promotion de la santé*, Choux, journal du MOC, octobre 2014
- NEGRIE Laetitia, CASCALES Béatrice, *L'accouchement est politique*, Ed. L'Instant présent, 2016.
- OLLAGNIER Edmée, *Femmes et défis pour la formation des adultes, Un regard critique non-conformiste*, Ed. L'Harmattan, 2014.
- PIERANGELO di Vittorio, *Le malaise de la médecine, revue de la fédération des maisons médicales*, Bruxelles 25.8 2011.
- TAJER Débora (compiladora), *Género y Salud, la políticas en acción*, Lugar Editorial, 2012.
- TRONTO Joan, *Pour une éthique du care*, Editions La Découverte, 2009.
- VALLS-LLOBET Carmen, *Mujeres, salud y poder*, colección Feminismos, Ediciones Catedra, 2009.
- VERGES Françoise, *Le ventre des femmes*, Ed. Albin Michel, 2017

Sans référence d'auteur-es ou Collectifs

- *L'AUTOSANTE : se réapproprié son pouvoir* in *Bulletin Sans préjudice... Pour la santé des femmes* Numéro 33, Automne 2004 (disponible chez Femmes et Santé, info@femmesetsante.be)
- La participation, publication de la coopérative d'éducation populaire, le Pavé, 2013, contact@scoplepave.org
- RQASF, *Changeons de lunettes : Pour une approche globale et féministe de la santé* RQASF, 2008 http://rqasf.qc.ca/files/RQASF-Synthese_Cadre_PS_2009.pdf
- RQASF *Une analyse féministe de promotion de la santé* http://rqasf.qc.ca/files/politique_prevention.pdf
- *Stigmatisation de la maternité dans une société néolibérale*, PPSF, Etude 2017 <https://www.asblcefa.be/cefa/images/pdf/etude2017completweb2.pdf>.
- Dossier *Genre et santé*, revue *La santé en action*, prévention/ promotion/ éducation, septembre 2017/N°441, https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Genre-et-sante-le-dossier-de-la-revue-La-Sante-en-action-n-441-septembre-2017_
- <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/genre-et-sante>
- https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2680%3Agender-equality-policy&catid=3344%3Agender&Itemid=4017&lang=es

Brève présentation des associations

L'asbl Femmes et Santé

L'Asbl Femmes et Santé s'est fondée en 2005. Elle s'inscrit dans les analyses et pratiques des réseaux allemands, français, belges et québécois issus du mouvement pour la santé des femmes. Son approche interroge la médicalisation des cycles de vie féminins et l'impact du genre sur la santé des femmes. Elle opère principalement sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Ses actions s'axent autour du :

1. Soutien à la démarche d'Auto-santé/Self-help

ce travail consiste à encourager les femmes à s'approprier une information indépendante et à donner à leurs propres compétences une légitimité pour qu'elles puissent se reconstruire dans le respect de soi. La démarche d'Auto-santé favorise l'empowerment individuel et collectif des femmes. Elle se construit à partir d'une analyse des déterminants psychosociaux et environnementaux de santé. Elle est radicalement participative et inclusive et s'inscrit dans une perspective de genre. Elle se décline tant dans la sphère citoyenne (collectifs) que dans le secteur associatif (sous la forme d'ateliers ou d'actions communautaires en santé).

2. Renforcement de l'approche de genre dans les pratiques de promotion de la santé

cette action s'ancre dans des dynamiques de réseau entre acteurs et actrices de différents secteurs professionnels. Elle questionne la prise en compte du genre comme un déterminant social de santé dans la recherche, les actions et les politiques de santé. Elle soutient l'appropriation et l'opérationnalisation de l'approche de genre dans le secteur de la promotion de la santé.

www.femmesetsanté



Le Monde selon les femmes - CIEF genre

Le Monde selon les femmes est une ONG féministe belge spécialisée en genre et développement, reconnue depuis 1994. Son objectif est de faire avancer l'égalité entre les femmes et les hommes, mais aussi entre le Nord et le Sud, dans une perspective de développement efficace et durable. Le Monde selon les femmes est aussi une organisation d'éducation permanente. Elle est active dans les domaines de la coopération au développement, les associations, la recherche, les mouvements sociaux. Elle mène des actions de plaidoyer, publie des outils pédagogiques et des recherches et fait de la formation en genre (CIEF – genre).

Son expertise repose sur une équipe interdisciplinaire, interculturelle, active dans des réseaux nationaux et internationaux ainsi que sur le partage d'expériences avec les associations partenaires en Afrique et en Amérique latine. Elle collabore avec des institutions publiques et privées, ainsi qu'avec des associations pour accompagner la mise en œuvre de programmes et politiques d'égalité entre les femmes et les hommes. Le Monde selon les femmes organise régulièrement une formation de formatrices et formateurs de 120 heures, ainsi que des formations avec ses partenaires en RDC Congo, au Sénégal, en Bolivie et au Pérou.

www.mondefemmes.org

Quelques publications du Monde selon les femmes :

Dans la collection *Les essentiels du genre* :

- n° 13 : *Genre et masculinités*
- n° 15 : *Genre et migration*
- n° 11 : *Violences basées sur le genre*

Dans la collection *Focus genre* :

- *Perspectives de genre pour lutter contre les violences sexuelles*

Dans les outils pédagogiques :

- *Genre... Tu vois ce que je veux dire ? Un livre-jeu sur l'égalité entre les femmes et les hommes.*
- *Corps et consentement*





À travers 6 modules de formation, ce document propose l'intégration de l'approche de genre en promotion de la santé, en favorisant l'échange des savoirs entre les participant-es.

Les thématiques suivantes sont abordées : le *Care*, les stéréotypes et les discriminations, les mécanismes institutionnels, les déterminants sociaux de la santé...

Différentes pistes d'action sont proposées pour que les professionnel-les du domaine de la santé, les formatrices et formateurs puissent les utiliser de façon autonome.

Ce document est destiné à l'usage des professionnel-les du domaine de la santé incluant les personnes travaillant dans la promotion de la santé. Cependant cette approche peut également servir aux personnes engagées dans l'éducation à la citoyenneté mondiale et solidaire.



Dans la collection Les **DÉCLICS** du **GENRE** du Monde selon les femmes :

Référentiel Auto-santé des femmes

Femmes et santé, FLCPF
Inventaire de techniques participatives visant l'*empowerment*, l'auto-santé des femmes, et favorisant l'échange des savoirs.

Module genre

Formations et animations du Sud au Nord
17 modules sur l'égalité construit à partir de l'expertise d'associations d'Amérique latine et d'Afrique.

Mettre en œuvre les intelligences citoyennes

Une méthodologie de Majo Hansotte
Pour soutenir les dimensions expressives et culturelles du développement citoyen.

Urbamouv

Danser dans la ville pour transformer le quotidien urbain et questionner le genre
Collectif en transit - Zazimut asbl
Outils pratiques pour se réapproprier l'espace urbain par la danse.

Genre, 6 niveaux pour comprendre et construire des stratégies

Claudine Drion et Gérard Pirotton
L'approche genre pour désactiver les résistances et développer des actions.

Les indicateurs de genre

Marcela de la Peña et Yasmine Kaduri
Pistes pour comprendre les enjeux et les méthodes d'élaboration des indicateurs de genre.

Référentiel pour les formatrices et formateurs en genre et développement

Socle commun de principes, d'engagements et de compétences.

Ici, c'est la loi des hommes

Élaboration d'un outil audiovisuel
Patrick Govers et Pascale Maquestiau
Un canevas méthodique pour la réalisation d'un clip vidéo : prise de position en faveur de l'abolition de la prostitution.