



Synthèse du cycle de réflexion « Féminismes et Santé » d'Equipop

Construire une approche féministe de la santé et des soins

EQUI
POP.
ORG

07 01. Soigner dans un monde sexiste : inégalités de genre et violences institutionnelles en santé

- 08 **FICHE 1** Le genre comme déterminant social de santé. Conversation avec Muriel Salle
- 09 **FICHE 6** Stéréotypes sexistes et prise en charge différentielle dans le domaine de la recherche et du traitement médical. Conversation avec Nathalie Bajos, Ilana Löwy & Bernadette Rwegera
- 11 **FICHE 7** Lutter contre les violences sexistes : la formation des futur·e·s soignant·e·s. Conversation avec Thérèse Brocard, Minna Cloître, Honorin Naimo & Muriel Salle

14 02. Luites féministes pour accompagner le changement en santé

- 15 **FICHE 5** Impact des stéréotypes de genre et des violences sexistes et sexuelles sur la santé mentale. Conversation avec Stella Tiendrebeogo & Julienne Zongo
- 17 **FICHE 11** Lutte contre le VIH/SIDA : pour une riposte féministe ! Conversation avec Welisane Maagbor, Cate Nyambura & Anne Souyris
- 20 **FICHE 10** Briser le mur du silence : ensemble contre les violences gynécologiques et obstétricales. Conversation avec Dre Ndeye Khady Babou, Nafissate Hounkpatin, Dr Sara Ndiaye & Ndèye Madjiguène Sarr Bakhoun
- 23 **FICHE 3** Construire des pratiques gynécologiques féministes. Conversation avec Laura Berlingo
- 25 **FICHE 8** À l'intersection des oppressions : comment défendre l'accès de tou·te·s aux DSSR face aux mouvements anti-droits, dans des contextes hostiles ? Conversation avec Lamyaa Achary, Sadio Ba Gning, Khawla Ksiksi & Emma Onekekou

29 03. Nos corps, nos choix, nos savoirs : vers l'empouvoirement en santé

- 30 **FICHE 2** À qui appartient le corps des femmes ? Conversation avec Fatou Sow
- 31 **FICHE 9** Pour une prise en soin féministe des violences sexuelles et sexistes : que peut faire l'hôpital ? Conversation avec Ornella Milleliri & Claire Tantet
- 33 **FICHE 4** Réappropriation féministe des savoirs médicaux. Conversation avec Mounia El Kotni
- 35 **FICHE 12** Femmes, VIH et luttes féministes : sortir de l'ombre, reprendre le pouvoir. Conversation avec Charlotte Pezeril

38 Conclusion : Transmettre les savoirs pour transformer la santé

40 Ressources

Crédits

Comité d'organisation du cycle Féminismes et santé :

Marion Lambert et Sarah Memmi Machado, Equipop et avec le soutien de Luc de Bernis.

Rédaction

Mounia El Kotni

Direction de la publication

Aurélien Gal-Régneiz

Secrétariat de rédaction

Sarah Memmi Machado, Elise Petitpas

Secrétariat d'édition

Nathalie Perrotin, Marion Lambert

Illustrations

Noémie Klein

Création graphique

Jean-Luc Gehres / welcomedesign.fr

Introduction

« Il n'existe pas une question qui ne soit pas une question féministe » rappelait Chanceline Mevowanou, journaliste et militante féministe béninoise, lors de son discours d'ouverture du Symposium sur la santé et les droits sexuels et reproductifs (DSSR) organisé par Equipop à Cotonou en 2024¹. Cette affirmation trouve une résonance particulière lorsqu'elle est appliquée au champ de la santé. Car soigner n'est jamais un acte neutre. Être en bonne santé n'est pas seulement une affaire individuelle : c'est une question de droits, de pouvoir et de justice sociale. Dans un monde traversé par des inégalités structurelles, si la santé est un droit universel, elle est aussi devenue un privilège socialement situé. Partout, l'accès à la santé et à l'autonomie corporelle demeure profondément conditionné par le genre, la classe sociale, la race, la situation administrative, le handicap et/ou l'orientation sexuelle, entre autres.

Comme le rappelle la sociologue Fatou Sow dans un entretien récent², le corps des femmes et des personnes minorisées n'a jamais cessé d'être un enjeu de contrôle social, politique et moral. Dans le champ de la santé, les savoirs médicaux, les pratiques de soin et les politiques publiques ont historiquement contribué à déposséder les femmes de leur parole, de leurs choix et de leurs savoirs. Même lorsque les législations semblent favorables, les obstacles à l'accès aux droits sont légions. Le contrôle de la famille sur les choix reproductifs, la LGBTphobie des soignant-e-s ou encore le coût financier des soins sont autant d'entraves à la mise en place effective de politiques de santé équitables.

LE CYCLE FÉMINISMES ET SANTÉ

C'est pour s'interroger sur les rapports de pouvoirs qui traversent le champ de la santé et construire des approches de soins plus justes qu'a été lancé le cycle « Féminismes et santé », organisé depuis 2019 par Equipop. Ce cycle est né de questions simples, et profondément politiques :

- « Les femmes sont-elles soignées de la même manière que les hommes ? »
- « Leurs douleurs et leurs paroles sont-elles reconnues ? »
- « Les médicaments sont-ils adaptés à leurs réalités biologiques et sociales ? »
- « Comment les rapports sociaux de sexe, de race, de classe, de sexualité ou de statut migratoire façonnent-ils les parcours de soin ? »
- « Quelle place les femmes occupent-elles dans la gouvernance sanitaire et la production des savoirs médicaux ? »
- « Existe-t-il des résistances institutionnelles au choix et aux droits des femmes dans le champ médical ? »

La compilation des interventions ayant eu lieu entre 2019 et 2025 vient alimenter le travail engagé depuis plusieurs années par Equipop sur la production et le partage de savoirs, qui nourrissent tant les travaux de plaidoyer féministe de l'association, que la formation des acteur-ices de la solidarité internationale³. Ce travail de production et de partage des savoirs est accessible via le Centre de Ressources d'Equipop⁴.

Les conversations rassemblées ici ont réuni 25 intervenant-e-s, à travers des rencontres en ligne et en présentiel, depuis plusieurs pays, créant des espaces de dialogue transnationaux. Militantes féministes, chercheur-euse-s, professionnelles de santé, juristes, actrices associatives, activistes communautaires : cette pluralité de voix et de disciplines a permis de construire une réflexion collective ancrée dans les réalités de terrain et les savoirs situés, tout en créant des ponts entre contextes locaux et enjeux globaux.

Les fiches issues de ce cycle ne sont pas de simples comptes rendus. Elles constituent un outil politique, pédagogique et stratégique. Elles montrent qu'une autre approche de la santé est possible, et plus encore, nécessaire. Les apports des chercheur-euse-s et des militant-e-s (et des chercheur-euse-s-militant-e-s et militant-e-s-chercheur-euse-s !⁵) rendent visibles de façon évidente les structures de domination en santé. Leurs éclairages permettent de comprendre les racines historiques de cette domination pour mieux se défaire de ce qui oppresse tout en conservant ce qui est au cœur de la santé, le soin. Enfin, ces fiches s'inscrivent dans une logique d'empouvoirement : individuel, collectif, communautaire et institutionnel.

SOIGNER EN FÉMINISTES DANS UN CONTEXTE DE RECU DES DROITS

Cette compilation des fiches issues du cycle Féminismes et santé s'inscrit dans un contexte mondial marqué par un backlash inquiétant contre les droits des femmes et des minorités de genre⁶, et par un renforcement des attaques contre les DSSR. Partout, les signaux sont alarmants : coupes budgétaires massives dans les programmes de santé globale, restrictions de l'aide publique au développement, criminalisation croissante des droits reproductifs, remise en cause de l'accès à l'avortement dans plusieurs pays européens, politiques anti-migratoires toujours plus violentes, et offensives idéologiques ciblant explicitement les droits des personnes LGBTQIA+.

1. Equipop « Un espace à nous, entre militantisme et recherche : Dialoguons sur une approche féministe des DSSR ! », Paris, Equipop, 2024, 36p.

2. Sow, Fatou, Émeline Fourment, et Anne Kwaschik, « Le livre des sciences est un livre ouvert ». Entretien avec Fatou Sow, *Critique internationale* 99(2), 2023, pp.89-105.

3. Plus d'information sur les formations d'Equipop sur la page <https://equipop.org/formations/>

4. Ressources disponibles sur la page <https://equipop.org/centre-de-ressources/>

5. L'intersection entre ces deux sphères et la façon dont elles se nourrissent est discutée dans le rapport d'Equipop *op. cit.*

6. Equipop, Fondation Jean Jaurès, Amandine Clavaud, Lucie Daniel, Clara Dereudre, et Lola-Lou Zeller, *Droits des femmes : combattre le « backlash ». Recommandations pour la politique étrangère de la France*, Paris, Equipop; Fondation Jean Jaurès, 2023, 52p.

En janvier 2026, le retrait des États-Unis de 66 organisations internationales⁷ – dont ONU Femmes et le FNUAP/UNFPA, pilier mondial de la défense des DSSR – a provoqué une onde de choc dans les financements internationaux de la santé. Ces décisions ont des conséquences directes sur les systèmes de soins, en particulier dans les pays les plus dépendants de ces ressources, notamment dans la lutte contre le VIH.

En Afrique de l'Ouest et du Centre, les discours conservateurs, identitaires et religieux se renforcent, ciblant de manière explicite les droits humains et les DSSR. Comme le constatait déjà Chanceline Mewanou en 2024 : « *De plus en plus, nous faisons aussi face à un contexte régional et africain très inquiétant. Vous avez vu des réalités en Ouganda, au Ghana, au Niger, au Sénégal, en Côte d'Ivoire, au Cameroun. Nous assistons vraiment à un rétrécissement non seulement de l'espace civique, à des attaques contre les droits humains, et notamment ceux des femmes, des personnes de genres divers et personnes non-binaires et des personnes homosexuelles. Nous nous inquiétons parce que ces mouvements ciblent de façon spécifique les DSSR.* »⁸

Face à ces reculs et à ces attaques coordonnées contre les droits et la santé des femmes et des minorités de genre, de nombreuses voix appellent à repenser en profondeur la manière dont les politiques et les interventions de santé sont conçues et mises en œuvre (voir Fiche 2 et 8)⁹. Les héritages coloniaux continuent de structurer les représentations, les priorités et les politiques de santé publique. La matrice coloniale façonne encore les discours dominants en matière de DSSR, produisant une véritable épistémologie de l'ignorance qui invisibilise les réalités, les savoirs et les expériences des personnes racisées et des peuples anciennement colonisés¹⁰.

Les réponses en santé restent également, largement dominées par une approche biomédicale, standardisée, souvent déconnectée des dynamiques locales et des vécus des personnes concernées. Face à ce constat, Equipop propose une approche résolument féministe de la démocratie en santé. La création d'espaces virtuels comme le cycle Féminismes et santé ou des rencontres entre militant-e-s et chercheur-euse-s comme ce fut le cas lors du Symposium sur les DSSR de Cotonou permettent de « désanitariser » l'approche des DSSR, pour replacer les droits humains, l'empouvoirement individuel et collectif, ainsi que la reconnaissance des savoirs expérientiels au cœur de l'action publique et associative¹¹.

REPENSER LE SOIN AU-DELÀ ET AVEC LA BIOMÉDECINE

Le domaine de la santé s'est historiquement construit contre les savoirs populaires, féminins et communautaires – ceux des sage-femmes, des guérisseuses, des infirmières, des sorcières – au profit d'un modèle médicalisé, masculin, élitiste, validiste et normatif¹². Ce système a invisibilisé les corps des femmes, des personnes handicapées, des personnes grosses, des minorités sexuelles et de genre, et des populations racisées. Il a aussi révélé toute sa brutalité lors de crises récentes, comme celle du COVID-19, où certaines vies ont été jugées moins dignes d'être protégées que d'autres.

Toute rencontre médicale s'inscrit dans un réseau de rapports de pouvoir : elle peut soit reproduire les inégalités sociales, de genre et de race existantes, soit contribuer à les transformer. Les rapports de pouvoir, et les violences qui en découlent, traversent également les institutions de soin elles-mêmes (comme discuté dans la Fiche 7). En France, 80% des femmes médecins déclarent avoir déjà subi des comportements sexistes à l'hôpital¹³, tandis que l'« esprit carabin » continue de structurer les études de médecine¹⁴. Les biais de genre influencent la prise en charge, faussent l'interprétation des symptômes et orientent les décisions cliniques, au détriment des femmes et des minorités de genre (comme discuté dans la Fiche 1 et la Fiche 6)¹⁵.

Alors, comment faire confiance à un système de santé qui s'est construit contre les savoirs des femmes¹⁶ – et, concernant la gynécologie et l'obstétrique à travers l'exploitation des corps des femmes noires¹⁷? Les approches féministes permettent une critique politique des discriminations de santé. Elles ouvrent des voies de transformation en dénonçant les violences (Fiche 10) et en repositionnant les personnes et groupes marginalisés au centre des décisions, des pratiques et de la production des savoirs. Elles dessinent l'horizon d'une médecine plus juste, plus inclusive et plus respectueuse (voir Fiche 3, Fiche 5 et Fiche 9).

7. Communiqué de presse de l'Alliance féministe francophone, 9 janvier 2026, accessible sur <https://equipop.org/retrait-des-etats-unis-des-organisations-internationales-les-droits-des-femmes-directement-menaces/>
8. Equipop, *op. cit.*
9. Eger, Hannah, Shubha Chacko, Salma El-Gamal, Thomas Gerlinger, Alexandra Kaasch, Marie Meudec et al. "Towards a Feminist Global Health Policy: Power, intersectionality, and transformation". *PLOS Glob Public Health* 4(3): e0002959, 2024.
10. Meralli Ballou, Ange-Valérie, « Matrice coloniale de l'Aide publique au développement française : décoloniser les représentations en droits et santé sexuels et reproductifs », *Santé Publique*, 2025/1 vol. 37, 2025. p.15-20.
11. Memmi Machado, Sarah, Jeanne Fournier, Cina Gueye, Aurélie Gal-Régniez, Solenn Lorre, Elise Petitpas, Dominique Pobel, et Stevie Reine Yameogo, « La démocratie en santé : adopter une approche féministe pour lutter contre les oppressions sociales ». *Santé Publique*, vol. 37, no 1, 2025, pp. 37-41.
12. Condé, Maryse, Moi, Tituba sorcière..., Paris : Gallimard, 1988, 128p.; Ehrenreich, Barbara, et Deirdre English. *Sorcières, sages-femmes et infirmières : Une histoire des femmes soignantes*. Traduit de l'anglais par L. Lame, postface d'Anna Colin, Paris : Cambourakis, 2021, 128p.
13. Ipsos pour Donner des ELLES à la santé, « 80% des femmes médecins déclarent s'être senties discriminées dans leur parcours professionnel », 07/04/2022, consultable sur <https://www.ipsos.com/fr-fr/80-des-femmes-medecins-declarent-setre-senties-discriminees-dans-leur-parcours-professionnel>
14. L'esprit carabin désigne une culture historiquement associée aux études de médecine, mêlant chansons paillardes, pratiques festives exaltant la nudité, souvent présentée comme une catharsis face aux réalités du monde hospitalier. Il contribue à banaliser des comportements sexistes ou violents et à reproduire des rapports de domination au sein des études médicales et des institutions de soin. Voir, Dergham, Myriam, Rodolphe Charles, Thomas Bujon, et Rodolphe Pellet, « De l'esprit carabin aux discriminations en santé ». *Médecine*, vol. 16, no 8, 2020, pp. 360-364.
15. Guth, Margot, Quentin Lade, Perrine Goussault, Carole Clair, Nathalie Pelletier-Fleury, et Joëlle Schwarz, « Comprendre les biais de genre dans le diagnostic, le traitement et la prise en charge en médecine », *Médecine/Sciences*, vol. 41, no 12, 2025, pp. 1031-1038.
16. Ehrenreich, Barbara, et Deirdre English, *op. cit.*
17. voir par exemple Connelly, Chloé "Remembering Anarcha, Lucy and Betsey: The Mothers of Modern Gynecology" NPR, 07 fév. 2017, <https://www.npr.org/2017/02/07/513764158/remembering-anarcha-lucy-and-betsey-the-mothers-of-modern-gynecology?hpid=hp%3Aremembering-anarcha-lucy-and-betsey-the-mothers-of-modern-gynecology%3Ahomepage%3Fhpid=hp%3Aremembering-anarcha-lucy-and-betsey-the-mothers-of-modern-gynecology%3Ahomepage%3Fhpid=hp>

Les conversations partagées dans ce rapport rappellent ainsi une distinction fondamentale : celle entre les droits promulgués et leur accès au quotidien. Les droits à la santé, à l'autonomie corporelle, à la dignité et à l'égalité n'ont de sens que lorsqu'ils sont rendus concrets, effectifs et accessibles à toutes et tous, dans leur diversité (*voir Fiche 11*). Enfin, ce travail de compilation s'inscrit dans une tension centrale de notre époque : entre la reconnaissance de l'expertise des personnes concernées (*Fiche 4*) et le risque d'une injonction néolibérale à devenir « expert-e de soi » (*voir Fiche 12*), qui décharge les institutions de leurs responsabilités. Défendre l'empouvoirement en santé ne signifie pas individualiser le soin, mais transformer les structures afin de rendre effectifs les droits, l'accès, la dignité et l'autonomie en santé.

STRUCTURE DU RAPPORT

Ce rapport est structuré en trois grandes parties complémentaires.

La première partie, *Soigner dans un monde sexiste : inégalités de genre et violences institutionnelles en santé*, analyse les fondements historiques, sociaux et politiques des inégalités de santé. Elle regroupe les *fiches 1, 6 et 7*. Les conversations mettent en lumière les biais sexistes dans la production des savoirs médicaux, les discriminations dans les parcours de soin, les violences gynécologiques et obstétricales, les rapports de pouvoir dans les institutions sanitaires, ainsi que les mécanismes de silenciation¹⁸ des femmes et des minorités de genre.

La deuxième partie, *Luttes féministes pour accompagner le changement en santé*, explore, à partir des *fiches 3, 5 8, 10 et 11*, les mobilisations féministes comme forces de transformation. Elle montre comment les luttes pour la santé mentale, celles contre le VIH, la défense des DSSR et la défense des droits des personnes LGBTQIA+ s'inscrivent dans une approche systémique de la santé, fondée sur les droits humains, la justice sociale et l'égalité réelle.

La troisième partie, *Nos corps, nos choix, nos savoirs : vers l'empouvoirement en santé*, ouvre des perspectives de transformation. Les conversations des *fiches 2, 4, 9 et 12* mettent avant les savoirs situés, les soins communautaires, l'autogynécologie, les méthodologies féministes de recherche, les groupes de parole, l'éducation populaire et les pratiques d'empouvoirement collectif, comme leviers essentiels pour reprendre pouvoir sur les corps, les choix et les savoirs, et construire des systèmes de santé véritablement émancipateurs.

Enfin, la conclusion propose des pistes pour poursuivre les discussions, sous d'autres formats et thématiques. Une liste de ressources, aussi bien des références bibliographiques que des outils pratiques, complète ce rapport.

18. Ensemble de processus institutionnels et interindividuels par lesquels la parole de personnes minorisées est empêchée, disqualifiée ou rendue inaudible.



Soigner dans un monde sexiste : inégalités de genre et violences institutionnelles en santé

01

Le système médical n'est pas opaque aux rapports de pouvoir qui traversent la société. Il s'y joue des dynamiques d'oppression et de discrimination qui structurent les savoirs, les pratiques et les carrières. Les travaux contemporains sur les biais implicites en santé montrent que les professionnel-le-s, qui ne vivent pas isolé-e-s du reste du monde social, peuvent porter des préjugés inconscients influençant la prise de décision clinique. Par exemple, en interprétant différemment les mêmes symptômes selon le genre, l'origine ou le statut social du ou de la patient-e. Ces biais contribuent à des inégalités bien documentées de diagnostic et de traitement, comme l'illustrent les retards de prise en charge des pathologies cardiovasculaires pour les femmes (*voir Fiche 6*).

L'espace de soin n'est donc pas un espace neutre. L'hôpital, lieu censé protéger, soulager et réparer, peut aussi devenir un lieu de violences, d'inégalités et de silenciation, y compris pour les soignantes (*Fiche 7*). Les femmes médecins déclarent subir des discriminations et des comportements sexistes tout au long de leur parcours : propos dévalorisants sur leurs compétences, remarques sur leur apparence, mise en doute de leur autorité, voire harcèlement moral ou sexuel.

Ces réalités ne relèvent pas de dysfonctionnements isolés, mais s'inscrivent dans une histoire longue, au cours de laquelle le système de santé, ses savoirs et ses pratiques se sont construits dans un monde profondément sexiste, traversé par des rapports de pouvoir de genre, de classe et de race.

Comme le rappelle l'historienne Muriel Salle (*Fiche 1*), historiquement, le sujet du savoir médical est un homme. Les connaissances médicales ont été produites majoritairement par des hommes, à partir d'un point de vue masculin érigé en norme universelle. Les femmes y apparaissent comme des hommes « en moins », des corps déviants ou déficients, souvent perçus comme perpétuellement souffrants. Cette construction a contribué à banaliser et minimiser leurs douleurs : règles douloureuses, endométriose, maladies cardiovasculaires aux symptômes spécifiques, diagnostics tardifs. L'idée qu'« il est normal qu'une femme souffre » a nourri une injonction au silence, renforçant des inégalités de prise en charge bien réelles.

Si des différences biologiques existent, elles sont trop souvent transformées en traitements différenciés et inéquitables, produisant des inégalités de santé. À ces rapports de genre s'ajoutent des rapports de race et de classe. Le « syndrome méditerranéen », une croyance selon laquelle les personnes non blanches auraient tendance à exagérer leur douleur, illustre ainsi la manière dont certains patient-e-s racisé-e-s sont suspectées d'exagération ou de mensonge, avec des conséquences parfois graves sur leur prise en charge.

Interroger le sexisme en santé, c'est donc questionner les fondements mêmes d'un système qui, loin de corriger les inégalités sociales, contribue trop souvent à les reproduire. C'est une condition indispensable pour transformer durablement les pratiques de soin. Les initiatives féministes et intersectionnelles portées par des associations de terrain (*comme Ikambere, voir Fiche 6*) rappellent la nécessité d'une approche holistique de la santé : visibiliser les violences, déconstruire les stéréotypes – qui peuvent se désapprendre – et outiller les institutions afin de garantir des soins justes, dignes et respectueux pour toutes et tous.

19. Lambert, Marion, Lachal, Jonathan, Mansouri, Malika, Radjack, Rahmeth, et Moro, Marie-Rose. « Syndrome méditerranéen et monde médical français, un préjugé raciste encore actif. Un parallèle avec l'article sur le « syndrome nord-africain » de Frantz Fanon », *La Revue de Médecine Interne* 43(7), 2022, p.399-401.

20. Geiser, Elisa, Francesca Arena, Carole Clair, et Joëlle Schwarz, « Biais de genre dans la prise en charge médicale : que faire ? » *Revue médicale suisse*, vol. 20, no 880, 2024, pp. 1234-1237.

Le genre comme déterminant social de santé

Conversation avec Muriel Salle • 2019

Si des différences biologiques existent entre les sexes, celles-ci sont fréquemment transformées en traitements différenciés qui produisent, en pratique, des inégalités de santé, faisant du genre un déterminant social de santé. L'historienne Muriel Salle étudie la manière dont les stéréotypes de genre ont influencé de longue date l'organisation des systèmes de soins, la production des savoirs médicaux et les parcours de santé des individus.

Même si les professions de santé sont aujourd'hui largement féminisées, les hommes et les femmes ne se répartissent pas de manière équivalente dans les différents métiers de la santé ni dans les spécialités médicales. Certaines spécialités restent fortement masculinisées (comme la chirurgie) tandis que d'autres (la pédiatrie ou l'infirmierie), sont majoritairement féminines. Cette division sexuée du travail médical est étroitement liée à des stéréotypes de genre persistants, qui associent les femmes au care (la prise en soin d'autres personnes), à l'attention et à l'émotion, et les hommes à la technicité, à l'autorité et à la décision. Ces hiérarchies professionnelles contribuent à la dévalorisation de certains savoirs et pratiques de soin et à celles qui les prodiguent.

Cette organisation genrée des professions s'inscrit dans un cadre plus large marqué par l'androcentrisme persistant des savoirs médicaux. Historiquement, le sujet du savoir médical est d'abord un homme. Les connaissances médicales ont été produites majoritairement par des hommes, à partir d'un corps masculin érigé en norme universelle. Dans cette logique, les hommes sont perçus comme ayant « quelque chose de plus », tandis que les femmes seraient dotées de « quelque chose de moins ». Les corps des femmes apparaissent dans les travaux médicaux en seconde intention, comme des variantes, des exceptions ou des écarts par rapport à cette norme.

Le sexe constitue donc à la fois un déterminant de santé biologique et un déterminant social de santé. Les femmes, par exemple, consultent plus fréquemment les médecins généralistes que les hommes, mais elles sont moins bien prises en charge pour certaines pathologies communes aux deux sexes, comme les maladies cardiovasculaires. Les symptômes féminins y sont plus souvent minimisés, attribués à des causes psychosomatiques ou détectés tardivement, avec des conséquences importantes en termes de morbidité et de mortalité. Les recherches spécifiques sur la santé des femmes restent ainsi trop souvent marginales, tardives ou considérées comme non prioritaires, renforçant une vision biaisée de la médecine.

Muriel Salle est historienne, agrégée et docteure en histoire contemporaine. Elle enseigne à l'Université Lyon 1 (Faculté de Médecine, INSPE et UFRAPS) et à l'Université Lyon 2 (Master Egales) ainsi qu'à Sciences-Po Lyon. Ses recherches portent sur les questions de genre en éducation et dans le domaine de la santé.

Le cycle « Féminismes et santé » consiste en une série de rencontres — en France, à Ouagadougou et à Dakar — avec des invité-e-s de profils et de pays différents, portant des points de vue pluridisciplinaires. À travers ce cycle, il s'agit de mieux s'imprégner des nombreux apports féministes en matière de santé et d'en discuter les implications en termes de pratiques tout comme de politiques et ce dans différentes aires géographiques.

Muriel Salle rappelle que la construction d'un discours médical dépréciatif sur le corps des femmes a également historiquement servi à légitimer leur exclusion de certaines sphères sociales et politiques. En naturalisant l'idée d'une faiblesse féminine, il devient possible de justifier l'inégalité d'accès aux droits, à l'éducation, à la citoyenneté ou au pouvoir. La médecine a ainsi participé à naturaliser des rapports sociaux inégalitaires, en présentant les femmes comme biologiquement prédestinées à la maternité et inaptées à certaines fonctions.

L'idée selon laquelle une femme serait, par définition, un être souffrant a également contribué à la banalisation et à la minimisation de leurs douleurs. Douleurs menstruelles, endométriose, souffrances gynécologiques ou obstétricales ont longtemps été considérées comme « normales », alimentant une injonction au silence. Cette représentation selon laquelle « il est normal qu'une femme souffre, et donc qu'elle souffre en silence » a profondément marqué les pratiques médicales et continue de produire des inégalités de prise en charge aujourd'hui.

Reconnaître le genre comme déterminant social de santé permet ainsi de comprendre que les inégalités de santé ne relèvent ni du hasard ni de simples différences biologiques, mais de constructions sociales, historiques et politiques qui façonnent les corps, les savoirs et les institutions de soin. Interroger ces mécanismes est une condition indispensable pour transformer durablement les pratiques médicales et garantir une santé réellement équitable.

Stéréotypes sexistes et prise en charge différentielle dans le domaine de la recherche et du traitement médical

Conversation avec Nathalie Bajos, Ilana Löwy & Bernadette Rwegera • 2023

Le 16 mars 2023, la Mairie du 13^e arrondissement nous accueillait pour la 6^e rencontre du cycle Féminismes et Santé : *La santé, un droit pour toutes : vraiment ?* Prise en charge de la douleur, prévention, retard de diagnostic, manque de formation, retard de la recherche et traitements inadaptés... Comment les biais sexistes, et en particulier dans le corps médical, ont des conséquences négatives sur la santé des femmes ? Comment le Patriarcat, entremêlé aux autres formes de domination, forge-t-il notre système de santé ? Ilana Löwy, Nathalie Bajos et Bernadette Rwegera ont discuté des stéréotypes sexistes et de la prise en charge différentielle dans le domaine de la recherche et du traitement médical. Retrouvez dans cette fiche les essentiels de la conversation.

1. UNE CONSTRUCTION HISTORIQUE SEXISTE DES SCIENCES MÉDICALES

La biologie est apparue au XIX^e siècle. Comme toutes les sciences, elle est une construction humaine historiquement sexiste : ce sont les hommes qui ont développé les savoirs, tout en faisant des femmes un objet intensif d'étude.

“ Qu'est-ce que la nature des femmes ? C'était une nature construite par les hommes. »

Ilana Löwy

Ilana Löwy prend l'exemple des organes sexuels féminins, envisagé pendant longtemps comme un simple miroir des organes sexuels masculins à l'intérieur du corps : « Les femmes étaient comme les hommes, mais en moins. » Autre exemple : l'étude des maladies féminines comme l'endométriose, historiquement négligée. La société, dont le corps médical, a longtemps banalisé les douleurs liées au cycle menstruel, le corps féminin était considéré comme fragile.

“ Les sciences neutres n'existent pas, toutes les sciences sont situées. »

Ilana Löwy

En France, c'est grâce aux mouvements féministes que les droits des femmes avancent, que la place des femmes comme simple objet médical est remise en cause et qu'émerge la nécessité de se réapproprier les savoirs médicaux, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive (avortement, grossesse, contraception). Les sciences médicales évoluent, grâce au féminisme.

“ L'usagère s'octroie le droit de produire du savoir. »

Ilana Löwy

Ilana Löwy est historienne des sciences et directrice de formation à l'INSERM. Elle étudie le rapport entre les sciences et le genre sous une perspective féministe, notamment dans le domaine de la reproduction et de la prise en charge des cancers féminins.

Bernadette Rwegera est la directrice et fondatrice de l'association *Ikambere*, qui accompagne les femmes vivant en situation de précarité et avec une maladie chronique (VIH, diabète, obésité, hypertension artérielle) vers l'autonomie. En 2022, elle est nommée Chevalier de l'ordre national de la Légion d'Honneur.

Nathalie Bajos est sociologue et démographe, directrice de recherche à l'INSERM. Ses champs de recherche portent sur la sexualité, la santé sexuelle et les inégalités en santé avec une perspective intersectionnelle.

Le cycle « Féminismes et santé » consiste en une série de rencontres — en France, à Ouagadougou et à Dakar — avec des invité·e·s de profils et de pays différents, portant des points de vue pluridisciplinaires. À travers ce cycle, il s'agit de mieux s'imprégner des nombreux apports féministes en matière de santé et d'en discuter les implications en termes de pratiques tout comme de politiques et ce dans différentes aires géographiques.

2. DU BERCEAU À L'HÔPITAL : LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Les inégalités sociales en santé se construisent dès la prime enfance, puis en grandissant. Selon le genre, la socialisation des personnes comme l'exposition à des facteurs de risque sont différentes. Dès l'enfance, la société encourage les filles et les garçons à ne pas ressentir la douleur de la même manière et considère différemment les expressions de cette douleur — les pleurs notamment — chez les filles ou chez les garçons. Cela a des effets sur la santé des personnes et sur leur prise en charge. Si les problèmes de santé mentale sont ainsi sous-diagnostiqués chez les hommes, les femmes tardent à réagir à leurs symptômes. Enfin, arrivé·e·s à l'hôpital, femmes et hommes ne reçoivent pas les mêmes examens et diagnostics pour les mêmes symptômes. Les biais sexistes marquent jusqu'aux recommandations médicales enseignées sur les bancs des facultés et au système de soins.

« Les femmes ne sont pas traitées de la même manière : elles sont moins bien prises en charge. »

Nathalie Bajos

Si en moyenne les femmes fument moins, boivent moins d'alcool et mangent plus sainement, elles meurent pourtant plus facilement des conséquences des comportements à risques. Les pathologies associées à ces comportements étant moins vite et moins bien diagnostiquées et prises en charge.

Par exemple, si les femmes sont moins touchées par les maladies cardiovasculaires que les hommes, quand elles en sont atteintes, elles en meurent plus, ce qui en fait la première cause de mortalité chez les femmes en Europe. En raison des différences de symptômes et de biais de genre dans le système de soins de santé, les problèmes cardiaques chez les femmes peuvent être diagnostiqués plus tardivement que chez les hommes. Un diagnostic tardif peut entraîner un traitement retardé, ce qui peut aggraver la maladie.

S'ajoute à cette inégalité le fait que les femmes appartenant à des groupes socialement défavorisés, peuvent avoir un accès plus limité aux soins de santé préventifs, au dépistage, et à des traitements efficaces. Enfin, les facteurs de stress liés à la discrimination de genre et aux rôles sociaux traditionnels peuvent également avoir un impact négatif sur la santé cardiaque des femmes.

« Les écarts sont moins importants entre sexes qu'entre catégories sociales. »

Nathalie Bajos

Le genre doit être articulé autour des classes sociales et rapports de races sociales, qui marquent également la santé. Les inégalités sexistes sont aggravées par les stéréotypes raciaux et peuvent mener à de graves erreurs médicales. L'échange téléphonique entre Naomi Musenga et une opératrice du Samu en décembre 2017, la non prise au sérieux de ses symptômes, le retard de sa prise en charge et son décès sont l'illustration et la conséquence du « syndrome méditerranéen », la croyance dangereuse au sein d'une partie du corps médical que certaines personnes d'origine étrangère auraient tendance à exagérer leurs symptômes du fait de leur culture.

3. L'EXEMPLE DE L'ASSOCIATION IKAMBERE : ACCOMPAGNER LES FEMMES VIVANT EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ET AVEC UNE MALADIE CHRONIQUE

Ikambere, « la Maison accueillante » en Kinyarwanda (langue du Rwanda), est une association qui propose une méthodologie de prise en charge globale aux femmes qui cumulent des difficultés liées à la gestion de la pathologie (VIH, diabète, obésité, hypertension artérielle) et de la précarité. Elle est une illustration de comment des principes féministes peuvent se mettre en mouvement concrètement dans une action. Pour lutter contre la solitude et l'isolement, Ikambere accueille, et ces femmes, dont l'immense majorité est originaire d'Afrique subsaharienne, se retrouvent, partagent et se reconnaissent.

C'est l'importance du collectif : la mise en commun d'une parole, la solidarité et la sororité comme participant au chemin d'émancipation. À cette cohésion s'ajoute la valorisation des savoirs expérientiels des femmes accompagnées. Elles ont toutes un parcours de vie en lien avec leur maladie et sont écoutées.

« Nous travaillons à restaurer l'estime de soi. »

Bernadette Rwegera

Ikambere défend une approche holistique de la santé : au médical s'ajoute un service d'alimentation, de logement, un accompagnement vers le travail et la reconnaissance du lien entre santé mentale et physique. La structure propose des séjours de repos et valorise, au-delà de la santé, le bien-être des femmes accompagnées.

Enfin, c'est la prise en compte de l'intersectionnalité : pour avoir un impact pérenne Ikambere propose un accompagnement qui permet de lutter à la fois sur les inégalités sanitaires, économiques, sociales et de genre auprès des femmes accompagnées.

« Ikambere s'est construit avec les besoins des femmes. »

Bernadette Rwegera

4. QUELQUES PISTES POUR LUTTER CONTRE LES STÉRÉOTYPES SEXISTES EN SANTÉ

Pour lutter contre les inégalités sexistes et sociales de santé, nos invitées ont évoqué plusieurs leviers d'action :

- **Éduquer** dès l'enfance à l'égalité de genre, à l'école et en dehors
- **Écouter les première concernées** et désapprendre les stéréotypes, dans tous les domaines
- **Former les étudiant-e-s** en médecine aux sciences sociales
- **Travailler à la réappropriation** des savoirs médicaux par les femmes
- **Financer et développer la recherche en sciences sociales** sur le sujet et ce, avec une perspective féministe intersectionnelle
- **Financer et développer une recherche médicale féministe** (sur les pathologies comme sur les traitements)
- **Renforcer les politiques publiques d'accessibilité** des traitements médicaux pour tout-e-s
- **Encourager la diversité** des origines sociales des médecins
- **Visibiliser systématiquement les violences sexistes** des professionnel-le-s de santé

POUR ALLER PLUS LOIN

- Rediffusion de la conversation
- Le cœur des femmes, les maladies cardiovasculaires mal prises en compte, 50/50 Magazine, 4 octobre 2021
- Refus de soin, grossophobie, racisme : le cas de Naomi Musenga est loin d'être isolé, Slate, 3 juillet 2018

Lutter contre les violences sexistes : La formation des futur·e·s soignant·e·s

Conversation avec Thérèse Brocard, Minna Cloître,
Honorin Naimo & Muriel Salle • 2023

L'apprentissage de la médecine, théorique ou pratique, perpétue des stéréotypes voire des violences sexistes et sexuelles. Futur·e·s professionnel·le·s de santé comme patient·e·s peuvent en être victimes.

A l'occasion du Festival Brisons le Silence, Equipop a organisé une table ronde, le 14 novembre 2023, entre les murs de la faculté de médecine de Lyon : avec Thérèse Brocard, Minna Cloître, Honorin Naimo et Muriel Salle nous avons discuté de comment faire des professionnel·le·s de santé des allié·e·s de la lutte contre les violences sexistes et sexuelles (VSS).

1. IDENTIFIER LES BIAIS SEXISTES

« Les violences sexistes et sexuelles dans les pratiques médicales tiennent à des impensés. »

Muriel Salle

Les savoirs et les pratiques en médecine ont souvent été pensés par des hommes et pour des hommes. Comme l'explique Muriel Salle, les connaissances sont produites entre pairs, c'est-à-dire que dans l'espace médical les hommes produisent les connaissances à travers leur point de vue masculin. Le corps de référence est le corps masculin, ce qui entraîne des méconnaissances voire des violences sur les corps des femmes et des minorités de genre.

En outre, l'héritage historique a des conséquences sur la manière dont on trace la ligne entre le « normal » et le « pathologique ». Au XIX^e siècle, les femmes étaient perçues comme des éternelles malades. Les savoirs et les pratiques médicales ont été pensés pour faire de la femme et des minorités de genre, des personnes « anormales » dont le diagnostic puis le traitement est rendu compliqué.

La description des pathologies, pensée sur des corps masculins, occulte par exemple les conséquences spécifiques des maladies cardiovasculaires sur les femmes. Il réside également une vision binaire du genre en médecine qui induit des idées reçues et violences.

Les cours donnés en facultés sont encore incomplets en matière d'égalité de genre ou encore de transidentité. Ce sont souvent à des associations étudiantes comme le CLIT ou le CLASH de remettre au premier plan ces sujets afin d'assurer de futures prises en charge adaptées et sûres.

Minna Cloître est étudiante en 5^{ème} année de médecine à Lausanne, co-présidente 2023-2024 de l'association CLASH (collectif de lutte contre les Attitudes Sexistes en milieu Hospitalier).

Honorin Naimo est étudiant externe en 4^{ème} année de médecine, co-président de l'association CLIT, le Collectif libre et inclusif pour toustes, association féministe pour et par les étudiant·e·s en santé.

Thérèse Brocard est psychologue clinicienne au Service de Santé Universitaire de Lyon 1 et praticienne EMDR, thérapie spécialisée pour le psychotraumatisme.

Muriel SALLE est historienne, agrégée et docteure en histoire contemporaine. Elle enseigne à l'Université Lyon 1 (Faculté de Médecine, INSPE et UFRAPS) et à l'Université Lyon 2 (Master Egales) ainsi qu'à Sciences-Po Lyon. Ses recherches portent sur les questions de genre en éducation et dans le domaine de la santé.

Le cycle « Féminismes et santé » consiste en une série de rencontres — en France, à Ouagadougou et à Dakar — avec des invité·e·s de profils et de pays différents, portant des points de vue pluridisciplinaires. À travers ce cycle, il s'agit de mieux s'imprégner des nombreux apports féministes en matière de santé et d'en discuter les implications en termes de pratiques tout comme de politiques et ce dans différentes aires géographiques. Cette rencontre s'inscrit également dans le cadre de Brisons le Silence, festival engagé contre les violences sexistes et sexuelles organisé par Filactions et dont Equipop est partenaire en 2023 via le projet *Généralisations Féministes : Lyon et sa métropole, territoire d'égalité*.

2. ADOPTER UNE PERSPECTIVE CRITIQUE DES SAVOIRS ET DES PRATIQUES

Le monde universitaire implique des rapports de pouvoir qui limitent fortement toute perspective critique. Les étudiant·e·s en médecine doivent souvent apprendre par cœur des connaissances qu'ils ne peuvent contester. Ces cours perpétuent des réflexes systémiques en matière de pratiques et de savoirs. Par exemple, sur le respect du consentement des patient·e·s : si celui-ci est appliqué, c'est souvent à la discrétion du praticien·ne et non pas un usage courant. Il est urgent de sensibiliser et faire évoluer les pratiques !

Minna Cloître et Honorin Naimo, engagé·e·s à Lausanne et Lyon auprès des étudiant·e·s, témoignent également de nombreux cas de VSS pendant les stages.

« Les étudiant·e·s sont souvent dans des postures où ils subissent des positions de pouvoir. Il y a des imbrications entre les différentes relations de pouvoir. »

Muriel Salle

La lutte contre les VSS est une urgence qui doit traverser l'ensemble du système universitaire, afin de prévenir et prendre en charge à la fois les patient·e·s et les étudiant·e·s pouvant en être victimes.

Dans les années 1970, les féministes ont mis en lumière certains savoirs critiques dans le domaine de la santé. Elles ont souvent mis en évidence les travaux de chercheuses oubliées ou invisibilisées par des congénères masculins.

Avoir une perspective féministe permet de mettre à l'épreuve et en perspective ces savoirs mais surtout d'installer petit à petit des prises de conscience. Certaines normes relationnelles évoluent et impactent les pratiques médicales, ce qui tend à renforcer la vigilance en matière de violences sexistes et sexuelles.

« Il y a un manque de considération du consentement des patientes. »

Minna Cloître

3. APPRENDRE À AGIR ET À ACCOMPAGNER LES VICTIMES

Pour Thérèse Brocard, psychologue, il est indispensable de former les professionnel·le·s de santé à agir contre les VSS pour aider et accompagner les patient·e·s et elleux. Accompagner les victimes, c'est déjà savoir déterminer si un·e patient·e a subi des violences.

« Il faut oser poser la question des violences. »

Thérèse Brocard

Une non-réponse représente déjà une réponse qu'il faut chercher à comprendre. Une posture bienveillante est essentielle. Il ne faut pas juger mais au contraire interroger les refus et les résistances. Mettre en œuvre une prise en charge holistique permet de considérer les différentes dimensions de la réalité du·de la patient·e et décroquer l'information médicale.

Après avoir décelé des violences, les professionnel·le·s doivent être en capacité de réagir aux témoignages de VSS. Une des difficultés pour les professionnel·le·s est de savoir comment gérer et agir face à une situation de violence. Il faut ainsi être attentif·ve·s aux différents aspects du stress post-traumatique, mieux s'outiller et savoir comment orienter.

Il est également important de renforcer la présence de soutien psychologique au sein des universités et des hôpitaux pour les professionnel·le·s.

« Les professionnel·le·s de santé sont les premier·ère·s professionnel·le·s à être au contact des victimes. »

Muriel Salle

4. SE MOBILISER COLLECTIVEMENT POUR CHANGER LE SYSTÈME

Il faut dénoncer et développer des outils contre les VSS dans le milieu médical pour protéger les étudiant·e·s et les patient·e·s et dépasser l'impensé qui permet leur perpétuation, à tous les niveaux. À la croisée des espaces professionnel, professoral et institutionnel, les mobilisations féministes d'étudiant·e·s en médecine sont sources d'inspiration pour instaurer une culture de l'égalité de genre, des campus aux institutions.

Le CLIT a été créé en réponse à l'étanchéité des savoirs et pratiques aux enjeux entourant les VSS, du besoin de parler et de se former. L'idée était d'être inclusif·ve et remettre au centre les patientes avec une perspective féministe et intersectionnelle. Il a adapté le violentomètre au contexte hospitalier et développé des ressources pour appuyer les étudiant·e·s en stage à détecter et prendre en charge les victimes de VSS.

L'association CLASH est née pour faire face à des situations de sexisme vécues par des étudiantes pendant des stages. Via des actions de communication, d'écoute et de plaidoyer, elle agit en Suisse pour changer les pratiques institutionnelles, assurer des conditions de travail décentes pour les étudiant·e·s, le personnel·le·s de santé et pour les patient·e, accompagner les étudiant·e·s victimes et sensibiliser sur les VSS.

LES LEVIERS D'ACTION DU CLASH

- **Écouter** les victimes, pour libérer la parole et dénoncer des agissements sexistes (une antenne d'écoute et un formulaire)
- **Interpeller** : à l'occasion de la grève féministe du 14 juin en Suisse, mettre en lumière des revendications adressées aux universités de médecine contre les biais de genre et pour plus d'inclusivité
- **Inform** : écriture d'une charte pour lutter contre les VSS dans les soirées étudiantes
- **Dénoncer** : campagnes d'affichage dans certains hôpitaux à destination du personnel soignant avec des phrases sexistes et/ou sexualisantes entendues dans ces espaces
- **Former** : plaidoyer pour la création d'un cours pratique pour les troisièmes années autour du harcèlement sexuel afin d'éduquer et faire de la prévention, empouvoirer témoins et victimes
- **Travailler avec les institutions** : plaidoyer en faveur de l'égalité de genre et la lutte contre les VSS

POUR ALLER PLUS LOIN

- [Site internet du CLASH](#)
- [Brochures de prise en charge des victimes de VSS \(par le CLIT\)](#)
- [VIOLENTHOSPITOMÈTRE](#)
- [Conversation avec Muriel Salle \(Cycle Féminismes et Santé, 2019 — replay disponible\)](#)



Luttes féministes pour accompagner le changement en santé

02

Dans un contexte international de plus en plus hostile aux droits humains, à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, les inégalités en santé se creusent. La logique gestionnaire et les restrictions budgétaires qui traversent de nombreux systèmes de santé tendent à invisibiliser les besoins spécifiques des femmes et des minorités de genre. De plus, dans les situations où les droits et l'existence même des personnes LGBTQIA+ n'est pas reconnue, l'accès aux soins leur est extrêmement difficile, voire dangereux (comme l'évoquent les contributeur·rice·s de la Fiche 8).

Les violences gynécologiques et obstétricales constituent l'une des expressions les plus emblématiques du patriarcat médical (voir Fiche 10). Elles s'inscrivent à la croisée de dimensions physiques, psychologiques et sociales, et sont favorisées par des normes patriarcales persistantes, des attitudes paternalistes, un manque de ressources dans les systèmes de santé et une insuffisante formation des professionnel·le·s aux droits humains et aux besoins spécifiques des femmes. Le consentement des patientes n'est pas systématiquement recherché, laissé à l'appréciation des soignant·e·s, et les professionnel·le·s sont insuffisamment formé·e·s à l'accompagnement des victimes de violences sexistes et sexuelles. Reconnaître les violences gynécologiques et obstétricales comme des violences sexistes est une étape essentielle pour transformer les pratiques de soin. Cela implique un déplacement du regard : ce ne sont pas les patientes qui doivent s'adapter, se taire ou supporter la violence, mais bien les professionnel·le·s et les institutions qui doivent se remettre en question. Pratiquer la gynécologie de manière féministe, c'est adopter une approche centrée sur la personne, et promouvoir une éducation sexuelle permettant la réappropriation du savoir médical par les premières concernées (voir Fiche 3).

Les violences médicales et la limitation des droits sexuels et reproductifs s'inscrivent à l'intersection de multiples oppressions, avec des conséquences majeures sur la santé mentale. Par exemple, le taux de suicide chez les femmes en âge de procréer augmente significativement lorsque l'accès à l'IVG est restreint ou aboli²¹. Une approche féministe de la santé mentale (discutée en Fiche 5) vise à rendre visible les violences structurelles qui affectent la santé mentale et empouvoirer les femmes par l'information, la conscientisation, le soutien entre

pair·e·s et la dénonciation des situations d'oppression. Elle permet de déconstruire les normes qui imposent aux femmes d'être « fortes », de contenir leurs émotions – sous peine d'être disqualifiées comme « trop émotives » – et qui participent à leur déshumanisation. Les femmes souffrant de troubles de santé mentale se voient fréquemment retirer leurs droits fondamentaux, à travers des mécanismes d'infantilisation, de disqualification de leur parole ou de retrait de la garde de leurs enfants.

Les luttes féministes traversent également les enjeux de réponse au VIH/sida à l'échelle mondiale (Fiche 11). Trente ans après la Conférence de Pékin, alors que les femmes représentent aujourd'hui plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde, les réponses demeurent largement insuffisantes et souvent prisonnières de logiques biomédicales dépolitisées. Les rapports de pouvoir patriarcaux continuent d'exclure les femmes – en particulier les plus marginalisées – des espaces de gouvernance, de limiter leur accès à des outils de prévention comme la PrEP (prophylaxie pré-exposition), et d'ignorer l'impact des violences sexistes, de la précarité économique et des discriminations sur l'accès aux soins et l'observance des traitements.

Face à des systèmes de santé traversés par des rapports de pouvoir sexistes, racistes et hétéronormatifs, les luttes féministes jouent un rôle déterminant pour interpeller les États, faire évoluer les cadres juridiques, exiger leur application effective et défendre une approche de la santé véritablement inclusive, centrée sur les personnes, leurs vécus et leurs droits. Qu'il s'agisse de santé mentale (Fiche 5), de lutte contre le VIH (Fiche 11) ou de reconnaissance des violences gynécologiques et obstétricales (Fiche 10), ces luttes rappellent que l'amélioration de la santé passe par une transformation des rapports sociaux eux-mêmes. Loin de se limiter à des revendications sectorielles, ces mobilisations proposent une lecture systémique des enjeux de santé, en les reliant aux inégalités sociales, économiques et politiques qui façonnent les trajectoires de vie et de soin des femmes et des minorités de genre. Plusieurs outils comme les groupes de parole, les espaces d'écriture, l'accompagnement par des professionnel·le·s féministes et les dynamiques de soutien collectif constituent à cet égard des leviers essentiels.

21. Jusko, Suzanne, « Restreindre l'accès à l'IVG augmente le taux de suicide chez les femmes, confirme une étude », *Huffington Post*, 3/01/2023. https://www.huffingtonpost.fr/life/article/restreindre-l-acces-a-l-ivg-augmente-le-taux-de-suicide-chez-les-femmes-confirme-une-etude_212234.html; étude originale Zandberg J, Waller R, Visoki E, Barzilay R., "Association Between State-Level Access to Reproductive Care and Suicide Rates Among Women of Reproductive Age in the United States", *JAMA Psychiatry*, 80(2), 2023, p.127–134.

Impact des stéréotypes de genre et des violences sexistes et sexuelles sur la santé mentale

Conversation avec Stella Tiendrebeogo & Julienne Zongo • 2023

Le 19 janvier 2023, nous recevions Stella Tiendrebeogo, psychologue féministe exerçant à Paris, et Julienne Zongo, militante engagée pour les droits des femmes et des filles souffrant de maladies mentales au Burkina Faso. Dans les conversations précédentes, nous avons pu voir comment le patriarcat influence les conceptions et pratiques médicales, mais aussi comment les pathologies sont impactées par les déterminants sociaux de la santé, dont le genre. La santé mentale n'échappe pas à ce constat. À partir des combats et expériences de nos deux invitées, nous avons exploré les enjeux que soulève une approche féministe de la santé mentale, mais aussi les éclairages et espoirs que représente le féminisme pour une meilleure santé mentale des femmes et des minorités, en France comme au Burkina Faso.

1. LE POIDS DU PATRIARCAT SUR LA SANTÉ MENTALE DES FEMMES

On peut définir le Patriarcat comme une forme d'organisation sociale dans laquelle les hommes détiennent le pouvoir dans les sphères publiques comme privées (domaine politique, économique, religieux, familial). La domination masculine s'y exerce au détriment des femmes (et du féminin) et, de manière générale, de toutes les personnes ne correspondant pas aux normes genrées binaires. C'est un système d'organisation sociale où le masculin incarne à la fois le supérieur et l'universel. Au féminin et aux femmes, à l'inverse, sont associés des stéréotypes négatifs, d'infériorité, de sexualisation, et des injonctions comme le mariage, les charges domestiques, etc.

“La femme subit des oppressions, des inégalités et des violences tout au long de sa vie: c'est la porte ouverte à des éléments déclencheurs de troubles mentaux.”

Julienne Zongo

Sans surprise, ce système et les inégalités et violences qui le composent pèsent sur la santé mentale des femmes. Un exemple concret: les droits sexuels et reproductifs. Une étude publiée le 28 décembre 2022 dans la revue JAMA Psychiatry, révèle que le taux de suicide chez les femmes en âge de procréer augmente significativement lorsque l'accès à l'IVG est restreint ou aboli. La santé mentale des femmes repose notamment sur leur accès aux droits humains, ce pour quoi le féminisme lutte.

“Si ces droits sont niés, les libertés fondamentales sont atteintes. Supprimer ces droits, c'est toucher à l'intégrité physique et psychique des individus.”

Stella Tiendrebeogo

Julienne Zongo est une activiste féministe, engagée depuis 23 ans dans le développement communautaire et le monde associatif pour la promotion des droits humains des femmes et des filles. Elle est l'actuelle présidente du Conseil d'Administration de l'Association Sœurs Tond La TAABA qui œuvre pour les droits des femmes et des filles souffrant de maladies mentales au Burkina Faso.

Stella Tiendrebeogo est psychologue et sexologue. Elle est basée à Paris. Stella porte une approche intersectionnelle, en prenant en compte le vécu lié à l'identité de chacun-e de ses patient-e-s. Elle est engagée pour les causes féministes et anti-racistes, notamment pour un meilleur suivi psychologique des personnes noires, racisées et afro-descendantes.

Le cycle « Féminismes et santé » consiste en une série de rencontres — en France, à Ouagadougou et à Dakar — avec des invité-e-s de profils et de pays différents, portant des points de vue pluridisciplinaires. À travers ce cycle, il s'agit de mieux s'imprégner des nombreux apports féministes en matière de santé et d'en discuter les implications en termes de pratiques tout comme de politiques et ce dans différentes aires géographiques.

Stella Tiendrebeogo donne au Patriarcat une définition plus intersectionnelle, sous la forme d'une hiérarchie des personnes selon le pouvoir qu'elles détiennent. Les hommes blancs sont en haut et les femmes noires que Stella accompagne sont en bas de l'échelle patriarcale. L'impact du système patriarcal sur la santé mentale de ces dernières doit alors se lire à l'intersection du sexisme et du racisme.

De même, les femmes atteintes de troubles mentaux cumulent les oppressions, en plus d'une possible vulnérabilité aux violences sexistes et sexuelles.

L'association de Julienne Zongo, Sœurs pour Sœurs Tond La TAABA, est née pour défendre les droits de ces femmes au Burkina Faso, lorsque celles-ci sont dans l'incapacité de le faire elles-mêmes du fait de leurs maladies mentales.

2. DE « LA FEMME FORTE » À « LA FEMME ÉMOTIONNELLE », DES STÉRÉOTYPES NÉFASTES À DÉCONSTRUIRE

« Dès l'enfance, la fille est éduquée pour subir de l'injustice et des violences. »

Julienne Zongo

Si les violences sexistes et sexuelles sont banalisées, elles ne déclenchent pas moins des troubles mentaux. Leur banalisation impacte la santé mentale des femmes qui ne peuvent les dénoncer ou même les identifier comme telles. La société valorise la figure de la femme forte qui met de côté ses émotions. Dans de nombreuses cultures, les femmes se voient ainsi enlever le droit de ressentir et de s'exprimer.

Leur santé mentale est dénigrée et la culpabilisation de celles qui souffrent est en elle-même une violence.

À l'inverse, lorsque le stéréotype sexiste, voire raciste, est celui de l'hypersensibilité des femmes, les douleurs qu'elles expriment sont ignorées. Dans les deux cas, la conséquence est la même : les femmes ne demandent pas d'aide, ou quand elles en demandent, ne l'obtiennent pas et elles sont traitées tardivement ou mal.

« Au Sénégal, une bonne femme est une femme qui supporte et met de côté ses émotions. Mettre de côté ses émotions, c'est se déshumaniser. »

Stella Tiendrebeogo

La résilience ne peut être qu'un état ponctuel. Il faut donner les clés aux femmes pour qu'elles sortent de cette pensée intériorisée selon laquelle elles doivent constamment tout endurer.

3. UNE APPROCHE FÉMINISTE INTERSECTIONNELLE NÉCESSAIRE

Tant pour la défense des droits des femmes atteintes de troubles mentaux que pour la prise en charge en santé mentale des femmes, une approche féministe intersectionnelle est essentielle. L'objectif de Sœurs pour Sœurs Tond La TAABA est de récolter des données, en collaboration avec d'autres associations burkinabées, pour avoir une meilleure vision de l'ampleur de la problématique de la santé mentale, du vécu des femmes et des filles souffrant de maladies mentales, et ce, pour une meilleure prise en charge des patientes. Les femmes atteintes de troubles mentaux au Burkina Faso voient certains de leurs droits humains supprimés — de l'infantilisation à de nouvelles violences, en passant par le retrait du droit de garde ou de visite d'enfant. C'est un plaidoyer féministe intersectionnel qui permet à l'association de se battre spécifiquement pour améliorer l'accès aux droits et les conditions de vie des femmes qu'elle défend.

« Les femmes atteintes de troubles mentaux ne peuvent pas toujours se défendre elles-mêmes, nous avons voulu corriger cette injustice et mener des actions pour d'améliorer leurs conditions de vie. »

Julienne Zongo

Aujourd'hui, les psychologues qui accompagnent les personnes vulnérabilisées ne peuvent pas faire l'impasse sur une approche féministe de la psychologie. Stella Tiendrebeogo teinte le principe de neutralité professionnelle d'une analyse systémique féministe intersectionnelle pour mieux lever le voile sur les violences auxquelles ses patientes sont confrontées (racisme, sexisme, violences physiques/psychologiques...). L'objectif est de déconstruire, de conscientiser la violence et d'empouvoïrer les femmes par l'information et en dénonçant les situations d'oppression.

« Je mets en mouvement dans ma pratique un positionnement anti-oppressions et anti-violences. »

Stella Tiendrebeogo

C'est grâce aux combats féministes que les femmes peuvent mettre le doigt sur des situations d'oppression qui leur nuisent et, ainsi, les combattre.

La santé mentale constitue d'abord un bien-être et représente la possibilité de s'épanouir. Le féminisme peut être un des leviers d'épanouissement individuel et collectif.

Grâce aux groupes de paroles, aux collectifs et aux sororités, « il y a une notion de force (...) : les femmes ne sont plus seules, elles se voient » (Stella Tiendrebeogo). Se battre, c'est aussi se réunir et s'écouter, pour trouver ensemble des solutions et organiser la lutte.

POUR ALLER PLUS LOIN

- [Rediffusion de la conversation](#)
- [Au Burkina Faso, la double peine pour les femmes atteintes de troubles mentaux, Le Monde, 26 octobre 2022](#)
- [Restreindre l'accès à l'IVG augmente le taux de suicide chez les femmes, confirme une étude, Huffpost, 3 janvier 2023](#)

Lutte contre le VIH/SIDA : pour une riposte féministe !

Conversation avec Welisane Maagbor, Cate Nyambura & Anne Souyris • 2025

Trente ans après la Conférence de Pékin, qui avait entériné la nécessité d'une prise en compte spécifique des besoins et des droits des femmes dans la lutte contre le VIH, les avancées restent largement insuffisantes. Alors que les femmes représentent aujourd'hui plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde, les réponses apportées continuent d'ignorer les rapports de pouvoir sexistes qui alimentent l'épidémie. L'approche biomédicale, longtemps dominante dans les mécanismes internationaux de lutte contre le VIH, peine à intégrer une analyse féministe et intersectionnelle des vulnérabilités. Loin d'être neutres, ces réponses reproduisent des logiques patriarcales : les femmes, en particulier celles issues de communautés marginalisées, restent exclues des décisions, sous-représentées dans les espaces de gouvernance, et oubliées dans les stratégies de prévention, comme en témoigne leur faible accès à la PrEP. Ces failles sont d'autant plus alarmantes qu'elles s'inscrivent dans un contexte politique mondial de plus en plus hostile aux droits sexuels et reproductifs. Le 15 avril 2025, Equipop a réuni plusieurs actrices engagées dans la lutte contre le VIH/sida pour explorer les réponses féministes et les stratégies d'alliances à renforcer face à ces constats. Retrouvez dans cette fiche les essentiels de la conversation, tirés de nos échanges avec Cate Nyambura, Welisane Maagbor et Anne Souyris. Cette 11^e édition du cycle a été organisée en partenariat avec le réseau ATHENA, en première ligne pour garantir la place centrale de l'égalité de genre dans la riposte au VIH, et la campagne #AWorldWhere.

1. DÉFINIR LES APPROCHES FÉMINISTES DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Impossible de dissocier la lutte contre le VIH des enjeux féministes : les femmes, et plus encore certaines d'entre elles — travailleuses du sexe, femmes migrantes, personnes LGBTQIA+, adolescentes — sont au cœur des discriminations qui alimentent la propagation du virus. Les approches féministes mettent en lumière les facteurs structurels du VIH, tels que les normes de genre, les inégalités économiques ou encore l'accès inégal aux soins et à l'information. Elles rendent visible l'impact de l'épidémie sur les femmes et les adolescentes, notamment en Afrique subsaharienne, tout en soulignant l'impossibilité pour nombre d'entre elles de négocier une protection dans leurs rapports sexuels, et leur plus grande vulnérabilité en cas de séropositivité.

« Les mouvements féministes montrent que les femmes sont à l'avant garde de la lutte. »

Cate Nyambura

Cate NYAMBURA, féministe panafricaine engagée depuis plus de 15 ans en santé mondiale et égalité de genre, avec un focus sur les DSSR, la santé des adolescent·e·s et la lutte contre le VIH/SIDA. Directrice des Programmes du réseau ATHENA, elle conseille diverses organisations comme FP2030 et l'Ipas Africa Alliance. Lauréate de distinctions internationales (Goalkeeper 2019, Mandela Fellow 2016, 120 Under 40), ses travaux sont publiés dans Agenda Feminist Journal et Gender and Development Journal.

Welisane MAAGBOR, militante féministe camerounaise, défend les droits des jeunes femmes et filles, avec une expertise en santé sexuelle et reproductive et en égalité de genre. Elle conçoit des stratégies, des campagnes et des programmes innovants pour répondre aux besoins spécifiques des femmes au Cameroun. Elle est point focal Cameroun du réseau ATHENA.

Anne SOUYRIS, sénatrice écologiste de Paris, impliquée dans la lutte contre le VIH/SIDA et les droits des femmes. Ancienne adjointe à la maire de Paris (2017-2023), elle a lancé la gratuité du dépistage du VIH à Paris, une initiative désormais généralisée.

Le cycle « Féminismes et santé » consiste en une série de rencontres avec des invité·e·s de profils et de pays différents, portant des points de vue pluridisciplinaires. À travers ce cycle, il s'agit de mieux s'imprégner des nombreux apports féministes en matière de santé et d'en discuter les implications en termes de pratiques et de politiques, et ce dans différentes aires géographiques.

La campagne #AWorldWhere vise à encourager les engagements mondiaux de l'Europe en matière de droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR), à faire progresser l'égalité de genre et à renforcer les systèmes de santé pour atteindre les cibles des Objectifs de Développement Durable.

Ces approches se distinguent aussi par leur refus de se limiter à une vision biomédicale de la réponse au VIH. Elles promeuvent un travail sur plusieurs fronts : lutte contre la stigmatisation, accès équitable à l'information et aux traitements, reconnaissance des droits, autonomisation individuelle et collective. L'enjeu est de permettre aux femmes et aux communautés marginalisées de comprendre leurs droits, d'agir pour leur mise en œuvre, et d'être pleinement reconnues comme actrices de cette lutte. Les approches féministes impliquent enfin un engagement communautaire fort, qui, en plus d'inclure les personnes concernées, transforme également en profondeur les modalités d'action. En valorisant les savoirs situés, elles proposent une réponse au VIH plus horizontale, ancrée dans les réalités vécues, et capable de faire évoluer durablement les normes et les pratiques. Elles rendent visible le rôle central joué par les femmes dans les dynamiques de soin, de prévention et de mobilisation — souvent invisibilisées et dévalorisées — et contribuent à reconfigurer les rapports de pouvoir, en particulier dans les espaces de gouvernance. Mais sans financements adaptés et pérennes, ces réponses ne peuvent s'inscrire dans la durée ni être à la hauteur des enjeux.

« Rendre visible ce combat féministe, c'est aussi rappeler que la lutte contre le VIH ne passe pas seulement par les traitements médicaux, mais aussi par la lutte contre les discriminations. »

Anne Souyris

2. AUGMENTER LES FINANCEMENTS POUR LES MOUVEMENTS FÉMINISTES, ET LES RENDRE ACCESSIBLES

La seconde administration Trump a provoqué une onde de choc dans les financements internationaux, en particulier dans la lutte contre le VIH, avec des coupes sans précédent dans les programmes de santé mondiale comme le PEPFAR*, ainsi que dans l'aide publique au développement, accompagnées d'attaques directes contre la recherche et les droits des femmes. Cette politique a eu un impact mondial, du fait du rôle central des États-Unis dans le financement de la santé globale. Si ces mesures ont marqué une rupture particulièrement brutale, d'autres dynamiques préoccupantes sont également observables ailleurs : plusieurs gouvernements, dont la France, ont réduit leur engagement dans la solidarité internationale, compromettant eux aussi les efforts de long terme contre le VIH.

Ce recul s'inscrit dans un contexte global de backlash contre les droits sexuels et reproductifs, la transidentité ou encore les droits des personnes migrantes. En France, l'extension nationale du dépistage gratuit a exclu les personnes migrantes du dispositif initial, alors que ces dernières sont particulièrement exposées. Les droits des personnes trans sont également ciblés, avec une levée de boucliers contre l'inclusion de la transidentité dans l'éducation à la sexualité. Ces attaques sont faites au prétexte d'arguments infondés qui visent à décrédibiliser les études de genre, un champ des sciences sociales robuste et largement reconnu dans les champs universitaires et la recherche. Et pourtant, les personnes transgenres figurent parmi les plus touchées par l'épidémie, tout en étant invisibilisées dans les politiques publiques.

Face à cela, il devient urgent de soutenir des réponses féministes fortes. Cela implique d'augmenter les financements pour les mouvements féministes engagés dans la lutte contre le VIH/sida. Cette année marque la huitième reconstitution du Fonds

mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, un moment crucial pour renouveler l'engagement des États et bailleurs de fonds et garantir une riposte durable et inclusive face à ces pandémies. La reconstitution du Fonds mondial doit être l'occasion d'affirmer une approche véritablement communautaire, inclusive et féministe, en garantissant un soutien direct aux actrices et acteurs locaux. Ce soutien structurel est d'autant plus crucial que les réalités de terrain sont marquées par des obstacles multiples : criminalisation des travailleuses du sexe et des personnes transgenres, inégalités d'accès à l'éducation pour les adolescentes, etc. La traduction des engagements internationaux en actions concrètes, ancrées dans les contextes locaux, est essentielle pour une riposte durable et véritablement inclusive.

« Les coupes de Donald Trump viennent renforcer les organisations fascistes et anti-droits. Ce ne sont pas juste des coupes mais du financement de la machine mondiale de la haine. »

Cate Nyambura

**Le President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) est un plan d'aide d'urgence des États-Unis à la lutte contre le VIH/sida à l'étranger, lancé en 2003.*

3. FACE AU BACKLASH, AMPLIFIER L'ACTION COLLECTIVE DES ACTIVISTES ET DES MOUVEMENTS FÉMINISTES

À l'échelle locale, les mouvements féministes construisent des ripostes concrètes face aux effets croisés du VIH, des inégalités de genre et des politiques répressives. Des activistes comme Welisane Maagbor participent à des conseils consultatifs et à des conférences thématiques, où elles évaluent les programmes et veillent à ce que les jeunes soient véritablement impliqués dans les prises de décision. La mise en réseau des adolescentes renforce leur pouvoir d'agir : elles s'appuient sur d'autres structures, s'engagent collectivement et imposent leur voix. Le numérique devient un levier précieux de mobilisation et de plaidoyer : des campagnes notamment en ligne rendent visibles leurs vécus, formulent des recommandations concrètes et interpellent les décideurs, y compris sur les réseaux sociaux. Ces initiatives locales s'articulent avec des stratégies régionales et internationales. Des réseaux comme ATHENA fédèrent des mouvements féministes dans une démarche transnationale : des femmes et filles de dix pays y mènent un plaidoyer commun, fondé sur le partage de leurs expériences, pour influencer les politiques à l'échelle régionale. Cette dynamique s'accompagne d'un travail essentiel dans les espaces multilatéraux, où les voix féministes portent des sujets souvent marginalisés.

Amplifier l'action collective féministe est crucial dans un monde de plus en plus fragmenté, où l'isolement affaiblit les dynamiques de solidarité. Face à l'invisibilisation persistante des femmes — que ce soit leur leadership, leurs contributions dans la recherche, ou leur rôle dans les relais de santé communautaire, souvent non reconnu et non rémunéré — agir ensemble permet de faire émerger une lecture plus systémique du VIH, en le liant aux violences sexistes, à la justice économique ou encore à l'accès aux droits. À cette mobilisation collective doit s'ajouter une représentation politique effective des femmes, afin de porter leurs revendications dans les espaces de décision.

4. FAVORISER UNE REPRÉSENTATION POLITIQUE EFFECTIVE DES FEMMES

Renforcer la participation des femmes dans la gouvernance et les espaces politiques est essentiel pour faire avancer une riposte féministe au VIH. Lorsque des militantes féministes accèdent à des postes de responsabilité, elles contribuent à transformer les institutions de l'intérieur. Pourtant, la sous-représentation reste flagrante : au Cameroun, seules 20,7% des sièges parlementaires sont occupés par des femmes ; en France, elles ne sont que 36,1% à siéger à l'Assemblée nationale, des chiffres révélateurs des blocages persistants.

« On doit veiller à ce que les femmes soient à la table des prises de décisions. »

Cate Nyambura

Dans les espaces multilatéraux, le défi est encore plus grand. Les processus décisionnels sont complexes, souvent opaques, et largement dominés par l'anglais. De nombreuses femmes, en particulier les plus jeunes, se retrouvent exclues faute d'accès à l'information, notamment en raison de barrières linguistiques ou de contenus qui ne sont pas adaptés à leurs réalités et à leurs parcours éducatifs. Welisane Maagbor a souligné l'importance de rendre ces espaces plus inclusifs, en permettant aux femmes et aux filles de comprendre les dynamiques à l'œuvre, en les dotant des outils nécessaires pour défendre leurs droits, et en assurant un accès à des informations adaptées à leur langue et à leur niveau d'éducation.

« Pour être vraiment inclusive, il faut parler la langue des personnes, qui est très liée au niveau d'études. »

Welisane Maagbor

Dans ce contexte, il est crucial de créer des espaces de dialogue et de co-construction avec les mouvements féministes, afin de favoriser leur réelle participation aux processus de prise de décision et à l'élaboration des politiques publiques. Les femmes doivent être présentes dans les espaces décisionnels pour que leurs voix et leurs perspectives soient prises en compte. Par ailleurs, un suivi rigoureux et une meilleure redevabilité des politiques publiques sont essentiels pour garantir que les lois et les engagements en faveur des droits des femmes soient non seulement adoptés, mais également appliqués et évalués avec les principales concernées, en s'assurant de leur réelle mise en œuvre sur le terrain.

5. PROMOUVOIR UNE DIPLOMATIE FÉMINISTE COHÉRENTE ET AMBITIEUSE

La France a récemment adopté une stratégie internationale pour une diplomatie féministe, marquant une étape importante dans la reconnaissance du rôle central des droits des femmes et de l'égalité de genre dans la politique étrangère. Cet engagement offre une opportunité réelle de renforcer la cohérence de l'action diplomatique française, notamment en matière de santé mondiale, de lutte contre les violences sexuelles et sexistes, de lutte contre le VIH, et de soutien aux défenseuses des droits. Mais pour qu'il soit crédible, cet engagement doit s'accompagner de moyens concrets.

D'après l'OCDE, en moyenne entre 2022 et 2023, seuls 5,6% de l'aide publique au développement bilatérale française ont eu pour objectif principal l'égalité hommes-femmes alors que la loi de programmation relative au développement solidaire et à la lutte contre les inégalités mondiales de 2021 fixe comme ambition de porter cette part à 20% d'ici 2025. Cette faiblesse budgétaire, combinée à des coupes dans divers mécanismes de financements d'associations féministes au niveau national et international — pourtant en première ligne face aux offensives anti-droits — traduit un écart préoccupant entre discours et réalité.

En adoptant une diplomatie féministe, la France envoie un signal politique fort. Il lui revient désormais d'assumer ce positionnement en jouant un rôle de cheffe de file sur les questions de genre, de santé et de droits humains. Cela implique de mobiliser l'ensemble de ses leviers diplomatiques : soutenir des résolutions ambitieuses, financer les mouvements féministes et la lutte contre le VIH, appliquer une approche intersectionnelle à l'ensemble de sa politique extérieure, mais aussi défendre et soutenir des approches qui tiennent compte des enjeux liés au genre dans les espaces multilatéraux où la France siège, tels que le Fonds mondial. Des initiatives comme le projet de l'Alliance Féministe Francophone, lancé le 12 mars par Equipop, la FIDH et le FFMED, vont dans ce sens : en renforçant la présence des féministes francophones dans les espaces multilatéraux, elles constituent un outil important pour rendre ces espaces plus accessibles et représentatifs. Ce levier doit s'accompagner d'un soutien renforcé aux organisations de première ligne, qui portent les revendications depuis les territoires, ainsi que de la création et du maintien d'espaces de dialogue réguliers entre ces actrices et les responsables politiques.

POUR ALLER PLUS LOIN

- [Enregistrement vidéo de la rencontre](#)
- Toutes les conférences du [cycle Féminismes et Santé](#)
- [La lutte contre le sida doit être féministe!](#) — Equipop
- [Quels pays donateurs soutiennent l'égalité femmes-hommes dans leur aide au développement?](#) (s. d.). Focus 2030.

Briser le mur du silence : ensemble contre les violences gynécologiques et obstétricales

Conversation avec Dre Ndeye Khady Babou,
Nafissate Hounkpatin, Dr Sara Ndiaye
& Ndèye Madjiguène Sarr Bakhoun • 2024

Les violences gynécologiques et obstétricales (VGO) sont un enjeu de santé publique au Sénégal, enraciné dans des normes sociales patriarcales et des inégalités de genre profondes et aggravé par un accès limité à des soins de qualité. Afin de sensibiliser et mobiliser autour de cette problématique, un webinaire a été organisé le 25 novembre 2024, dans le cadre des 16 jours d'activisme contre les violences basées sur le genre. Sous le thème « Briser le mur du silence, agissons ensemble », des expert·e·s, acteur·rices de la société civile et survivantes ont échangé sur les dimensions sanitaires, sociales et politiques des VGO, appelant à une réponse collective. Retrouvez dans cette fiche les essentiels de la conversation, tirés des échanges de nos panélistes.

Le récit de Diambar, présenté en ouverture du webinaire, a mis en lumière les conséquences des VGO sur la vie des femmes. Victime d'un viol à l'âge de 11 ans, Diambar a subi un accouchement forcé sans respect de ses droits fondamentaux. Ce récit a souligné l'intersectionnalité des violences : les VGO ne sont pas des cas isolés, mais s'inscrivent dans un contexte plus large de violences basées sur le genre.

1. LES VGO, LEURS CONSÉQUENCES

Les VGO, qui se manifestent sous diverses formes (mauvais accueils, actes médicaux non consentis, traitements dégradants, discriminations), ont des conséquences dévastatrices :

- **Physiques** : Douleurs chroniques, infections, fistules obstétricales, infertilité, ect.
- **Psychologiques** : Traumatismes, dépression, anxiété, troubles de l'attachement, etc.
- **Sociales** : Isolement, stigmatisation, difficultés à accéder aux soins, etc.

Ndèye Madjiguène SARR BAKHOUM, Juriste, militante féministe spécialisée dans la défense des droits des femmes et des enfants au Sénégal. Chargée de communication de l'Association des Juristes Sénégalaises (AJS) et coordinatrice de la boutique de droit de Pikine.

Dre Ndeye Khady Babou, médecin spécialiste en santé internationale orientée sur les Droits en Santé Sexuelle et Reproductifs. Féministe, Cheffe de projet « de lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales dans une perspective féministe au Sénégal » à Equipop.

Nafissate HOUNKPATIN, sage-femme féministe, co-fondatrice du Réseau des jeunes Sages-femmes du Bénin, fondatrice et présidente de l'association de Développement social Iléwa.

Dr Sara NDIAYE, Sociologue, enseignante-chercheuse à l'Université Gaston Berger de Saint-Louis. Membre du Groupe d'Etudes et de Recherches Genre et Sociétés (GESTES) et spécialiste des questions de santé, protection sociale, inclusion de genre et d'égalité des sexes.

Le cycle « Féminismes et santé » consiste en une série de rencontres avec des invité·e·s de profils et de pays différents, portant des points de vue pluridisciplinaires. À travers ce cycle, il s'agit de mieux s'imprégner des nombreux apports féministes en matière de santé et d'en discuter les implications en termes de pratiques et de politiques, et ce dans différentes aires géographiques.

Le projet « Notre corps, notre santé » vise à renforcer les droits sexuels et reproductifs des femmes, en particulier des jeunes, en renforçant les conditions rendant possible l'exercice par les femmes à reconnaître et à dénoncer les VGO mais aussi à disposer de leur corps.

2. LES VGO, UN PHÉNOMÈNE MULTIFACTORIEL

Le Groupe d'Etudes et de Recherches Genre et Sociétés (GESTES), institution reconnue pour son expertise sur les questions de genre, a mené une étude approfondie sur les VGO au Sénégal. Les premiers résultats de cette enquête conduite en 2024, révèlent la complexité du phénomène, dû à une combinaison de facteurs :

- **Normes sociales et culturelles :** Les normes patriarcales qui subordonnent les femmes et les considèrent comme des objets de possession favorisent l'acceptation des VGO.
- **Manque de ressources :** Les infrastructures de santé sont souvent dégradées, le personnel médical est insuffisant et les équipements sont insuffisants, ce qui contribue à la dégradation des soins et à l'augmentation des risques de violences.
- **Attitudes paternalistes :** De nombreux professionnels de santé adoptent des attitudes paternalistes, ne respectant pas le consentement des femmes et les infantilisant.
- **Manque de formation :** Les formations médicales ne sont pas toujours adaptées aux besoins des femmes et ne prennent pas suffisamment en compte les dimensions sociales et psychologiques des soins ni les aspects droits humains.

Cette étude a permis d'évaluer l'ampleur des VGO au Sénégal, fournissant des données essentielles pour éclairer les politiques publiques.

« Les résultats ont montré qu'une femme sénégalaise sur deux interrogées avaient subi au moins une forme de violence gynécologique ou obstétricale [au Sénégal]. »

Dr Sara N'diaye

3. LES RACINES DES VGO : UNE ANALYSE APPROFONDIE

De nombreuses pratiques médicales sont guidées par des normes masculines et reproduisent des stéréotypes de genre. Les césariennes non médicalement justifiées, les épisiotomies systématiques et le manque de respect du consentement des femmes en sont des exemples typiques. Ces pratiques sont souvent justifiées par des arguments pseudo-scientifiques qui masquent les véritables enjeux de pouvoir.

Dans une perspective féministe, l'intervenante a insisté sur la nécessité de « déconstruire ces normes et de repenser les relations entre les professionnels de santé et les femmes ». Elle a appelé à une approche plus centrée sur la personne, qui tienne compte des besoins et des désirs de chaque femme. Elle a également souligné l'importance de l'empouvoirement des femmes, en leur donnant les moyens de prendre des décisions éclairées concernant leur santé reproductive.

« Les violences gynécologiques et obstétricales ne sont pas le fruit du hasard, mais s'inscrivent dans un système de domination masculine qui subordonne les femmes et contrôle leurs corps. Le patriarcat médical, en particulier, joue un rôle central dans la perpétuation de ces violences. »

Nafissate Hounkpatin

4. LE CADRE JURIDIQUE : UN OBSTACLE À LA JUSTICE

Ndèye Madjiguène Sarr Bakhroum a souligné plusieurs limites de ce cadre :

- **Définitions floues :** Les notions de violences obstétricales et gynécologiques ne sont pas toujours clairement définies dans les législations et c'est aussi le cas au Sénégal, ce qui complique la qualification juridique des faits et rend difficile la poursuite des auteurs.
- **Peines encourues faibles :** Les sanctions encourues pour les auteurs d'erreurs ou de négligences médicales sont souvent considérées comme insuffisantes pour dissuader les agresseurs.
- **Manque de moyens :** Les structures judiciaires et les services sociaux ne disposent pas toujours des ressources nécessaires pour accompagner les victimes dans leurs démarches. Et la longueur des procédures décourage les familles.
- **Stigmatisation :** Les victimes de VGO sont souvent confrontées à la stigmatisation et à la culpabilisation (fatalisme social), ce qui les dissuade de porter plainte.

Ces lacunes juridiques contribuent à créer un climat d'impunité qui favorise la perpétuation des violences. De plus, elles renforcent le sentiment d'isolement et de désespoir des victimes.

« Si le Sénégal a adopté des lois visant à protéger les droits des femmes, notamment la loi 2016-03, le cadre juridique reste insuffisant pour garantir une justice effective aux victimes de VGO. »

Ndèye Madjiguène Sarr Bakhroum

5. PERSPECTIVES & RECOMMANDATIONS

Renforcer le cadre juridique :

- Améliorer l'accès à la justice pour les victimes en éliminant les obstacles juridiques (simplifier les procédures de plainte, offrir une assistance juridique gratuite aux victimes comme les boutiques de droits de l'AJS).
- Sensibiliser et renforcer les instances juridiques sur les concepts de VGO
- Renforcer les sanctions pénales contre les auteurs de VGO pour dissuader les agresseurs.
- Mieux définir les notions de VGO dans la législation pour faciliter la qualification juridique des faits.

Sensibiliser l'opinion publique :

- Mener des campagnes de sensibilisation pour changer les attitudes sociétales envers les VGO et déconstruire les stéréotypes de genre.
- Impliquer les médias dans la diffusion d'informations fiables et objectives sur les VGO.
- Informer le public sur les conséquences des VGO et les ressources disponibles pour les victimes.

Former les professionnel·le·s de santé :

- Assurer une formation adéquate pour garantir une prise en charge respectueuse des survivantes — par exemple, en apprenant aux professionnel·le·s de santé à communiquer avec les femmes de manière empathique, à respecter leur consentement, à ne pas les juger.
- Mettre en place des formations continues pour tenir les professionnel·le·s de santé informé·e·s des dernières avancées en matière de prévention et de lutte contre les VGO.
- Former les professionnel·le·s de santé à la détection et à la prise en charge des conséquences psychologiques des VGO.

Soutenir les organisations de la société civile :

- Renforcer leur capacité d'action sur le terrain en fournissant des ressources financières et logistiques.
- Faciliter leur travail de plaidoyer auprès des autorités publiques pour faire évoluer les politiques.
- Encourager la création de réseaux et de partenariats entre les organisations de la société civile pour mutualiser compétences et ressources.

Déconstruire les masculinités toxiques :

- Repenser le rôle des hommes dans les dynamiques de pouvoir.
- Sensibiliser les hommes aux conséquences des VGO et les encourager.
- Mettre en place des programmes spécifiques pour responsabiliser et impliquer les hommes dans la prévention des VGO.
- Amener les hommes à déconstruire les aspects toxiques de leur masculinité tout en proposant de nouveaux modèles respectueux des droits de toutes et tous.
- Lutter contre les stéréotypes de genre qui associent masculinité, domination et agressivité.

Promouvoir des soins post-VGO :

- Développer des programmes spécifiques pour le soutien psychologique et médical des survivantes — par exemple, en offrant des consultations psychologiques individuelles ou collectives, en mettant en place des groupes de parole, etc.
- Faciliter l'accès des survivantes à des soins de santé de qualité, y compris des soins spécialisés si nécessaire.

POUR ALLER PLUS LOIN

- [Enregistrement vidéo de la rencontre](#)
- [Toutes les conférences du cycle Féminismes et Santé](#)
- Article « [Notre corps, notre santé : l'exercice par les femmes de leurs droits à disposer de leur corps](#) »
- Article « [Notre Corps, Notre Santé, la sexualité des femmes en Afrique subsaharienne: vers une réédition définitivement Féministe](#) »

Construire des pratiques gynécologiques féministes

Conversation avec Laura Berlingo • 2022

Le 16 février 2022, Laura Berlingo est l'invitée du cycle Féminismes et Santé d'Equipop, l'occasion d'interroger la pratique de la gynécologie avec un regard féministe. Comment mieux prévenir et prendre en charge les violences gynécologiques et obstétricales ? Qu'est-ce qu'une éducation sexuelle féministe ? Comment les femmes peuvent-elles se réapproprier le savoir médical ? Retrouvez dans cette fiche les essentiels de la conversation.

« Lutter contre les Violences Gynécologiques et Obstétricales, c'est adopter des pratiques de médecine et de soins universelles, notamment le consentement. »

Laura Berlingo

1. L'EXISTENCE DES VGO, UNE PRISE DE CONSCIENCE TARDIVE

En 2014, #PayeTonUtérus secoue Twitter : 7 000 témoignages de patient·e·s sont publiés en 24h, les médias s'emparent du sujet. Alors que certain·e·s dénoncent un gynéco-bashing, pour Laura Berlingo c'est le début d'une prise de conscience : les gynécologues doivent se remettre en question, non les patient·e·s. L'urgence est à la reconnaissance des violences gynécologiques et obstétricales.

« La libération de la parole c'est bien, mais il faut aussi l'écoute de la parole. »

Laura Berlingo

Laura Berlingo réalise notamment que certains actes problématiques du quotidien sont tellement transmis et intériorisés que l'on ne mesure plus leur impact sur les patient·e·s. Bien qu'il ne soit pas évident pour une partie des médecins de questionner la formation élitiste qu'ils reçoivent, c'est par effort d'empathie qu'ils peuvent réaliser leur maltraitance et modifier leurs pratiques.

Émerge dans le même temps l'enjeu de se battre pour de meilleures conditions de travail afin de lutter contre la cause institutionnelle de certaines maltraitances. Des charges de travail très importantes et le manque de moyens matériels empêchent les gynécologues de prendre en charge tou·te·s leurs patient·e·s dans les meilleures conditions.

2. LES VGO, UN ENJEU FÉMINISTE

Les médecins doivent déjà se référer à la loi : refuser certaines pratiques autorisées et légales (la stérilisation par exemple) est répréhensible. Nul besoin de s'identifier comme féministe pour respecter la déontologie. En défendant l'application simple des principes fondamentaux de la médecine à la pratique de la gynécologie, on peut lutter contre les VGO. On retrouve par exemple le respect du consentement dans la loi Kouchner

Laura Berlingo est gynécologue obstétricienne, spécialisée en santé sexuelle et soin aux femmes victimes de violence. Elle travaille à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris où elle a participé à l'émergence d'une Maison des Femmes. Enseignante à Sorbonne Université, elle a notamment créé le Diplôme Universitaire « Santé Sexuelle pour tous·tes ». Elle a écrit l'essai *Une sexualité à soi — Libérée des normes*, publié en janvier 2021 aux éditions Les Arènes.

Le cycle « Féminismes et santé » consiste en une série de rencontres avec des invité·e·s de profils et de pays différents, portant des points de vue pluridisciplinaires. À travers ce cycle, il s'agit de mieux s'imprégner des nombreux apports féministes en matière de santé et d'en discuter les implications en termes de pratiques et de politiques, et ce dans différentes aires géographiques.

Les violences gynécologiques et obstétricales (VGO)

« Les violences obstétricales sont les violences infligées par les soignant·e·s (médecin, gynécologue, sage femme, anesthésiste, étudiant...) pendant la grossesse et l'accouchement. Les violences gynécologiques peuvent survenir tout au long de la vie. Les violences gynécologiques et obstétricales peuvent s'exprimer de nombreuses façons : propos malveillants ou infantilisants, non-respect des droits des patient·e·s (notamment celui d'être informé·e et de pouvoir refuser des soins), ou absence d'anesthésie pendant les actes chirurgicaux. » — Collectif Pour une M.E.U.F (Pour une Médecine Engagée Unie et Féministe)

2002, « aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

Cependant, comme dans tous les domaines de la société, la médecine n'échappe pas aux violences sexistes et le sexisme chez les praticien·ne·s concerne tous·tes les professionnelles, quel que soit leur genre. Nombreuses VGO sont des violences sexistes. La gynécologie est un domaine qui concentre un rapport de pouvoir qui peut être en défaveur des femmes. Elles sont trop souvent peu écoutées, voire infantilisées. La lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales est ainsi un enjeu féministe fondamental de défense des droits et la santé sexuels et reproductifs.

3. POUR UNE GYNÉCOLOGIE FÉMINISTE

Laura Berlingo croit beaucoup en la formation initiale pour transformer les pratiques, c'est d'ailleurs l'une des raisons de la création du diplôme universitaire Santé Sexuelle pour tous·tes. Elle estime aussi qu'il faut parler des VGO et les reconnaître.

Afin de dépasser les barrières du sexisme, il faut tout d'abord sortir du déni de son existence, comprendre sa gravité et ses enjeux. Penser que l'on doit exercer le métier de la même manière sur tous·tes les patient·e·s, c'est faire perdurer ce déni. Même si cela demande de nombreux efforts collectifs et politiques, ainsi que de la patience, il faut aussi déprotocoler et laisser plus de place à l'écoute des patient·e·s.

Les protocoles médicaux sont nécessaires mais il faut aussi savoir les dépasser. Par exemple, vouloir accoucher à domicile est encore perçu comme une posture de résistance, face à l'accouchement à l'hôpital qui est devenu la norme. Mais les femmes doivent pouvoir choisir les conditions de leurs accouchements. Les professionnel·le·s de santé doivent apprendre à remettre en question les idées préconçues et paternalistes présentes dans le domaine.

Selon Laura Berlingo, les professionnel·le·s de santé doivent également favoriser la réappropriation du savoir médical par les femmes afin qu'elles puissent avoir accès à une meilleure connaissance et compréhension de leur corps.

4. L'ÉDUCATION SEXUELLE POSITIVE

« L'éducation positive à la sexualité, c'est ne pas être seulement focalisé sur le biologique et la maladie mais aussi parler de ce que ça peut apporter de positif : le désir, le plaisir, les organes génitaux, la joie — tout en continuant à parler de lutte contre les Violences Sexistes et Sexuelles, d'égalité, de consentement. On ne peut pas faire l'un sans l'autre. »

Laura Berlingo

En France, les adolescent·e·s et jeunes ne bénéficient pas, ni en quantité ni en qualité, de l'éducation sexuelle complète pourtant prévue par la loi de 2001 (voir **[l'enquête sur les séances d'éducation à la sexualité au collège et au lycée par Nous Toutes](#)**). Pour Laura Berlingo, les jeunes devraient avoir accès à une éducation sexuelle positive qui prend notamment en compte la notion de plaisir et de désir. Informer les femmes et les jeunes, c'est faire face au manque de connaissances de leur propre corps et redonner le pouvoir aux personnes sur leur propre corps, via une réappropriation du savoir médical.

Si la vigilance sur la véracité des informations et la fiabilité de leurs sources doit être de mise, les séries (comme **[la série ivoirienne MTV Shuga Babi](#)**) ou les réseaux sociaux peuvent aussi être des canaux efficaces d'éducation sexuelle complète et positive.

ZOOM SUR...

→ L'impact de la situation sanitaire

La pandémie a contribué à l'augmentation des violences gynécologiques et obstétricales, notamment dans les maternités. L'épuisement des soignants et la saturation des hôpitaux ont pu amplifier les actes de maltraitance. Les parents ont également été victimes de contraintes liées aux mesures sanitaires (comme l'exclusion du co-parent). Pour pallier les difficultés liées à la surcharge des centres de santé, l'Etat français a choisi d'étendre la période légale pour réaliser une Interruption Volontaire de Grossesse (14 à 16 semaines de grossesse). Même si cela est une belle avancée, elle reste, pour Laura Berlingo, insuffisante.

→ La position de Laura Berlingo sur l'avortement

Sur la question controversée des délais d'accès à l'avortement, Laura Berlingo se positionne pour un droit d'accès à l'IVG jusqu'à 36 semaines de grossesse. D'un point de vue technique, il s'agirait du même procédé médical que pour les Interruptions Médicales de Grossesse (IMG). Demander une IVG à ce stade est le fruit d'une décision réfléchie, le plus souvent face à des situations difficiles. Changer la loi n'impliquerait pas une modification du comportement des femmes et le recours à l'IVG à 36 semaines resterait extrêmement rare. Pour Laura Berlingo, le choix de mener à terme ou non une grossesse doit appartenir aux femmes : « ce qui est dans l'utérus d'une femme lui appartient, quel que soit le stade de la grossesse ».

POUR ALLER PLUS LOIN

- [Rediffusion de la conversation](#)
- [Violences obstétricales et gynécologiques — Rapport de la Commission sur l'égalité et la non-discrimination du Conseil de l'Europe](#)
- [Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical — Rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes \(HCE\)](#)
- [Violences basées sur le genre, guide pour comprendre et agir — Equipop](#)

À l'intersection des oppressions : Comment défendre l'accès de tou-te-s aux DSSR face aux mouvements anti-droits, dans des contextes hostiles ?

Conversation avec Lamyâ Achary, Sadio Ba Gning,
Khawla Ksiksi & Emma Onekekou • 2024

Le 6 mars 2024, Equipop organisait à Cotonou, dans le cadre du symposium « Un espace à nous entre militantisme et recherche : dialoguons sur une approche féministe des DSSR ! », la 8^e rencontre du cycle Féminismes et Santé : À l'intersection des oppressions : comment défendre l'accès de tou-te-s aux DSSR face aux mouvements anti-droits, dans des contextes hostiles ?

Retrouvez dans cette fiche les essentiels de la conversation, tirés des échanges de nos panélistes — Khawla Ksiksi, Sadio Ba Gning, Lamyâ Achary et Emma Onekekou.

1. LES MOUVEMENTS ANTI-DROITS : QUI SONT-ILS ?

Quand Equipop parle de mouvements anti-droits, elle fait référence à la levée de bouclier conservatrice, voire aux retours en arrière, constatés ces dernières années en réaction aux différentes avancées concernant les droits humains et les questions de genre en général, aggravés par les dernières crises politiques, économiques, sociales.

Dans ces mouvements, des Etats, des organisations issues de l'extrême droite, des mouvements religieux fondamentalistes et de grandes fortunes conservatrices font alliance. Ils s'attaquent particulièrement aux droits des femmes et des personnes ne répondant pas au modèle hétéronormé et cisgenre. Leur objectif est le contrôle des corps, des sexualités et des moyens de reproduction, le tout dans un continuum de violences sexuelles et institutionnelles.

→ [VOIR LE RAPPORT D'EQUIPOP](#)

2. DE NOMBREUSES BARRIÈRES À LA SANTÉ POUR TOU-TE-S

Les mouvements anti-droits impactent l'accès à la santé de tou-te-s, et en particulier des personnes minorisées par les sociétés dans lesquelles elles vivent : les femmes racisées, les femmes précaires, les femmes migrantes, les travailleuses du sexe, celles dont le statut social n'est pas reconnu (femmes veuves, femmes et mères célibataires), les femmes lesbiennes, bis, queer et les personnes trans. Ces mouvements anti-droits ont une forte capacité d'influencer l'opinion publique. Cela s'explique notamment par leurs capacités financières qui leur permettent d'occuper pleinement les espaces médiatiques.

Khawla Ksiksi, cofondatrice du collectif Voix des femmes tunisiennes noires et du collectif queer féministe Salgatna.

Sadio Ba Gning, enseignante-chercheuse en sociologie travaillant sur les questions de genre.

Lamyâ Achary, sociologue féministe, chercheur en genre et sexualités, membre du conseil administration African Women's Development Fund.

Modération par Emma Onekekou, féministe activiste pour les DSSR, travaille sur l'impact des mouvements anti-droits sur la santé.

Le cycle « Féminismes et santé » consiste en une série de rencontres avec des invité-e-s de profils et de pays différents, portant des points de vue pluridisciplinaires. À travers ce cycle, il s'agit de mieux s'imprégner des nombreux apports féministes en matière de santé et d'en discuter les implications en termes de pratiques et de politiques, et ce dans différentes aires géographiques.

« Au Sénégal, (...) le poids des pouvoirs religieux reste important à tous les niveaux de la vie sociale et politique. Dans ce contexte, l'accès aux droits à la SSR est envisagé dans des cadres très normatifs (...). Parallèlement, il y a une politisation du religieux qui s'est traduite par la création de mouvements de moralisation de l'espace public, qui visent par la censure à réprimer tout comportement qu'ils pensent être contre les normes. (...) Ce contexte, à la fois politique et religieux, conditionne l'accès aux droits en matière de Santé Reproductive. »

Sadio Ba Gning

Cela va se croiser avec plusieurs facteurs qui vont contraindre voire empêcher l'accès aux informations et à des services de santé de qualité pour certaines personnes.

Les représentations sociales et religieuses liées aux questions de DSSR : selon les contextes, ces questions ne sont pas abordées en prenant l'angle des choix individuels ou des droits des femmes à disposer de leur corps, mais plutôt celui des rôles reproductifs supposés des femmes.

Les identités sociales de genre : Dans les pays où les droits et l'existence même des personnes LGBTQIA+ ne sont pas reconnus, les réponses en matière de DSSR sont pensées pour les personnes cisgenres et hétérosexuelles, ce qui rend difficile l'accès aux soins pour les autres.

Le cadre normatif de la régulation sociale : dans les contextes des panélistes, les sociétés présentées sont marquées par une tension entre la loi étatique d'un côté, et l'importance des normes sociales et religieuses de l'autre, notamment avec la montée de mouvements rigoristes islamiques, qui prévalent souvent sur les normes législatives.

L'insuffisance voire la nocivité des politiques publiques : Si certaines lois garantissent l'égalité juridique dans certains pays, leur non-application crée des inégalités de fait. Dans d'autres, les lois et politiques peuvent criminaliser l'existence même de certaines personnes. Les politiques publiques, qui peuvent afficher des objectifs d'égalité, sont en réalité pensées pour les femmes qui entrent dans le cadre reconnu par le contexte social et religieux comme étant légitime.

3. INTERSECTIONNALITÉ : UN ÉCLAIRAGE ESSENTIEL SUR LES OBSTACLES À L'ACCÈS À LA SANTÉ

L'utilisation d'une lecture intersectionnelle de ces phénomènes est indispensable : les différentes dominations vécues par les personnes particulièrement ciblées par les mouvements anti-droits, liées à leurs identités, vont se croiser et impacter de manière spécifique leurs accès aux services et aux informations en matière de santé, notamment aux DSSR.

« Cette approche intersectionnelle d'analyse est nécessaire dans nos contextes pour adapter nos activités aux besoins des communautés et pas à nos points de vue. »

Khawla Ksiksi

Les panélistes donnent quelques exemples, non exhaustifs, de ces différentes identités :

- **Des facteurs financiers :** la précarité des femmes limite leur choix des structures de soin dans lesquelles elles se rendent : elles sont obligées d'avoir recours au service public, y compris quand celui-ci est défaillant. Cette précarité va également les exposer à des différences de traitement voire des violences gynécologiques ou obstétricales.
- **Des facteurs linguistiques :** pour des femmes migrantes ou de milieu rural par exemple : le fait de ne pas parler la langue des prestataires de santé va complexifier le recours au soin, l'accès à l'information, et accroître les risques de maltraitance de la part des personnels soignants.
- **Des représentations racistes :** l'accès aux services pour les femmes racisées et les femmes migrantes est plus complexe et peut entraîner des risques sur leur santé en raison d'une moins bonne prise en charge.
- **L'orientation sexuelle et l'identité de genre des personnes concernées :** pour les femmes LBQ et personnes trans, dont l'existence est fréquemment invisibilisée ou criminalisée, les services de santé sont souvent inadaptés à leurs besoins, quand ils ne produisent pas de la violence à leur égard.

Pour comprendre ces enjeux, les mouvements féministes ont donc un enjeu particulier à adopter une posture intersectionnelle qui conduit à inclure les problématiques et les militant·e-s LBQ et trans, ainsi que les mouvements des femmes noires et précaires. Pour changer cela, un travail réflexif d'apprentissage actif et constant, est nécessaire, dans une démarche d'inclusion de tou·te·s dans les approches et stratégies ; condition nécessaire pour progresser vers des alliances et des résistances communes.

« On ne peut pas dépatriculariser sans décoloniser et sans aborder ces questions ensemble. Comment on peut nous féministe collaborer ensemble même si on a des visions du féminisme qui sont différentes. Les féminismes existent pour progresser et se déconstruire, construire de nouvelles formes de militantisme à chaque fois. »

Lamyaa Achary

4. CHANGER DE PARADIGME POUR SUPPRIMER LES BARRIÈRES À LA SANTÉ

Face à ces barrières et au poids du conservatisme, la société civile joue déjà un rôle important dans l'accès aux DSSR pour tou·te·s. Sous des formes qui peuvent varier (groupements, associations féministes, associations de personnes concernées, ONG, etc.), des actions de soutien aux personnes concernées et de lutte contre cette restriction des droits s'organisent dans les contextes concernés face cette montée des mouvements anti-droits.

Toutefois, des angles morts persistent. Les mouvements féministes peinent à inclure pleinement les revendications les personnes les plus concernées (femmes LBQ et personnes trans, personnes précaires, femmes racisées ou migrantes selon les contextes), alors que, comme Lamyaa Achary le précise, la société civile doit être «solide et solidaire»: solide car elle doit avoir accès aux ressources nécessaires pour s'organiser et augmenter ses capacités d'action pour pousser les Etats à jouer leurs rôles, solidaire car elle doit à la fois faire alliance, avec les mouvements de femmes, les activistes des autres pays, les différentes générations, et les organisations des personnes spécifiquement visées par les mouvements anti-droits, mais aussi laisser la place et les ressources à ces personnes.

“ Il existe beaucoup de militant·e·s LGBT, beaucoup de groupes au Maroc. (...) Il est très important que ces groupes-là, ces collectifs soient en mesure de porter un plaidoyer pour faire un changement au niveau des lois. La plupart du temps ces groupes-là sont tellement fragilisés par les lois et les normes sociales que c'est pas possible de faire du plaidoyer au niveau légal car ils n'ont pas d'existence légale. »

Lamyaa Achary

Les panélistes soulignent également l'importance d'adopter une approche transformatrice décoloniale. En d'autres termes, une approche qui vise des changements systémiques en accompagnant les transformations sociales sur le long terme, sans se contenter de faire évoluer les lois, mais en s'assurant de leur appropriation par les sociétés, et en prenant en compte le poids colonial qui explique le gap entre les politiques publiques affichées et leur non mise en pratique.

“ Ce qu'on fait, c'est des actions pratiques mais ce qui nous manque c'est une approche stratégique de long terme où on met en place une politique sociale pour opérationnaliser ces lois, mettre des quotas dans les instances étatiques. On a besoin d'actions qui vont résoudre le problème depuis les racines, car nos mouvements sont dans l'incapacité de le faire, c'est le rôle de l'État donc on pousse l'État à adopter des stratégies. »

Khawla Ksiksi

Enfin, les mouvements féministes ont un intérêt à documenter et cultiver la mémoire de leurs luttes et de leurs victoires, à la fois pour inscrire ces luttes dans un continuum entre les générations, mais aussi pour archiver et mettre en lumière les histoires et les récits de longue date des personnes et des communautés que les mouvements anti-droits voudraient effacer de nos sociétés.

NOTES

1. Maha Abdelhamid, « L'importance de la lutte des femmes tunisiennes noires dans le combat antiraciste en Tunisie. Réflexions sur les événements de février 2023 », *Afrique(s) en mouvement*, 2023, vol. 6, no 2, p. 92-94.
2. Une personne cisgenre est une personne dont le genre assigné à la naissance correspond à son identité de genre.
3. L'intersectionnalité est une théorie féministe forgée par Kimberlé Crenshaw. L'approche intersectionnelle permet de prendre en compte que chaque être humain est défini par de multiples identités (genre, âge, classe, race, handicap, orientation sexuelle etc.) qui interagissent pour produire des formes spécifiques d'oppression.

POUR ALLER PLUS LOIN

- [Le cycle « Féminismes et santé »](#)
- [Voir le rapport d'Equipop](#): Droits des femmes: combattre le « backlash »

MON CORPS
MES CHOIX



Nos corps, nos choix, nos savoirs : vers l'empouvoirement en santé

03

Aujourd'hui, les avancées féministes se heurtent à un contexte de *backlash* marqué par le renforcement des discours identitaires, conservateurs, religieux et sécuritaires, qui remettent en cause les droits sexuels et reproductifs, l'autonomie corporelle et l'accès aux soins²². Derrière les rhétoriques de la tradition, de la protection ou de l'ordre moral, se rejouent des formes anciennes de contrôle des corps des femmes et des personnes minorisées de genre. Le corps des femmes constitue un enjeu politique, juridique et social permanent. Les discours sur la « complémentarité » des sexes, régulièrement mobilisés pour masquer les inégalités, servent à légitimer des rapports de domination bien réels, en évitant de nommer la question de l'égalité et du pouvoir (comme discuté dans la Fiche 2).

Face à ces constats, les luttes féministes pour l'empouvoirement en santé affirment une vision globale et profondément politique du soin. Ces dynamiques s'appuient sur des approches holistiques, qui considèrent la personne dans toutes ses dimensions – physique, émotionnelle, mentale, sociale, spirituelle – et reconnaissent l'impact des violences, du racisme, de la sérophobie et des inégalités économiques sur la santé. Elles interrogent également les modes de gouvernance et les conditions d'exercice des organisations de santé, partant du principe que l'empouvoirement des personnes accompagnées passe aussi par celui des professionnel·le·s et des structures elles-mêmes. Elles rappellent que l'accès aux droits, à l'information et à des espaces de parole sécurisés est indissociable de la santé mentale et physique. L'empouvoirement ne se réduit pas à une injonction individuelle à « prendre soin de soi » : il s'inscrit dans des démarches collectives, structurelles et transformatrices, visant à redonner aux femmes le pouvoir de comprendre, de décider et d'agir sur leur corps et leur trajectoire de santé (Fiche 9).

Ainsi, les soins communautaires, les pratiques d'autogynécologie et d'autodéfense gynécologique s'imposent comme des leviers essentiels de résistance et de transformation²³. Face aux défaillances des systèmes de santé institutionnels – accentuées par les coupes budgétaires qui affectent en priorité les associations communautaires – ces espaces permettent de recréer du pouvoir collectif, de la solidarité et de la confiance. Groupes de parole, groupes d'écriture, ateliers créatifs... sont autant de lieux où les femmes peuvent partager leurs expériences, reprendre confiance, produire des savoirs situés et s'inscrire dans une sororité qui dépasse les frontières nationales (Fiche 4).

Ces démarches rappellent une distinction fondamentale entre savoir et pouvoir. Avoir accès à l'information médicale ne garantit pas nécessairement l'autonomie, tant les décisions restent souvent imposées aux femmes, y compris lorsqu'elles connaissent parfaitement les procédures ou disposent d'une longue expérience du système de santé. L'autogynécologie et les soins communautaires visent précisément à combler cet écart, en permettant une réappropriation concrète du corps, du savoir médical et des choix de santé, hors des logiques paternalistes et hiérarchiques.

Dans le champ du VIH, ces pratiques ont été au cœur des mobilisations féministes et communautaires depuis les années 1990. Elles ont contribué à renverser le stigmat et à faire reconnaître les savoirs expérientiels des personnes vivant avec le VIH comme un pilier de la démocratie en santé (Fiche 12). Ce savoir enrichit la recherche, les politiques publiques et les pratiques de soin, à condition de ne pas en faire une exigence universelle, car toutes les personnes ne peuvent ni ne souhaitent devenir expertes de leur vécu. Défendre les soins communautaires, l'autogynécologie et les savoirs féministes en santé, c'est ainsi affirmer que l'empouvoirement est un processus collectif, politique et émancipateur, indispensable pour garantir réellement nos corps, nos choix et nos savoirs.

22. Equipop, Fondation Jean Jaurès et al., 2023, *op. cit.*

23. Equipop, « L'autodéfense féministe gynécologique, un outil de résistance collective contre les Violences Gynécologiques et Obstétricales », 8/07/2025, <https://equipop.org/autodefense-feministe-gynecologique-vgo/>

À qui appartient le corps des femmes ?

Conversation avec Fatou Sow • 2021

Dans cette intervention, la Professeure Fatou Sow, sociologue pionnière des études de genre en Afrique de l'Ouest, déconstruit les mécanismes de contrôle social, politique et religieux qui s'exercent sur le corps des femmes dans les sociétés africaines. En croisant recherche académique et engagement militant, elle analyse comment le corps féminin devient le lieu où se cristallisent les inégalités de pouvoir, tout en plaçant pour une réappropriation de cette autonomie par les femmes elles-mêmes.

Elle rappelle qu'à ses débuts, la question des femmes était absente des champs scientifiques et politiques en Afrique francophone. Leur place dans la société était reléguée à un simple constat dans les études anthropologiques et ethnologiques. Pourtant, les statuts féminins ne sont pas naturels mais construits par un ensemble de facteurs : le religieux et le sacré, la culture et le politique, définissent les rôles et les fonctions des femmes et des hommes dans la société et ces rôles sont souvent inégalitaires et hiérarchisés au profit des hommes et au détriment des femmes.

Elle déconstruit également le mythe du « pouvoir féminin » qui existerait dans certaines sociétés. En effet, bien que certaines sociétés africaines (comme au Sénégal) soient marquées par le lignage utérin (matrilinéarité), ce système ne donne pas le pouvoir aux femmes : elles peuvent le transmettre en prolongeant la lignée, mais l'autorité finale reste masculine. Ainsi, au Sénégal, l'Etat a longtemps exigé l'autorisation ou la garantie du père ou du mari pour détenir des papiers d'identité (passeport) ou obtenir un visa de sortie du territoire. Jusqu'en 1981, le code de la famille permettait au mari de s'opposer à l'emploi de son épouse.

Fatou Sow est sociologue féministe sénégalaise. Elle s'est progressivement spécialisée, à partir des années 1980-1990, en études des femmes et genre dans les cultures africaines. Elle s'est attachée à enraciner une critique féministe des sciences sociales en Afrique. Outre ses recherches et enseignements au Sénégal et en France, elle a collaboré avec plusieurs institutions académiques en Afrique, aux États-Unis et au Canada.

Le cycle « Féminismes et santé » consiste en une série de rencontres avec des invité·e·s de profils et de pays différents, portant des points de vue pluridisciplinaires. À travers ce cycle, il s'agit de mieux s'imprégner des nombreux apports féministes en matière de santé et d'en discuter les implications en termes de pratiques et de politiques, et ce dans différentes aires géographiques.

Bien qu'il y ait eu des avancées, les revendications féministes se heurtent aujourd'hui, au Sénégal comme à l'échelle internationale, à un renforcement des discours identitaires et religieux. Le corps des femmes est un enjeu politique, juridique et social permanent. Les discours sur la « complémentarité » des sexes, mot mis en avant pour éviter de parler d'égalité réelle, cachent selon elle trop souvent une hiérarchie, où le masculin reste en position de pouvoir.

Fatou Sow invite à déconstruire les discours religieux et patriarcaux, et les discours mettant en avant « les soi-disant valeurs ancestrales de l'Afrique » pour que les femmes puissent enfin disposer de leur propre corps.

Pour une prise en soin féministe des violences sexuelles et sexistes : que peut faire l'hôpital ?

Conversation avec Ornella Milleliri & Claire Tantet • 2024

À partir d'initiatives inspirantes comme le dispositif Parcours (hôpitaux Bichat et Avicenne), nous nous sommes penché le 8 juillet 2024, avec nos invité-e-s sur les apports d'une approche féministe de la prise en soin des Violences sexistes et sexuelles — en particulier en contexte migratoire. Comment prendre en compte, à l'hôpital, le continuum des violences ? Comment faire évoluer les pratiques de santé vers un meilleur « prendre soin » des patientes comme des professionnel-le-s de santé ? Comment faire le lien avec d'autres services pour faciliter une prise en charge holistique ? Retrouvez dans cette fiche les essentiels de la conversation, tirés des échanges de nos panélistes : Claire Tantet et Ornella Milleliri.

1. LE DISPOSITIF PARCOURS : UNE INSPIRATION POUR LA PRISE EN SOIN DES SURVIVANTES DE VSS À L'HÔPITAL

Les trajets migratoires, souvent effectués dans des conditions précaires, exacerbent les vulnérabilités et sont fréquemment marqués par des violences. Les antécédents de violence sont fortement liés à la vulnérabilité sociale, caractérisée par la précarité quotidienne et de l'hébergement, le manque de protection, les maladies, et l'isolement relationnel. Cette situation augmente également le risque de contracter une infection sexuellement transmissible (IST). Une fois sur leur terre d'accueil, les violences sexuelles subies par les femmes migrantes quadruplent leur risque d'infection par le VIH (Impact des violences de genre sur la santé des exilé(e)s — Comede, 2018).

Pour prendre en charge les femmes migrantes porteuses du VIH/SIDA, un accueil spécifique doit être mis en place, respectant et tenant compte des expériences de violences sexuelles et des souffrances des patientes. C'est pour répondre à cet enjeu que le dispositif Parcours a été lancé en 2017 dans le service de maladies infectieuses de l'hôpital Bichat-Claude-Bernard, à Paris. En 2018, un dispositif similaire a été implanté dans le même service à l'hôpital Avicenne, à Bobigny.

Initialement destiné aux femmes vivant avec des Mutilations Sexuelles Féminines (MSF), le dispositif a évolué pour accueillir progressivement des femmes sans pathologie virale mais ayant vécu des violences sexistes et sexuelles multiples.

Claire Tantet est médecin infectiologue et responsable du dispositif Parcours au sein des services de maladies infectieuses de l'hôpital Bichat à Paris et de l'hôpital Avicenne à Bobigny en Île-de-France. Elle est aussi présidente de l'association Mille Parcours.

Ornella Milleliri est psychologue clinicienne, formée au psychotraumatisme, aux situations de violence, et à la psychologie transculturelle. Elle a exercé dans divers services hospitaliers (maladies infectieuses, sanatorium, virologie), associatifs (plateforme pour demandeurs d'asile), et services spécifiques aux violences faites aux femmes (Maison des femmes).

Le cycle « Féminismes et santé » consiste en une série de rencontres avec des invité-e-s de profils et de pays différents, portant des points de vue pluridisciplinaires. À travers ce cycle, il s'agit de mieux s'imprégner des nombreux apports féministes en matière de santé et d'en discuter les implications en termes de pratiques et de politiques, et ce dans différentes aires géographiques.

“ Il s'agit d'un accueil pour les femmes migrantes, ayant vécu des violences sexuelles en lien avec leur parcours migratoire et qui sont éloignées du soin et du droit. »

Claire Tantet

Ce dispositif s'inspire notamment des échanges d'expériences avec l'hôpital Panzi en République démocratique du Congo, dirigé par le Dr Denis Mukwege (prix Nobel de la paix 2018), avec lequel l'association Mille Parcours entretient un partenariat depuis 2016.

2. PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE ET EMPOUVOIREMENT

L'accompagnement holistique est une approche qui considère l'être humain dans sa globalité prenant en compte tous les aspects de son être : physique, émotionnel, mental, spirituel et social. Ce type d'accompagnement est proposé au sein du Dispositif Parcours afin de répondre aux problématiques multiples liées aux histoires de vie des patient·e·s et au contexte sociopolitique auquel font face les exilé·e·s en France.

« Cet accompagnement repose sur quatre axes : médical, psychologique, juridique, social. On propose dans le même temps un accompagnement collectif avec des ateliers plusieurs fois par semaine autour du bien-être et de la réappropriation du corps. »

Ornella Milleliri

Les ateliers collectifs proposés dans le cadre du Dispositif sont un outil précieux de lutte contre l'isolement et d'empouvoirement, au travers d'activités thérapeutiques. Les activités offrent des espaces d'expressions corporelle et verbale permettant de libérer la parole, travailler l'estime de soi, se réapproprier son corps et créer des liens de confiance avec d'autres. En partageant leurs expériences et en se soutenant mutuellement, les patient·e·s trouvent un espace d'écoute et de solidarité qui favorise la guérison et la reconstruction d'une identité. Se réapproprier son récit et briser le silence imposé par le trauma est permis par, et permet, l'appropriation d'espaces qu'elles et ils ne se sentaient plus légitime d'occuper.

3. DE PATIENT·E·S À ACTRICES ENGAGÉES

L'empouvoirement joue un rôle très important dans l'amélioration de la confiance en soi, mais aussi dans la capacité à reprendre sa vie en main et se donner le pouvoir d'accomplir ce que l'on souhaite réaliser. Il permet aux patient·e·s du Dispositif Parcours de se définir par autre chose que par l'expérience traumatique subie.

Sans forcément s'identifier au féminisme, les femmes bénéficiant du Dispositif s'engagent dans des voies diverses en faveur des droits, de la santé et du bien être des femmes. Professionnellement, un certain nombre d'entre elles s'engagent dans les métiers du care, ceux du lien et du soin. À la jonction entre le social, le sanitaire, le ménager et l'éducatif, ils sont souvent centrés sur les relations humaines, l'écoute et l'accompagnement des personnes dans le besoin.

« Elles ont envie de monter des choses autour des mutilations et s'investissent bénévolement auprès d'associations des femmes migrantes. On constate une tendance à aller vers des métiers du care. »

Ornella Milleliri

4. VERS UN MEILLEUR « PRENDRE SOIN » DES PROFESSIONNEL·LE·S DE SANTÉ COMME DES PATIENT·E·S

L'équipe est accompagnée en supervision et régie par une gouvernance partagée s'appuyant sur le modèle d'holocratie. Ce modèle offre l'opportunité d'explorer l'intersectionnalité présente entre les secteurs juridique, social et de la santé au sein de l'hôpital. Il repose sur le principe suivant : la régulation émotionnelle et l'optimisation du temps par la désignation des espaces de pouvoir. Il permet ainsi une prise de décision en autonomie dans le rôle qui a été assigné à chacun.

Cette approche innovante démontre quotidiennement son utilité tant pour les patient·e·s que pour l'équipe, qui en exprime une satisfaction manifeste. La gouvernance est clarifiée, les règles de fonctionnement sont rendues plus explicites, les tensions partagées. Chacun·e est responsable de son rôle et de le faire évoluer en autogouvernance tout en respectant les règles collectives de fonctionnement. Ce qui laisse la place aux savoirs expérientiels à tous les niveaux : tant ceux des patient·e·s que ceux de l'ensemble des professionnels de santé.

« S'appuyer sur l'holocratie nous a structuré et permis d'organiser un fonctionnement sous d'autres formes ce qui nous a permis de mieux faire collectivement tout en permettant à chacun·e d'être une force de proposition. »

Claire Tantet

POUR ALLER PLUS LOIN

- [Enregistrement vidéo de la rencontre](#)
- [Toutes les conférences du cycle Féminismes et Santé](#)
- [Impact des violences de genre sur la santé des exilé\(e\)s — Comede, 2018](#)
- [Outils pédagogiques Sex-Ed+](#)
- [Sur l'holocratie : Chapitre 15. Le dispositif Parcours : de l'exil à l'élan, page 179](#)

Réappropriation féministe des savoirs médicaux

Conversation avec Mounia El Kotni • 2022

« Notre corps, nous-mêmes est un livre important, il a marqué toute une génération de femmes, il était important de le réactualiser avec un collectif de femmes. Le processus d'écriture a commencé par le questionnement *En 2019, que vivent les femmes ?* »

Le 4 mai 2022, Mounia El Kotni est l'invitée du cycle Féminismes et Santé d'Equipop. Elle est co-autrice de l'ouvrage *Notre corps, nous-mêmes* qui s'appuie sur de nombreux témoignages, afin d'évoquer des sujets inhérents à la vie des femmes et à leur santé. Avec elle, nous nous sommes demandé quels sont les enjeux féministes d'une réappropriation des savoirs médicaux par les femmes ? Comment s'organise l'écriture d'un livre par et pour les femmes ? Dans ce processus, quels sont les apports d'une anthropologie féministe de la santé ?

1. UNE RÉÉDITION INTERSECTIONNELLE NÉCESSAIRE

Cette réécriture était nécessaire car la situation des femmes de 2020 est différente de celles des années 1970. Il était primordial de repenser l'ouvrage dans un contexte contemporain avec des sujets peu abordés auparavant (le SIDA par exemple). Toutefois, certaines réalités de violences, de harcèlement de rue ou de méconnaissance des menstruations sont communes aux deux périodes.

La diversité des voix est une des distinctions principales avec l'édition de 1977. L'idée était de représenter le plus de femmes possible sans catégoriser de groupes spécifiques : diversité d'orientation sexuelle, de religion, d'âge et de milieu culturel, autant pour les autrices que pour les 400 personnes interrogées (une grande majorité de femmes mais aussi quelques hommes trans et personnes non binaires).

« Pour nous, il fallait que ce soit une approche intersectionnelle dès le départ. Il nous fallait diversifier la parole afin d'éviter de cloisonner les identités. Il était indispensable de voir les différences entre nous et de faire entendre des voix différentes. »

Notre corps, nous-mêmes est une plongée dans des vécus pluriels et une analyse de l'intimité. L'objectif était d'offrir « des morceaux de vie de femmes ». Lors des groupes de parole, la seule règle était de parler à la première personne. Sur chaque sujet, seules des femmes concernées par les problématiques étaient interrogées.

Certains témoignages sur la prise de la pilule contraceptive par exemple, montrent bien la diversité des vécus. Certaines femmes trouvent cela merveilleux alors que d'autres considèrent qu'elles ne sont redevenues elles-mêmes qu'en arrêtant de la prendre.

Mounia El Kotni est chercheuse en anthropologie, spécialiste des thématiques du genre et de la santé en France et au Mexique. Elle est l'autrice d'articles scientifiques sur les violences obstétricales et la formation des sages-femmes traditionnelles. Elle est également co-autrice de la nouvelle édition de *Notre corps, nous-mêmes* (Hors d'Atteinte, 2020) et de *Im/patiente*, une exploration féministe du cancer du sein (First, 2021).

Notre corps, nous-mêmes est un ouvrage publié en 2020 et rédigé par un collectif de huit autrices. Cet ouvrage est présenté comme la réédition d'un manuel féministe rédigé en 1973 aux États-Unis et adapté en 1977 à un public français.

Le cycle « Féminismes et santé » consiste en une série de rencontres avec des invité-e-s de profils et de pays différents, portant des points de vue pluridisciplinaires. À travers ce cycle, il s'agit de mieux s'imprégner des nombreux apports féministes en matière de santé et d'en discuter les implications en termes de pratiques et de politiques, et ce dans différentes aires géographiques.

Cependant, les expériences et les témoignages qui composent *Notre corps, nous-mêmes* n'ont en rien vocation à être une injonction supplémentaire faite aux femmes :

« Ce livre est un manuel féministe. On ne veut pas que ce soit une injonction de plus, chacune fait comme elle peut, comme elle veut. »

2. FAIRE PARLER LES FEMMES

La méthodologie a été la même pour la réédition de *Notre corps, nous-mêmes* que pour l'ouvrage originel. La notion de groupe, qu'il soit de parole ou d'écriture, est au centre du livre : sa principale force vient des femmes qui interviennent dans ses pages et du comité d'autrices qui l'a rédigé. Les groupes de paroles permettent aux femmes de parler librement de questions sensibles, comme celles de l'avortement, des violences conjugales ou du rapport à son corps.

« Après les groupes de paroles, on proposait des pistes, des contacts d'associations, et même entre nous, on échangeait beaucoup plus longtemps que prévu. »

Ces sujets étant souvent tabous et parfois sources de traumatismes, les autrices travaillaient également avec des associations qui pouvaient apporter une aide ou un soutien aux participantes.

3. UN LIVRE FÉMINISTE D'INTÉRÊT PUBLIC

« On a régulièrement des retours très très forts, des personnes écrivent pour remercier. Est-ce qu'on détruit le patriarcat avec un livre ? Peut-être, et déjà, à notre échelle, il peut mener à des changements individuels. »

Chaque nouvelle édition de ce livre représente une contribution à la sororité internationale, car elle enrichit la « grande bibliothèque des savoirs » sur les femmes.

Ce livre est un outil que l'on peut s'approprier pour faire entendre de nouvelles voix issues de différents groupes de femmes, ce que l'on a pu voir par exemple avec les femmes trans aux États-Unis. Sa réédition et ses multiples traductions participent donc au féminisme transnational : des collectifs dans différents pays réfléchissent aujourd'hui à éditer leur propre version du livre, et le partage des versions existantes, en papier ou numérique, permet de construire et d'enrichir les raisonnements de chacune à travers le monde.

Ce manuel peut se lire à différents moments de la vie, puisqu'il est composé de « morceaux de vie » de femmes. Leur âge, leur quotidien, leurs témoignages et le contraste entre leurs expériences montrent qu'il n'existe pas un unique chemin à suivre.

« La question *Mon corps m'appartient-il ?* me gêne. Je ne suis pas tout à fait à l'aise avec cette notion de propriété. Il y a encore beaucoup d'enjeux de pouvoir concernant le corps des femmes. Il y a une différence entre savoir et pouvoir : avoir accès aux connaissances ne fait pas tout et ne permet pas la totale libération du corps des femmes. »

L'accès à ces informations facilite la réappropriation des savoirs médicaux par les femmes, afin de les armer face à la réalité à laquelle elles seront confrontées. Le savoir est un enjeu de pouvoir, et permet de prendre des décisions. En étant informées, les femmes se sentent moins démunies lors de consultations médicales. Il reste toutefois à s'interroger sur les autres sources des relations de pouvoirs, des décisions médicales restant imposées à des femmes qui connaissent les procédures, par exemple après plusieurs grossesses.

4. L'APPROCHE FÉMINISTE DE LA RECHERCHE

« C'est à nous, en tant que chercheuses, d'ouvrir les champs de discussion. Ce que je fais dans mes études permet d'alimenter les ressources des associations féministes. Ce livre m'a encouragée à continuer à explorer de nouveaux champs d'études. »

Même si l'anthropologie féministe a émergé dans les années 1970, l'approche féministe n'est apparue que récemment. Aujourd'hui, il est important que tous·te·s s'intéressent à certains sujets qui jusqu'ici étaient mis de côté.

Bien penser sa méthodologie de la recherche féministe, dans le domaine de la santé, est crucial. Mounia El Kotni demande : « Si je suis une femme, mes démarches et mon approche de recherches féministes vont-elles être différentes ? »

Afin d'avoir le plus d'objectivité possible, il est nécessaire de se situer. Il s'agit là d'une véritable méthodologie qui a du mal à être reconnue en France.

L'enjeu du genre est un autre essentiel dans la recherche. Par exemple, on commence à peine de réelles recherches sur l'endométriose alors que cette maladie est connue depuis l'Antiquité.

POUR ALLER PLUS LOIN

- Rediffusion de la conversation
- L'ouvrage sénégalais *Notre corps, notre santé : La santé et la sexualité des femmes en Afrique subsaharienne*, sous la direction de Fatou Sow et Codou Bop
- Article des Inrocks : « Notre corps, nous-mêmes » : l'histoire d'un manuel de libération des femmes enfin réédité

Femmes, VIH et luttes féministes : Sortir de l'ombre, reprendre le pouvoir

Conversation avec Charlotte Pezeril • 2025

La lutte contre le VIH s'inscrit aujourd'hui dans un contexte particulièrement difficile, marqué par un recul inquiétant des droits et une diminution des financements internationaux, notamment dans le domaine de la santé mondiale. Les coupes budgétaires affectent en priorité les associations communautaires, pourtant essentielles dans la prévention et l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH. Parallèlement, les attaques contre les droits et la santé sexuels et reproductifs (DSSR) fragilisent encore davantage les populations les plus vulnérables. Parmi elles, les personnes transgenres, migrantes et travailleuses du sexe (TdS) subissent de plein fouet ces reculs, d'autant qu'elles demeurent largement absentes des espaces de décision. À cela s'ajoutent des politiques migratoires de plus en plus restrictives et violentes, qui rendent souvent impossible la continuité des soins pour ces groupes déjà marginalisés. Ces politiques répressives s'inscrivent dans une continuité historique de contrôle des corps racisés et des sexualités, héritée des logiques coloniales qui perdurent dans les dispositifs contemporains de santé mondiale.

C'est dans ce contexte que, le 17 juin 2025, Equipop a organisé, en partenariat avec la campagne #AWorldWhere, un échange avec Charlotte Pezeril, visant à mettre en lumière et à dénoncer les rapports de domination qui traversent la lutte contre le VIH. Cette rencontre a permis de questionner comment la valorisation des savoirs militants et académiques, ainsi que l'intégration d'approches féministes, peuvent transformer les pratiques et les politiques. L'enjeu est de dépasser une vision biomédicale réductrice du VIH pour révéler comment cette épidémie cristallise des rapports de pouvoir liés au genre, à la race, à la classe sociale, à la sexualité, au statut sérologique, mais aussi aux inégalités postcoloniales et aux politiques migratoires. Cette réflexion s'inscrit dans une perspective plus large de défense des DSSR, portée par une approche critique et intersectionnelle. Retrouvez dans cette fiche les essentiels de la conversation.

1. INVISIBILISATION DES FEMMES DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH : UN PHÉNOMÈNE STRUCTUREL

Depuis le début de l'épidémie, les femmes, en particulier celles issues de communautés marginalisées, ont été largement invisibilisées dans les discours, les politiques et les pratiques de prévention. Le processus à l'œuvre ne relève pas d'un simple oubli ou d'un manque d'information, mais s'inscrit dans des mécanismes de domination profondément ancrés.

Longtemps, les récits dominants ont cantonné le VIH à une infection touchant uniquement les hommes homosexuels, reléguant les femmes à un rôle passif. Cette narration, soutenue par les institutions, a occulté l'engagement historique des femmes, notamment transgenres, noires, migrantes et travailleuses du sexe, dans la lutte contre l'épidémie. Il a fallu du temps pour reconnaître qu'elles pouvaient non seulement contracter, mais

Charlotte Pezeril est anthropologue et chercheuse à l'Observatoire du sida et des sexualités (ULB). Ses travaux portent sur la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et les politiques de prévention, dans une approche intersectionnelle.

Le cycle « Féminismes et santé » consiste en une série de rencontres avec des invité·e·s de profils et de pays différents, portant des points de vue pluridisciplinaires. À travers ce cycle, il s'agit de mieux s'imprégner des nombreux apports féministes en matière de santé et d'en discuter les implications en termes de pratiques et de politiques, et ce dans différentes aires géographiques.

La campagne #AWorldWhere vise à encourager les engagements mondiaux de l'Europe en matière de droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR), à faire progresser l'égalité de genre et à renforcer les systèmes de santé pour atteindre les cibles des Objectifs de Développement Durable.

aussi transmettre le virus ; auparavant, lorsqu'elles étaient évoquées, c'était souvent comme de simples « réservoirs » du VIH. Cette perception a contribué à les exclure des espaces de décision et à négliger leurs besoins spécifiques.

Cette invisibilisation s'inscrit dans ce que la philosophe Nancy Tuana nomme l'épistémologie de l'ignorance, en lien avec les travaux de l'historien des sciences Robert Proctor sur l'agnologie, l'étude des processus par lesquels l'ignorance est socialement produite et maintenue. Tuana distingue plusieurs formes d'ignorance qui permettent de comprendre comment les femmes, en particulier les plus marginalisées, ont été tenues à l'écart des savoirs et des politiques liés au VIH : une ignorance initiale, liée à un manque de recherche et de données ; une ignorance volontaire, où les réalités spécifiques des femmes racisées, migrantes ou précaires sont effacées au profit d'un discours prétendument universel ; et enfin, une ignorance activement produite, à travers l'absence de données médicales spécifiques, la marginalisation des associations féminines et communautaires, et la disqualification des savoirs situés portés par les personnes concernées.

Ces formes d'ignorance ont des conséquences concrètes et dramatiques. Par exemple, la PrEP, outil majeur de prévention, reste massivement utilisée par des hommes, tandis que les femmes, notamment afrodescendantes, y ont un accès très limité. En Belgique, 99% des usagers de la PrEP sont des hommes. Ce déséquilibre s'appuie sur des stéréotypes sociaux, selon lesquels les femmes seraient moins enclines à adhérer au

traitement, mais aussi sur un manque d'adaptation des dispositifs de prévention à leurs besoins et réalités spécifiques. Ces barrières s'inscrivent également dans la longue tradition de contrôle des sexualités féminines, en particulier de celles des femmes racisées.

“ La généalogie de la PrEP montre qu'elle n'a jamais été pensée pour les femmes, reflet d'une difficulté persistante à reconnaître leur autonomie sexuelle. »

Charlotte Pezeril

2. COMPRENDRE LES TRAJECTOIRES DE SOIN À TRAVERS L'INTERSECTIONNALITÉ : LES EFFETS DU RACISME, DU SEXISME ET DE LA SÉROPHOBIE

Pour dépasser ces invisibilisations, l'approche intersectionnelle s'avère indispensable. Elle permet de comprendre que les oppressions ne s'additionnent pas simplement, mais se croisent et se renforcent mutuellement, façonnant des expériences spécifiques. Les femmes migrantes vivant avec le VIH illustrent parfaitement ces dynamiques, où genre, race, classe sociale, statut migratoire et statut sérologique interagissent pour produire des vulnérabilités particulières. Leurs parcours sont souvent marqués par une extrême précarité administrative : sans-papiers, demandeuses d'asile, ou dépendantes d'un regroupement familial, ces femmes se trouvent confrontées à des politiques et dispositifs qui organisent leur dépendance et leur précarisation, rendant difficile toute autonomie matérielle et affective. Par exemple, une femme algérienne sans papiers peut se retrouver dans une situation où le VIH devient une préoccupation secondaire face à la survie quotidienne. Par ailleurs, le regroupement familial, souvent présenté comme une solution, peut aussi enfermer certaines femmes dans des relations de dépendance et de violence, sous la menace de perdre leur titre de séjour si elles quittent leur conjoint.

Les politiques migratoires et sanitaires participent à l'accentuation de ces vulnérabilités. Contrairement à l'idée reçue d'une immigration dite « thérapeutique », une part importante des contaminations au VIH survient après l'arrivée en Europe, dans des contextes marqués par l'isolement, la précarité, l'exposition aux violences sexuelles et au travail sexuel. Selon l'étude GANYMEDE, 60 % des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes migrants contractent le VIH après leur arrivée en Europe.

Le racisme et le sexisme se manifestent aussi dans les soins, où la douleur des patientes noires est souvent sous-estimée, entraînant des retards de diagnostic ou des prescriptions inadéquates. Ce racisme médical est loin d'être nouveau : il s'inscrit dans une histoire où les corps racisés, en particulier ceux des femmes, ont été objets de méfiance, d'expérimentation ou relégués aux marges des systèmes de santé. Ces discriminations s'intensifient lorsqu'elles se croisent avec la sérophobie. Celle-ci ne touche pas uniquement les personnes vivant avec le VIH : elle peut frapper plus largement, sur la base de stéréotypes raciaux et genrés, des femmes perçues comme « à risque » en raison de leur origine ou de leur situation sociale.

Certaines enquêtes ont ainsi montré que des femmes racisées, pourtant séronégatives, étaient stigmatisées ou soupçonnées à tort d'être porteuses du VIH, au point d'être mises à l'écart de leur environnement social ou institutionnel. Cette violence symbolique et structurelle dépasse le cadre médical et participe d'une marginalisation diffuse, qui se prolonge dans les politiques publiques.

En effet, les politiques de régularisation, en maintenant certaines personnes dans une insécurité juridique durable, aggravent ces vulnérabilités. Elles produisent ce que le philosophe Achille Mbembe nomme une nécropolitique : un mode de gouvernement qui laisse vivre dans des conditions invivables, empêchant toute stabilité, projection dans l'avenir ou accès effectif aux soins.

“ L'intersectionnalité ne se réduit pas à une question d'identité ; elle invite à porter attention à la matérialité des oppressions, à la manière dont les discriminations se combinent selon les contextes et les problématiques. C'est un outil pour identifier celles et ceux qui subissent les formes les plus aiguës de marginalisation. »

Charlotte Pezeril

3. PRENDRE LE POUVOIR : RÉSISTANCES FÉMINISTES ET ALLIANCES DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH

Face à ces oppressions, les résistances féministes se sont organisées depuis longtemps. Des groupes comme Act Up Bruxelles, dès les années 90, ont dénoncé l'invisibilisation des femmes, notamment des lesbiennes, par des actions percutantes et des slogans forts comme « Silence = Mortes ». Ces mobilisations ont permis de revendiquer une identité séropositive collective, refusant les frontières entre malades et non malades, et de faire du VIH un levier féministe et queer pour lutter contre la binarité et le contrôle des corps. Ce renversement du stigmat sérologique, en remettant en question les normes de santé, de sexualité et de moralité, en a fait une réelle force politique subversive.

Ces luttes ont aussi contribué à des avancées juridiques importantes, notamment en Belgique, avec la redéfinition positive du consentement sexuel et la dépénalisation du travail du sexe. Elles ont permis de construire des liens solides entre personnes concernées, professionnel·les de santé et militant·e·s, rééquilibrant la relation médecin/patient et améliorant la prise en compte des effets secondaires des traitements. Ces alliances, pour être véritablement transformatrices, nécessitent un travail constant de redistribution du pouvoir, de dé-hiérarchisation des savoirs, et de reconnaissance des conflits internes aux luttes. Le savoir expérientiel des personnes vivant avec le VIH est aujourd'hui reconnu comme un élément clé de la démocratie sanitaire. Il enrichit la recherche, les politiques et les pratiques médicales, à condition de ne pas en faire une exigence universelle, car tout le monde ne peut ou ne veut pas être expert·e de son vécu. Être patient·e expert·e suppose de prendre de la distance avec sa maladie, de pouvoir mettre son expérience en mots et de la partager : un exercice complexe et exigeant. Par ailleurs, la responsabilisation des patient·e·s implique non seulement de vivre avec une maladie chronique, mais aussi d'assumer le devoir de connaître sa pathologie, de suivre son traitement et de comprendre le vocabulaire médical.

Or, tout le monde ne peut, ou ne veut, endosser ce rôle. Certain·e·s refusent d'être défini·e·s par leur statut sérologique, ou préfèrent que le VIH n'occupe pas plus de place que leur traitement quotidien. De plus, l'injonction à devenir « expert·e de soi » peut s'inscrire dans une logique néolibérale où les institutions se déchargent de leur responsabilité, transférant sur les individus la gestion de leur santé, de leurs risques et de leurs savoirs.

Cette complexité souligne à quel point l'implication des personnes concernées dans la recherche doit être pensée avec précaution et respect. En effet, pour éviter l'extractivisme des savoirs, ce phénomène par lequel les chercheur·euse·s « pompent » le savoir des participant·e·s sans retour concret pour celles et ceux qui ont contribué, il est essentiel d'instaurer une véritable alliance communautaire tout au long du processus. La co-construction des démarches, la relecture partagée des résultats, la validation collective des interprétations et la volonté d'avoir un impact réel sur la vie des personnes concernées en sont des composantes fondamentales. Les enjeux éthiques deviennent alors centraux : comment respecter pleinement la parole des personnes interrogées, et comment la restituer fidèlement et avec sensibilité ? Il s'agit aussi de réfléchir collectivement aux formes de rétribution, non seulement matérielles, mais aussi en termes d'utilité concrète, afin que les résultats de la recherche ne restent pas un simple objet d'étude, mais participent aux luttes et aux besoins concrets des communautés impliquées.

Face aux coupes budgétaires drastiques, comme celles imposées sous l'administration Trump, la mobilisation des chercheur·euse·s est d'autant plus essentielle. Iels jouent un rôle crucial pour alerter l'opinion publique, produire des données fiables et défendre la liberté académique. En travaillant en étroite collaboration avec les militant·e·s, iels contribuent à rendre visibles les enjeux fondamentaux et à contrer les tendances antidémocratiques qui menacent les droits en Europe et ailleurs. Cette synergie entre recherche et militantisme est essentielle pour que les avancées scientifiques contribuent véritablement à la défense des droits et à l'amélioration des conditions de vie des populations vulnérables.

Enfin, la mobilisation des jeunes femmes séropositives constitue un levier puissant pour renouveler la prévention et la prise en charge. La création d'espaces de parole safe, non-mixtes et bienveillants permet de dépasser la peur du rejet et le silence qui entoure encore trop souvent le VIH. Les campagnes de prévention innovantes, qui replacent le plaisir et la sexualité positive au centre, et qui impliquent aussi les jeunes hommes, ouvrent la voie à une approche plus inclusive, joyeuse et efficace.

POUR ALLER PLUS LOIN

- Enregistrement vidéo de la rencontre et toutes les conférences du cycle Féminismes et Santé
- Pezeril, C. (2020b). De l'invisibilité au déni de l'intersectionnalité : les plaintes pour discrimination liée au VIH en Belgique. Émulations — Revue de sciences sociales, (35—36), 95—108
- Pezeril, C. (2021a). Nous sommes des sans-droits : la néropolitique du VIH pour les sans-papiers en Belgique. L'Année du Maghreb, 25
- Pezeril, C. (2018) : « Approches féministes des innovations médicales dans le champ du VIH/sida : une histoire à quatre temps », in Haxaire Claudie, Farnarier Cyril et Moutaud Baptiste (dir), L'innovation en santé. Une perspective en sciences sociales, Presses universitaires de Rennes, p.77-95
- Pezeril, C., & Kanyeba, D. (2013). "A Congolese virus and Belgian doctors?" Post-colonial perspectives on migration and HIV. *African Diaspora*, 6, 46—71
- Le Serment d'Augusta — podcast

Conclusion

Transmettre les savoirs pour transformer la santé

Depuis le lancement du cycle *Féminismes et santé* en 2019, le monde a profondément changé. La pandémie de COVID-19, les crises écologiques, l'intensification des conflits armés, le durcissement des politiques migratoires et la montée de mouvements réactionnaires ont mis à nu – parfois brutalement – les fragilités des systèmes de santé et l'ampleur des inégalités qui les traversent. Dans le même temps, les droits des femmes et des minorités de genre ont fait l'objet d'attaques coordonnées : reculs sur l'accès à l'IVG, coupes budgétaires dans la santé globale, remise en cause des droits sexuels et reproductifs dans de nombreux contextes nationaux et régionaux²⁴. Ces évolutions confirment, s'il en était besoin, la pertinence et l'urgence des analyses féministes développées tout au long du cycle.

Les enseignements issus de ces années de réflexions et de mobilisations sont clairs. D'abord, les soins de santé ne sont jamais uniquement une affaire biomédicale : ils sont profondément ancrés dans une dimension sociale, politique et économique. Les inégalités de genre, de race, de classe, de statut migratoire, celles liées au handicap ou à l'orientation sexuelle façonnent les corps, les parcours de soin et les possibilités mêmes de rester en bonne santé, voire de rester en vie. Ensuite, les violences institutionnelles en santé – qu'elles soient sexistes, racistes, validistes ou sérophobes – ne sont ni des dysfonctionnements marginaux ni des dérives individuelles, mais le produit de systèmes historiquement structurés par des rapports de domination. Enfin, les réponses purement techniques ou individualisantes se révèlent insuffisantes si elles ne s'accompagnent pas d'une transformation profonde des structures, des savoirs et des rapports de pouvoir qui organisent le champ de la santé.

La démarche d'Equipop s'inscrit ainsi dans une réflexion internationale plus large autour d'une *Feminist Global Health Policy*²⁵, qui ne se contente pas de documenter les inégalités mais vise à transformer les structures mêmes qui les produisent, en se centrant sur l'équité, l'intersectionnalité et la justice reproductive. Analyser les mécanismes qui produisent des conditions de travail indignes pour les professionnel-le-s et des violences pour les patient-e-s, n'a de sens que si cette analyse vise une transformation concrète des pratiques. Les réflexions présentées montrent que seule une approche intersectionnelle des rapports de pouvoir – patriarcaux, racistes, capitalistes et coloniaux – et ouverte aux savoirs situés, permet d'élaborer des politiques de santé réellement efficaces et justes pour tou-te-s.

Les luttes féministes apparaissent alors non seulement comme des forces de dénonciation, mais comme de véritables laboratoires d'alternatives. Elles permettent de visibiliser des violences longtemps tues, de faire reconnaître des savoirs expérientiels et communautaires, de politiser des enjeux considérés comme tabous ou privés, et de défendre une approche de la santé fondée sur les droits humains, la dignité et l'autonomie. Elles rappellent aussi que l'empouvoirement ne peut être pensé indépendamment des conditions matérielles, sociales et politiques qui rendent les choix possibles ou impossibles, et qu'il s'inscrit nécessairement dans des dynamiques collectives.

La compilation des apports du cycle *Féminismes et santé* s'inscrit aussi dans une démarche de préservation et de transmission de la mémoire des luttes (*comme discuté dans la Fiche 8*). Dans un contexte de backlash global, cette mémoire des luttes constitue une ressource politique essentielle. Elle nourrit les résistances contemporaines, renforce les solidarités transnationales et intergénérationnelles, et ouvre des horizons émancipateurs. À l'heure où les coupes budgétaires, la standardisation des politiques publiques et les logiques néolibérales fragilisent les approches communautaires, la démocratie en santé féministe apparaît comme une perspective indispensable. Elle invite à reconnaître la pluralité des savoirs, à créer des espaces de dialogue entre usager-e-s, professionnel-le-s et institutions, et à soutenir l'empouvoirement des premières concernées sans les sur-responsabiliser. Elle offre des pistes concrètes pour reconstruire des politiques de santé plus justes, inclusives et ancrées dans les réalités locales²⁶.

Dans le champ de la santé publique, les hiérarchies structurelles – patriarcales, raciales, coloniales et capitalistes – façonnent les politiques et maintiennent des inégalités profondes. Les avancées en matière de droits et de santé ne sont jamais acquises : elles sont le fruit de mobilisations collectives, souvent portées par des femmes et des groupes marginalisés, dont les combats sont trop souvent effacés des récits dominants. Se souvenir des luttes féministes pour l'accès à l'avortement, pour la reconnaissance des violences gynécologiques et obstétricales, pour une réponse juste et inclusive au VIH, pour la dignité des personnes migrantes et LGBTQIA+, c'est refuser l'illusion d'un progrès linéaire et rappeler que chaque droit a été arraché, défendu, et doit encore l'être.

24. Equipop, Fondation Jean Jaurès et al., *op. cit.*

25. Eger H, Chacko S, El-Gamal S, Gerlinger T, Kaasch A, Meudec M, et al., "Towards a Feminist Global Health Policy: Power, intersectionality, and transformation", *PLOS Global Public Health* 4(3), 2024, e0002959.

26. Memmi Machado et al., *op. cit.*

La transformation du champ de la santé exige également une décolonisation des savoirs, des représentations et des pratiques. Les héritages coloniaux, encore présents dans la définition des normes, des politiques et de l'aide internationale, continuent de produire des biais dans les approches de la santé sexuelle et reproductive, et excluent les voix et les expériences des populations marginalisées. Reconnaître et déconstruire cette matrice coloniale est une étape indispensable vers des politiques de santé véritablement équitables et inclusives²⁷. Penser la santé à partir des féminismes, c'est refuser que les corps soient des terrains de contrôle. C'est les réaffirmer comme espaces de droits, de savoirs et de luttes collectives. C'est refuser que la santé devienne un privilège, et réaffirmer qu'elle doit rester un bien commun, fondé sur la justice, l'égalité et la solidarité.

Les contributions réunies ouvrent également de nombreuses pistes pour l'avenir. De nouvelles thématiques s'imposent avec force dans le champ des féminismes et de la santé : la santé environnementale et les effets différenciés des pollutions et des crises climatiques sur les corps minorisés et racisés ; les approches *One Health*, qui interrogent les liens entre santé humaine, animale et environnementale ; les perspectives décoloniales, indispensables pour comprendre comment l'héritage colonial continue de structurer les politiques de santé et les hiérarchies de savoirs ; les réalités spécifiques des territoires ultramarins, trop souvent marginalisées dans les analyses nationales en France ; ou encore la justice reproductive, qui articule le droit de ne pas avoir d'enfants, le droit d'en avoir, et le droit de les élever dans des conditions dignes, sûres et choisies²⁸. D'autres enjeux, qu'Equipop continue d'explorer à différents endroits, évoqués dans d'autres espaces²⁹ – tels que la santé menstruelle ou l'importance des pratiques d'autosoin – rappellent avec force qu'il est urgent de créer, soutenir et défendre des espaces où parler de santé reste politique, collectif et transformateur.

27. Meralli Ballou, *op. cit.*

28. voir sur ce sujet Benamrouche, Johanna-Soraya et Eva-Luna Tholance (dir.), *Venir au monde: Autonomie, dignité et luttes pour une justice reproductive*, Ed. Troubles, 2025, 335 p.

29. Comme les Symposium sur les DSSR (Equipop 2024, *op.cit.*).

Ressources

BIBLIOGRAPHIE

- Benamrouche, Johanna-Soraya et Eva-Luna Tholance (dir.), *Venir au monde: Autonomie, dignité et luttes pour une justice reproductive*, Ed. Troubles, 2025, 335 p.
- Blézat, Mathilde, Naïké Desquesnes, Mounia El Kotni, Nina Faure, Nathy Fofana, Hélène de Gunzbourg, Nana Kinsky, Yélène Perret, et Marie Hermann, *Notre corps, nous-mêmes*. Édition réactualisée, Hors d'Atteinte, 2020, 383 p.
- Bousquet Danielle, Geneviève Couraud et Margaux Collet, *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme*, Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE-fh), 2018, Rapport n° 2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018, 164 p.
- Condé, Maryse, *Moi, Tituba sorcière...* Gallimard, 1988, 128 p.
- Conseil de l'Europe. *Violences obstétricales et gynécologiques*, Rapport APCE n° 2019_10, 2019, 16p.
- Dergham, Myriam, Rodolphe Charles, Thomas Bujon, et Rodolphe Pellet, « De l'esprit carabin aux discriminations en santé ». *Médecine*, vol. 16, no 8, 2020, pp. 360-364.
- Eger, Hannah, Shubha Chacko, Salma El-Gamal, Thomas Gerlinger, Alexandra Kaasch, Marie Meudec, et Hannah Eger, "Towards a Feminist Global Health Policy: Power, Intersectionality, and Transformation." *PLOS Global Public Health*, vol. 4, no 3, 2024, e0002959.
- Ehrenreich, Barbara, et Deirdre English, *Sorcières, sages-femmes et infirmières: Une histoire des femmes soignantes*. Traduit par L. Lame, postface d'Anna Colin, Cambourakis, 2021, 128 p.
- Equipop, *La lutte contre le SIDA doit être féministe!*, Equipop, 2025, 8 p.
- Equipop, *En route vers la démocratie en santé!*, Equipop, 2024, 17p.
- Equipop, *Violences basées sur le genre: guide pour comprendre et agir*. Equipop, 2022, 56 p.
- Equipop, *Un espace à nous, entre militantisme et recherche: Dialoguons sur une approche féministe des DSSR!* Equipop, 2024, 36 p.
- Equipop, Fondation Jean-Jaurès, Amandine Clavaud, Lucie Daniel, Clara Dereudre, et Lola-Lou Zeller, *Droits des femmes: combattre le «backlash»*. *Recommandations pour la politique étrangère de la France*, Equipop / Fondation Jean-Jaurès, 2023, 52 p.
- Geiser, Elisa, Francesca Arena, Carole Clair, et Joëlle Schwarz, « Biais de genre dans la prise en charge médicale: que faire ? » *Revue médicale suisse*, vol. 20, no 880, 2024, pp. 1234-1237.
- Guth, Margot, Quentin Lade, Perrine Goussault, Carole Clair, Nathalie Pelletier-Fleury, et Joëlle Schwarz, « Comprendre les biais de genre dans le diagnostic, le traitement et la prise en charge en médecine », *Médecine/Sciences*, vol. 41, no 12, 2025, pp. 1031-1038.
- Lambert, Marion, Jonathan Lachal, Malika Mansouri, Rahmeth Radjack, et Marie-Rose Moro, « Syndrome méditerranéen et monde médical français: un préjugé raciste encore actif. Un parallèle avec l'article sur le « syndrome nord-africain » de Frantz Fanon ». *La Revue de Médecine Interne*, vol. 43, no 7, 2022, pp. 399-401.
- Meralli Ballou, Ange-Valérie, « Matrice coloniale de l'Aide publique au développement française ». *Santé Publique*, vol. 37, no 1, 2025, pp. 15-20.
- Memmi Machado, Sarah, Jeanne Fournier, Cina Gueye, Aurélie Gal-Régniez, Solenn Lorre, Elise Petitpas, Dominique Pobel, et Stevie Reine Yameogo, « La démocratie en santé: adopter une approche féministe pour lutter contre les oppressions sociales ». *Santé Publique*, vol. 37, no 1, 2025, pp. 37-41.
- Petruzzi, Marie, Arnaud Veïsse, Laure Wolmark, Claire Fessard, Laura Weinich, et Joseph Rustico (Comede), « Impact des violences de genre sur la santé des exilé(e)s. » *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, no 17-18, 2019, pp. 327-333.
- Pezeril, Charlotte, « De l'invisibilité au déni de l'intersectionnalité ». *Émulations*, nos 35-36, 2020, pp. 95-108.
- Pezeril, Charlotte, « Approches féministes des innovations médicales dans le champ du VIH/sida ». Dans *L'innovation en santé*, dirigé par Claudie Haxaire, Cyril Farnarier et Baptiste Moutaud, Presses universitaires de Rennes, 2018, pp. 77-95.
- Sow, Fatou, Émeline Fourment, et Anne Kwaschik. « Le livre des sciences est un livre ouvert ». *Critique internationale*, vol. 99, no 2, 2023, pp. 89-105.
- Tantet, Claire, Stéphanie Laudé, Ornella Milleliri, Salomé Boscher, Bettina Petit, Nicolas Vignier, et Anaïs Anthonioz, « Le dispositif Parcours: de l'exil à l'élan ». Dans *Vers l'empowerment en santé*, dirigé par Alice Desgrées du Loû et Aurélie Gosselin, ANRS | MIE, 2023, pp. 179-192.
- Zandberg, J., Rebecca Waller, Esben Visoki, et Ran Barzilay, "Association Between State-Level Access to Reproductive Care and Suicide Rates Among Women of Reproductive Age." *JAMA Psychiatry*, vol. 80, no 2, 2023, pp. 127-134.

MÉDIAS ET WEB

- Alliance féministe francophone, « Retrait des États-Unis des organisations internationales : les droits des femmes directement menacés ». Equipop, 9 janv. 2026, <https://equipop.org/retrait-des-etats-unis-des-organisations-internationales-les-droits-des-femmes-directement-menaces/>
- Baumes, Chloé. « Derrière la culture carabine, l'impunité médicale : Enquête sur les violences sexistes et sexuelles en santé ». Z : *Revue itinérante d'enquête et de critique sociale*, 2025/1 no 17, 2025, pp.40-43.
- Dionigi, Laurence , « Le cœur des femmes, les maladies cardiovasculaires mal prises en compte ». 50-50 Magazine, oct. 2021. <https://www.50-50magazine.fr/le-coeur-des-femmes-les-maladies-cardiovasculaires-mal-prises-en-compte/>
- Equipop, « L'autodéfense féministe gynécologique, un outil de résistance collective contre les Violences Gynécologiques et Obstétricales ». Equipop, 8 juil. 2025, <https://equipop.org/autodefense-feministe-gynecologique-vgo/>.
- Jusko, Suzanne, « Restreindre l'accès à l'IVG augmente le taux de suicide chez les femmes ». *Huffington Post*, 3 janv. 2023.
- Lorriaux, Aude, « Refus de soin, grossophobie, racisme : le cas de Naomi Musenga », *Slate*, 2018.
- Olympe de Gê, *Le Serment d'Augusta*, Podcast., <https://lesermentdaugusta.com/>
- Sans tabou et Alice Rocq, « groupe de parole de la Maison de quartier du Petit-Ivry », Vidéo, <https://vimeo.com/918599977>

OUTILS

- Association pour le soin queer et féministe (ASQF), *Racistomètre, détecter le racisme dans les espaces de soin, par l'Association pour le soin queer et féministe* (ASQF) https://www.asqf.care/_files/ugd/b582a9_8c48be4254ef4b629ec4238d720b1142.pdf
- CLASH (Lausanne). <https://www.clash-lausanne.ch/>
- CLIT asso, *Violenthospit'omètre* et brochures de prise en charge des victimes de VSS, <https://drive.google.com/drive/u/O/folders/1POZorevDZG7Ri18ChWvDsRChWgc0capO?>
- Ikambere, campagne *Savoir c'est pouvoir*, <https://ikambere.com/nos-outils-sante-sexuelle/>
- Observatoire féministe des violences médicales. *Racistomed : racisme envers les soignant-es*, <https://static1.squarespace.com/static/672de82efc7eff114898dd75/t/68dcf5153a3c156776857fa1/1759311125878/Racistomed++racisme+envers+les+soignant-es.pdf>
- Positive Sex Ed. <https://positivesexed.org/>

Financé par



**En mouvement(s)
pour l'égalité !**

Dakar • Paris
www.equipop.org