

FPS - 2020

FEMMES PRÉVOYANTES SOCIALISTES

ÉTUDE

*Une médecine sexiste ?
Le cas de la surmédicalisation
des femmes*



Femmes Prévoyantes Socialistes

www.femmesprevoyantes.be

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	3		
INTRODUCTION	5		
1. Les corps des femmes sous l'emprise d'une médecine sexiste ?	6	3. Des alternatives à la conception bio-médicale de la santé	23
1.1. La prétendue vulnérabilité des femmes	6	3.1. Le féminisme des années 70 : l'origine des alternatives	23
1.2. Les sciences et la médecine sont-elles neutres ?	7	3.2. Qu'est-ce que « l'auto-santé » ?	24
1.3. La santé des femmes en fait-elle de bonnes citoyennes ?	9		
1.4. La santé des femmes en fait-elle de bonnes mères ?	10		
1.5. Quelles sont les conséquences de l'appropriation du corps des femmes par la médecine ?	11	CONCLUSION	26
1.5.1. Des savoirs féminins perdus et écrasés par la médecine	11	1. Une médecine plus égalitaire	26
1.5.2. Le manque de connaissances des femmes sur le fonctionnement de leur corps	12	2. Comment diminuer la surmédicalisation ?	28
		3. Envie d'en savoir plus ?	30
2. Qu'est-ce que la surmédicalisation de l'existence des femmes ?	13		
2.1. La surmédicalisation : un phénomène de société	13	BIBLIOGRAPHIE	31
2.2. La surmédicalisation, tendances sociétales et focus socio-économique	13		
2.3. La surmédicalisation, d'un phénomène typiquement féminin à une lutte féministe	14		
2.3.1. Les menstruations ou un (en)jeu d'échecs	15		
2.3.2. La contraception ou un enjeu concret de (sur)médicalisation	16		
2.3.3. La ménopause : un constat médical qui change la perception du corps	18		
2.3.4. Les femmes : ces organes reproducteurs sur pattes	19		
2.3.5. La dépression	20		
2.3.6. Quand santé rime avec souci esthétique	21		

Anissa D'Ortenzio - Chargée d'Etudes

Secrétariat général des FPS

anissa.dortenzio@solidaris.be

Éditrice responsable : **Noémie Van Erps**

Place St-Jean, 1-2, 1000 Bruxelles

Tel : **02/515.04.01**

INTRODUCTION

« Les femmes n'ont pas tort du tout quand elles refusent les règles de vie qui sont introduites au monde, d'autant que ce sont les hommes qui les ont faites sans elles. »

Michel de Montaigne, *Les Essais* (1588).

NOTE DE LECTURE

Dans cette étude, nous utilisons le terme « femme » pour désigner l'ensemble des personnes nécessitant un suivi gynécologique, la prise de contraception féminine et vivant des états physiologiques spécifiques tels que la ménopause.

Nous partons ici d'une notion biomédicale binaire entre femmes et hommes en fonction du sexe auquel on tâchera d'ajouter ici l'impact du genre.

Bien avant les mouvements « Balance ton porc » et « Me Too », il y avait « Paye ta Shnek », « Paye ton Utérus », « Paye ton Gynéco » et d'autres hashtags diffusés et relayés à grande échelle sur les réseaux sociaux permettant de partager une déferlante de témoignages sur la réalité du vécu des femmes en Occident : agressions sexuelles, viols, violences gynécologiques et obstétricales¹, sexisme ordinaire, etc.

Ces nombreux témoignages sont les faces multiples d'un même problème : la permanence, dans tous les champs de la société, d'une « conception instrumentale du corps des femmes synonyme de dépossession² ». En effet, il s'agit de déposséder les femmes de leur corps, mais aussi de contrôler, sans considération des douleurs infligées, les deux seules capacités qu'on a bien accepté de reconnaître aux femmes : leur fonction reproductive et sexuelle³. Les femmes sont objectifiées⁴, malmenées et leurs corps sont dévalorisés tout en étant tenus de rester « à disposition » des autres.

La médecine et plus largement, le champ de la santé, sont des domaines révélateurs par excellence de ces mécanismes patriarcaux. N'est-ce pas la médecine qui est censée soigner nos corps blessés et nous rétablir ? Il suffit de décortiquer l'histoire de la médecine occidentale

depuis ses balbutiements pour comprendre que cette dernière n'est pas neutre et que les femmes sont loin d'y avoir eu une place de choix. Pire encore, cette médecine développée par et pour les hommes a encore aujourd'hui des incidences souvent dramatiques sur la santé des femmes. Le combat contre une médecine trop paternaliste n'est pas fini. Il est temps de faire bouger les lignes en prenant conscience tout d'abord des réalités vécues par les femmes. La surmédicalisation de ces dernières en est un exemple concret.

En tant que mouvement féministe actif notamment dans les domaines de la santé et des violences faites aux femmes et du sexisme ordinaire, les Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS) estiment nécessaire d'accorder un temps de réflexion à la question spécifique de la surmédicalisation qui peut concerner toutes les femmes. Quel que soit son parcours de vie, chaque citoyenne peut, à un moment ou à un autre de sa vie, être confrontée à une forme de surmédicalisation de son existence.

Cette étude décortiquera les conséquences négatives de la médecine institutionnelle pour les femmes au cours du temps. Connaître les origines et les conséquences de ce processus de médicalisation nous fait nous interroger sur ce que nous considérons comme la normalité et le

1. Voir COLARD Fanny, « C'est l'histoire d'une femme qui va chez le gynéco... Les violences obstétricales, des exceptions », *Analyse FPS*, 2019, <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2019/03/Analyse2019-Violences-obstetricales.pdf>; la brochure FPS « Quelques pistes pour optimiser la santé gynécologique : paroles de patientes », <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2018/11/Brochure-sante-gynecologique.pdf>

2. FROIDEVAUX-METTERIE Camille, « Quand les femmes ne seront plus définies par leurs corps », *Libération*, 17 septembre 2020, https://www.liberation.fr/debats/2020/09/17/quand-les-femmes-ne-seront-plus-definies-par-leurcorps_1799725

3. VIDAL Catherine, *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ?*, Paris, Belin, 2017

4. Les femmes sont vues comme des objets dont on peut disposer comme on l'entend selon certaines personnes considérées comme non-féministes. Cela s'observe également dans les publicités.

pathologique, sur les normes qui s'imposent aux femmes. Comment est définie la norme en santé ? Doit-on se conformer à celle-ci ? Quelles sont les limites ? À quoi ressemble une médecine sexiste ? Comment s'en prémunir ? Toutefois, il semble important de souligner que toutes les démarches médicales ne sont pas excessives, certains problèmes peuvent effectivement impacter la santé et nécessiter une réponse médicale.

Il est donc nécessaire de comprendre les causes de la médicalisation, si nous voulons agir efficacement contre la consommation inappropriée de certains médicaments au détriment d'approches plus préventives ou non-médicamenteuses. Cela passe par comprendre d'où vient ce phénomène mais également reprendre les revendications des féministes des années 70 à aujourd'hui pour le comprendre dans son entièreté.

1. Les corps des femmes sous l'emprise d'une médecine sexiste ?

1.1. La prétendue vulnérabilité des femmes

Dès l'Antiquité, la plupart des scientifiques ont longtemps considéré les femmes comme des êtres inférieurs⁵, irresponsables, fragiles, faibles, dérégées, incomplètes, bref comme le « sexe faible »⁶... Dans « la génération des animaux », le philosophe grec Aristote, décrit « la » femme comme étant « un homme mutilé », « un homme manqué », une croyance qui a beaucoup influencé l'histoire de la médecine occidentale pendant plusieurs siècles. Dans la même lignée, Hippocrate, médecin et philosophe de son époque, a d'ailleurs développé la « théorie des humeurs »⁷ dont découle l'idée des maladies liées à l'utérus qui se « promènerait » dans le corps⁸. Selon Coline Gineste⁹, éthicienne française, « aujourd'hui, ce ne sont plus les humeurs (quoique) mais les hormones qui expliqueraient tout ». Par conséquent, les femmes sont perçues comme ayant un fonctionnement biologique anormal.



« des êtres inférieurs, irresponsables, fragiles, dérégées, incomplètes »

La pensée médicale décrit alors des phénomènes biologiques périodiques (tels que les menstruations, les grossesses et les ménopauses) comme des maladies. Ces épisodes justifient une (sur)médicalisation¹⁰ pour remédier à la santé de ces « éternelles malades », en comparaison aux hommes¹¹.

5. *Ibid.*, EDELMAN Nicole, « Que fait le genre à la maladie ? », *Transtext(e)s Transcultures* 跨文本跨文化, 11, 2016 ; IMPARATO-PRIEUR Sylvie, « Les maladies féminines dans l'Espagne du XIXe siècle : spécificités et discours normatif », *Transtext(e)s Transcultures* 跨文本跨文化, 11, 2016 ; GATHON Marie, « Médecine: comment les préjugés masculins ont ruiné la santé des femmes », *Le Vif*, 14 novembre 2019, <https://www.levif.be/actualite/sante/medecine-comment-les-prejuges-masculins-ont-ruine-la-sante-des-femmes/article-normal-1216081.html>
6. Pour plus d'infos, voir : GINESTE Coline, *L'impact du sexisme sur la qualité des soins en gynécologie*. Mémoire de master en Ethique du soin et de la recherche. Université de Toulouse, 2017. ; VIDAL Catherine, *Femmes et santé...op.cit.*
7. GINESTE Coline, *Ibid.*
8. L'hystérie (cette « maladie » typiquement féminine) vient du mot utérus.
9. GINESTE Coline, *L'impact du sexisme...op.cit.*

10. La médicalisation de l'existence est le processus par lequel certains aspects de l'existence sont définis et traités comme des problèmes médicaux, voire des maladies.
11. Qui sont pris comme la norme de bonne santé.

La description du corps des femmes se fait par rapport au corps des hommes, ce dernier étant la norme, le standard attendu¹². Il est la référence en toute chose. Par exemple, le « vagin » vient du mot latin « vagina » qui signifie « fourreau » (comme le fourreau d'une épée en référence au pénis)¹³. L'organe génital de la femme est donc réduit à la seule pénétration, et est nommé en référence au corps des hommes¹⁴. Ainsi, la comparaison entre les hommes et les femmes est généralement à l'avantage de ces derniers - les femmes n'en restant qu'une pâle copie imparfaite.

1.2. Les sciences et la médecine sont-elles neutres ?

Tout d'abord, la médecine et les sciences « dures » de manière générale ne sont pas neutres et elles ne l'ont jamais été au cours de ces derniers siècles (comme ont pu l'être les sciences sociales)¹⁵.

En effet, l'idée que la science serait un savoir objectif, universel, absolu, est bien illusoire, comme le souligne judicieusement Coline Gineste : « si les lois de la nature existent, la prise que nous avons sur elles est partielle, intéressée, contextualisée, orientée vers des intérêts concrets, et parfois même nous faisons passer pour vrai ce qui ne l'est pas²⁰ ». De nombreux exemples dans l'Histoire des Sciences et de la médecine en attestent : l'hystérie pour les femmes, « l'hystéroneurasthénie »²¹, une forme d'hystérie pour les juives-ifs vivant dans des ghettos ou encore l'homosexualité, considérée comme un « trouble du comportement sexuel » jusqu'en 1981²². La manière dont se construit la médecine et les processus médicaux tels que la médicalisation de l'existence ne sont historiquement pas

Dès lors, toute manifestation corporelle dont on ne peut donner un comparatif masculin (l'utérus par exemple) est considérée comme « une preuve de déviance ou d'erreur »¹⁵ et par-dessus tout, comme des dérèglements par rapport à un supposé « état naturel »¹⁶. Selon Catherine Markstein et Ariane Rixout¹⁷, toutes deux médecins, beaucoup de femmes aujourd'hui s'identifient à cette idéologie. La médecine moderne devient alors le moyen qui va les libérer de leurs corps, « de ce corps qu'on leur présente constamment comme invalide, toujours imparfait et inachevé »¹⁸.

neutres à partir du moment où ce sont des chercheuses-eurs, c'est-à-dire des humains qui ont grandi avec un ensemble de normes, de représentations sociales, et de stéréotypes en tête, qui produisent ces connaissances médicales²⁸. De plus, les scientifiques et les médecins se trouvent être à la fois objet et sujet de ces recherches. Ces recherches et ces savoirs sont d'ailleurs en perpétuelle construction (prouver des hypothèses, développer de contreétudes, découvrir de nouvelles données à prendre en compte, etc.).

À partir de ces premiers constats, il semble évident que la science et la médecine sont aussi influencées par les différentes sociétés (leurs normes, leurs représentations sociales) dans lesquelles elles se développent mais également par les différentes époques de l'Histoire qui dessinent leurs contours. En effet, les changements des représentations sociales au cours du temps influencent les recherches médicales sur les corps des femmes.

12. IMPARATO-PRIEUR Sylvie, « Les maladies féminines dans l'Espagne du XIXe... », *op.cit.* ; VIDAL Catherine, *Femmes et santé...op.cit.* ; CAPIAUX Isabelle, « La ménopause, une construction socioculturelle ? », *Femmes Plurielles*, 2019, <https://www.femmes-plurielles.be/la-menopause-une-construction-socioculturelle/> ; GOEPPER Sibylle et ROMANET Emmanuelle, « Le genre de la maladie : pratiques, discours, textes et représentations », *Transtext(e)s Transcultures* 跨文本跨文化, 11, 2016.
13. LALMAN Lara, « L'institution violente de la médecine », *Analyse Corps Ecrits ASBL*, 2019, <https://www.corps-ecrits.be/download/linstitution-violente-de-la-medecine2/?wpdmdl=2871&refresh=5f71c3799dafd1601291129>
14. LALMAN Lara, « L'institution violente de la médecine », *op.cit.*
15. GATHON Marie, « Médecine: comment les préjugés masculins... », *op.cit.*
16. IMPARATO-PRIEUR Sylvie, « Les maladies féminines dans l'Espagne du XIXe... », *op.cit.* ; CAPIAUX Isabelle, « La ménopause, une construction socioculturelle ? », *op.cit.*
17. MARKSTEIN Catherine et RIXOUT Ariane, « Genre, féminisme et pratiques médicales », *Revue Politique*, n°101, 2017.

18. *Ibid.*
19. VIDAL Catherine, *Femmes et santé...op.cit.* ; EDELMAN Nicole, « Que fait le genre à la maladie ? », *op.cit.* ; GINESTE Coline, *L'impact du sexisme...op.cit.*
20. GINESTE Coline, *Ibid.*
21. EDELMAN Nicole, 2016: « Charcot définit une pathologie spécifique des juifs qui seraient atteints de d'hystéroneurasthénie ». Il constate en effet que les juifs, pourchassés, vivent souvent dans des ghettos, qu'ils se marient entre eux et que la consanguinité provoque donc une accumulation des influences héréditaires. Or l'hystérie étant, selon lui, une maladie héréditaire, tout comme la neurasthénie, et un des symptômes de l'hystérie étant l'errance, ces juifs sont malades... »
22. EDELMAN Nicole, « Que fait le genre à la maladie ? », *op.cit.*
28. EDELMAN, *Ibid.* ; VIDAL Catherine, *Femmes et santé...op.cit.* ; GINESTE Coline, *L'impact du sexisme...op.cit.*

L'hystérie

En 1806, le «Traité des maladies nerveuses ou vapeurs» du médecin Jean-Baptiste de LouyerVillermay²³ (1775-1837) définit l'hystérie comme « une névrose génitale de la femme ». Selon lui, cette lésion du système nerveux utérin s'explique par des besoins sexuels inassouvis ou le désir du corps d'enfanter. Cette conception médicale du « mal de mère » ou de la « toute puissance » des organes sexuels se lit à la fois comme un véritable plaidoyer du mariage et de la procréation (auquel le Code Civil de l'époque incitait vivement) sous couvert de la bonne santé des femmes, pour les « guérir »²⁴. L'hystérie est également un « diagnostic fourre-tout et moralisateur » qui permet aux médecins de l'époque de combler leurs lacunes lorsqu'ils n'avaient pas d'explications ou que les femmes revenaient les voir pour contredire leurs avis²⁵.

Cette pseudo-maladie est restée dans la classification du manuel officiel de la psychiatrie jusqu'à la fin des années 1980²⁶. Aujourd'hui, les psychanalystes conservent encore cette classification. L'insulte « hystérique » existe encore pour qualifier ces femmes, victimes de leurs humeurs démesurées, irrationnelles et donc pas entendables²⁷... Particulièrement pour les féministes qui sont vues, par certain·e·s, comme des folles ou des « hystériques extrémistes »...

23. À noter que l'hystérie avait déjà été pensé par Hippocrate considérant que « l'utérus se déplaçait dans tout le corps de la femme ». Freud a également repris l'hystérie, la conceptualisant comme un trouble venant d'un fantasme de séduction qui a abouti à un traumatisme psychologique...

24. *Ibid.*

25. GATHON Marie, « Médecine: comment les préjugés masculins... », *op.cit.*

26. EDELMAN Nicole, « Que fait le genre à la maladie ? », *op.cit.*

27. EDELMAN Nicole, « Que fait le genre à la maladie ? », *op.cit.*

Cependant, la médecine influence également le reste de la société car elle possède le pouvoir de définir les normes de ce qui est sain ou non, malade ou en bonne santé, normal ou anormal, féminin ou masculin²⁹ et donc, d'assigner des étiquettes aux personnes et à leurs comportements, pouvant ainsi influencer la manière dont la société les perçoit et les traite. De plus, les médecins ont le pouvoir de se justifier par des raisons « naturelles », des « faits » soi-disant biologiques et qui sont par conséquent, quasiment non-modifiables³⁰. Cette influence indéniable de la médecine a progressivement détrôné celle de la religion dans les sociétés. Toutefois, la médecine a malheureusement été souvent instrumentalisée par la politique et la religion. De plus, elle a activement participé à la surveillance et au contrôle politique et/ou moral des différents cycles de la vie des femmes³¹. Michel Foucault, un philosophe français, définit ces stratégies de pouvoir comme un

« biopouvoir »³². Il s'agit des discours scientifiques et des normes de santé que la médecine préconise mais qui revêtent en fait un caractère arbitraire³³. Les normes de santé et d'hygiène, qui sont supposées objectives, sont en fait des normes sociales subjectives qui influencent la définition et le traitement de certaines « pathologies »³⁴.

Finalement, ces stratégies de pouvoir et la position reconnue de la médecine participent à la justification d'inégalités sociales, économiques, culturelles ou politiques³⁵. Depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours, il s'est trouvé des médecins qui ont justifié les inégalités entre les sexes et confirmé le caractère « naturel » et « incontournable » de la hiérarchie sexuelle, au profit des hommes blancs en fonction des enjeux politiques, économiques, et/ou socio-culturels³⁶.

1.3.

La santé des femmes en fait-elle de bonnes citoyennes ?

Prenons comme exemple le siècle des Lumières qui a notamment mis sur la table vers 1789, la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen certes, mais pas ceux de la femme. La recherche scientifique de l'époque encourage les médecins, les philosophes et autres intellectuels³⁷ de l'époque à considérer les femmes comme fragiles et incapables de se contrôler. L'invention de la « nature féminine » à l'époque produit de nombreux débats sur ce qu'est « la femme ». Les conclusions sont que la femme est « inapte aux méditations hautes et aux conceptions sérieuses et interdit tout effort intellectuel et physique » selon Jean Pierre André Amar, un député de la convention le 30 octobre 1793³⁸. Par conséquent, on peut lire dans le Code de Napoléon en 1804, à l'article 1124, que sont « privés de droits juridiques : les mineurs, les femmes

mariées, les criminels et les débiles mentaux »³⁹. Enfin, la domination masculine s'est installée de plus en plus en érigeant les savoirs médicaux de chaque époque comme des justifications successives de l'inaptitude des femmes à faire quoi que ce soit d'autres que la procréation ou les charges domestiques.

« privés de droits juridiques : les mineurs, les femmes mariées, les criminels et les débiles mentaux »



29. GINESTE Coline, *Ibid.*

30. EDELMAN Nicole, « Que fait le genre à la maladie ? », *op.cit.*

31. MARKSTEIN Catherine et RIXOUT Ariane, « Genre, féminisme et pratiques médicales », *op.cit.*; EQUETER Charline et ROUCLOUX Clémentine, « La crise de la pilule », *Analyse Corps Ecrits ASBL*, 2019.

32. FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Editions Gallimard, collection tel, 1976.

33. *Ibid.*

34. FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, *op.cit.*

35. *Ibid.*

36. GOEPPER Sibylle et ROMANET Emmanuelle, « Le genre de la maladie... » *op.cit.*

37. Nous n'utilisons pas l'écriture inclusive pour ce terme dans ce contexte-ci car à l'époque, seuls les hommes intellectuels disposaient d'un espace pour s'exprimer.

38. VIDAL Catherine, *Femmes et santé... » op.cit.*

39. *Ibid.*

1.4. La santé des femmes en fait-elle de bonnes mères ?

Comme nous venons de le voir, les discours médicaux ont longtemps confirmé que les femmes sont inaptes à tout effort physique ou intellectuel contrairement aux hommes, mais elles sont toutefois reconnues dans leur fonction de procréatrices. Cette hiérarchie médicale et politique des sexes impose une division sexuée de la sphère publique et de la sphère privée, reconnue comme l'espace privilégié des femmes c'est-à-dire un espace sédentaire, acculé des tâches domestiques et des soins attribués aux enfants⁴⁰. Par conséquent, les rôles d'épouses et de mères (ou « d'anges du foyer⁴¹ ») sont les seuls rôles qu'on leur accorde.

Parallèlement, on remarque un processus de médicalisation progressive de la société qui, dès le 19^{ème} siècle, pousse au développement d'une pensée hygiéniste généralisée⁴² à l'ensemble de la population. Ainsi, pour la première fois, la santé de chaque citoyen·ne devient l'objet d'une véritable préoccupation politique⁴³. Toutefois, la santé des femmes n'est considérée qu'à partir de ce qu'elles peuvent « offrir » à la société : de nombreux enfants robustes et en bonne santé⁴⁴.

Par conséquent, la santé des femmes importe car « un corps sain est un corps bien réglé dans ses menstruations comme dans ses grossesses »⁴⁵ et surtout, garantit à la société la croissance et le renouvellement de sa population (particulièrement intéressant en temps de crise).

Après la Première Guerre mondiale, la Belgique met en place une politique nataliste où les « utérus sur pattes » sont primordiaux. Pour ne pas les déconcentrer de cet objectif, le plat pays freine et punit l'avortement, la contraception mais aussi dévalorise la poursuite des études ou du travail pour les femmes⁴⁶.

Concrètement, le Code pénal interdit en 1923 toutes les publicités et moyens d'informations sur les contraceptions existantes⁴⁷... Selon Laudine Lahaye, chargée d'études chez les FPS, ce phénomène continue d'exister mais dans une moindre mesure : « en Allemagne par exemple, où le taux de natalité est faible, l'État tente de favoriser hautement l'implication des femmes dans la sphère familiale. Si elles continuent de travailler même en ayant eu un enfant, elles sont jugées indignes et discréditées en étant appelées des 'mères corbeaux' (des mauvaises mères) en opposition aux 'mères poules' »⁴⁸.



« la santé des femmes n'est considérée qu'à partir de ce qu'elles peuvent « offrir » à la société : de nombreux enfants robustes et en bonne santé »

40. Ibid.

41. Selon IMPARATO-PRIEUR Sylvie, c'est une expression reprenant l'image de la ménagère parfaite et parfaitement à sa place, diffusée largement dès le 19^{ème} siècle.

42. L'hygiénisme est une démarche qui veut modifier l'environnement humain afin d'améliorer la santé de toute la population. Il s'agit par exemple de traiter et d'évacuer les déchets et les excréments pour que la population ne tombe pas malade.

43. IMPARATO-PRIEUR Sylvie, « Les maladies féminines dans l'Espagne du XIX^e... », *op.cit.*

44. Ibid.

45. DUCHESNE Caroline, « Claudine Sagaert, Histoire de la laideur féminine », *Les comptes rendus*, 09 juillet 2015, <http://lectures.revues.org/18607>

46. LAHAYE Laudine, « Politiques familiales et égalité femmes-hommes font-elles bon ménage ? », *Étude FPS*, 2020, https://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2020/02/Etude_Politiques-familiales_web.pdf

47. Ibid.

48. Ibid.

Les discours évoluent donc au fil du temps : leur fonction unique de procréatrice n'est plus vue comme une fonction naturelle mais comme une véritable fonction sociale et économique inscrite dans un projet politique de la santé⁴⁹. La sphère familiale n'est dès lors plus un espace de l'ordre de l'intime mais un espace social investigué par le pouvoir politique⁵⁰. Dans ces circonstances, les médecins n'hésitent pas à relayer la nouvelle « utilité » des femmes ou plutôt de leur utérus. Il existe une multitude d'exemples où des médecins, des pédagogues, et des scientifiques auront pour mission d'éduquer les femmes à être de « bonnes mères »⁵¹. À l'école, les jeunes filles ont longtemps appris à maîtriser la

couture et la cuisine à la place des mathématiques ou des sciences par exemple⁵².

Ainsi, l'instrumentalisation des corps des femmes continue – mais au nom du bien commun, au service de la société. Caroline Duschene, chercheuse belge en sociologie, souligne judicieusement que « c'est toute l'ambivalence de ce discours pseudo-scientifique qui d'un côté exclut les femmes de l'espace public en glorifiant leur place au sein du ménage et de l'autre jette les bases des futures politiques de santé publique en contribuant à la connaissance de leurs pathologies propres »⁵³.

1.5. Quelles sont les conséquences de l'approbation du corps des femmes par la médecine ?

La perception des femmes, de leur corps et de leur esprit par la médecine a souvent amené à des conclusions sexistes, au profit des hommes des différentes époques. Ce phénomène a engendré trois conséquences que nous allons explorer ensemble : la perte des savoirs médicaux développés par les femmes, le manque de connaissance des femmes sur leur propre corps, les réponses proposées par des militantes féministes pour se réapproprier leur corps et la connaissance de celui-ci.

1.5.1. Des savoirs féminins perdus et écrasés par la médecine

L'enjeu d'être détenteur·rice des savoirs relatifs au fonctionnement du corps des femmes relève d'une triple tension :

1. entre les riches et les pauvres,
2. la légitimité des savoirs populaires et des savoirs académiques,
3. entre les femmes et les hommes⁵⁴.

Avant le 16^{ème} siècle, les femmes possédaient des connaissances médicales et empiriques ainsi que des compétences aux soins à administrer qui étaient

considérées comme un savoir populaire faisant la force de la paysannerie⁵⁵. Bien que le champ médical des guérisseuses ne s'étendait généralement pas plus loin que la communauté locale, l'expertise des femmes sur leur propre corps était reconnue par leurs pairs et transmis au sein d'un réseau mutuel de femmes, qu'elles soient parentes, voisines ou amies⁵⁶.

Toutefois, dans un contexte de jeux de pouvoirs, cette expertise laïque des femmes pour les femmes, a progressivement été écrasée par l'essor de la médecine et par une croisade du clergé contre les savoirs populaires (jugés trop obscurs pour la religion). L'apparition des facultés de médecine au 18^{ème} siècle – accessibles uniquement aux hommes – permet à ces derniers de légitimer leurs savoirs médicaux à partir

49. LAHAYE Laudine, « Politiques familiales et égalité femmes-hommes font-elles bon ménage ? », *op.cit.*; IMPARATO-PRIEUR Sylvie, « Les maladies féminines dans l'Espagne du XIX^e... », *op.cit.*; EDELMAN Nicole, « Que fait le genre à la maladie ? », *op.cit.*

50. IMPARATO-PRIEUR Sylvie, *Ibid.*

51. Pour la première fois, on reconnaît ici qu'être une bonne mère n'est pas naturel et inscrit dans l'ADN des femmes !

52. LAHAYE Laudine, « Politiques familiales et égalité femmes-hommes font-elles bon ménage ? », *op.cit.*

53. DUCHESNE Caroline, « Claudine Sagaert, Histoire de la laideur féminine », *op.cit.*

54. FEDERICI Silvia, *Caliban et la sorcière*, Entremonde coll. La Rupture, 2014.

55. LALMAN Lara, « L'auto-santé: pratiques et savoirs de femmes », *Analyse Corps Ecrits ASBL*, 2013, <https://www.corps-ecrits.be/download/lauto-sante-pratiques-et-savoirs-de-femmes/?wpdmdl=1341&refresh=5f71a1acd46e01601282476> ; MARKSTEIN Catherine et RIXOUT Ariane, « Genre, féminisme et pratiques médicales », *op.cit.*

56. Ibid.

d'une éducation « formelle ». Cette forme d'apprentissage académique renforce la définition d'une profession d'élite, exclusive et excluante, au détriment des savoirs populaires féminins. Les facultés et les « futurs » médecins, pauvres en connaissances scientifiques à cette époque, préfèrent donc s'appuyer sur des textes de l'Antiquité (théorie des humeurs, utérus voyageant dans tout le corps, etc.) plutôt que sur les savoirs contemporains produits par des femmes populaires de leur époque. Dans ce contexte, privilégier certaines références médicales plutôt que d'autres confirme un choix stratégique d'affirmation des différences de sexes, au profit des hommes⁵⁷. De plus, ces derniers s'approprient le contrôle des naissances, brisent les réseaux de solidarité entre les femmes, ce qui permet d'étendre leur pouvoir⁵⁸. Ainsi, l'objectif est double : séparer les femmes pour pouvoir mieux les contrôler⁵⁹ et les assigner à un nouveau paradigme : le corps masculin est le seul modèle d'une bonne santé⁶⁰.

Ces stratégies passées – aux fondements d'une médecine sexiste – connaissent des effets encore très actuels sur les femmes d'aujourd'hui. En effet, les siècles d'exclusion des femmes du monde scientifique ont abouti à un système de soins de santé créé par des hommes pour des hommes⁶¹. Dans cette perspective se dessine une relation inégalitaire entre la-le médecin-expert-e de la santé et la-le patient-e, perdu-e dans les manifestations physiologiques de son corps⁶².

1.5.2.

Le manque de connaissances des femmes sur le fonctionnement de leur corps

Ne connaissant pas très bien leur corps, certaines femmes peuvent être fort influencées par des perceptions erronées et négatives sur celui-ci. Comme nous venons de le voir, les savoirs des femmes sur leur propre corps se sont étioyés

au fil du temps en faveur d'une progressive certitude que seul-e-s les professionnel-le-s de la santé savent s'en occuper mieux qu'elles⁶³. Par conséquent, il peut arriver que certaines femmes aient du mal à reconnaître des indices d'un symptôme important qui appellerait à une consultation médicale. Lorsque les professionnel-le-s de la santé examinent leur corps, elles ne savent pas ce qu'elles-ils font et n'osent pas poser de questions⁶⁴. Elles ne savent pas non plus comment prévenir certaines maladies féminines⁶⁵.

Chez certaines femmes, il en résulte une impression d'incompétence, un manque de confiance voire un sentiment d'infériorité car elles n'arrivent pas à exprimer clairement leurs besoins et leurs attentes et de demander des éclaircissements aux professionnel-le-s⁶⁶. Cette approche de la santé des femmes concourt à les maintenir dans un état de passivité et de dépendance car elles s'en remettent exclusivement aux médecins et aux médicaments pour préserver leur santé⁶⁷. Ce manque de savoirs pousse à consulter davantage, même quand cela n'est pas nécessaire : il n'est par exemple pas obligatoire de consulter un-e gynécologue l'année de la « perte de virginité » si on n'a pas de symptômes « alarmants »⁶⁸ – mais encore faut-il savoir les reconnaître...

Finalement, ces processus permettent – toujours plus – de s'approprier le monopole de la santé des femmes, d'en prendre le contrôle. Selon Coline Gineste, la stratégie est de déresponsabiliser les femmes et les déposséder de leurs corps pour mieux les surveiller.

Dans ces conditions, comment les femmes peuvent-elles assurer et défendre leur santé ?

57. DORLIN Elsa, *La matrice de la race*, Paris, La Découverte, 2009.

58. MARKSTEIN Catherine et RIXOUT Ariane, « Genre, féminisme et pratiques médicales », *op.cit.*

59. *Ibid.*

60. DORLIN Elsa, *La matrice de la race*, *op.cit.*

61. GATHON Marie, « Médecine: comment les préjugés masculins... », *op.cit.*

62. HIBO Sarah et al., « La santé des femmes. Etat des lieux et pistes pour l'avenir », *Une étude des Femmes Prévoyantes Socialistes, en collaboration avec la Fédération des Centres de Planning Familial des FPS et Solidarité - Mutualité Socialiste*, 2014, <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/03/Etude2014-sante-desfemmes.pdf>

63. RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (RSQAF), « La médicalisation croissante. Où s'en va la prévention en santé publique ? », http://rqasf.qc.ca/files/3.1.2.medicalisation_croiss_0.pdf ; GINESTE Coline, *L'impact du sexisme... op.cit.*

64. RSQAF, *Ibid.*

65. *Ibid.*

66. *Ibid.* ; LALMAN Lara, « L'auto-santé: pratiques et savoirs de femmes », *op.cit.*

67. RSQAF, « La médicalisation croissante... », *op.cit.* ; GINESTE Coline, *L'impact du sexisme... op.cit.*

68. GINESTE Coline, *L'impact du sexisme... op.cit.*

2. Qu'est-ce que la surmédicalisation de l'existence des femmes?

2.1.

La surmédicalisation : un phénomène de société

Commençons d'abord par une définition générale de la médicalisation excessive de l'existence : elle peut se définir comme étant « le processus par lequel des problèmes non médicaux, principalement sociaux, ou bien certains aspects de l'existence sont définis et traités comme des problèmes médicaux, voire des maladies »⁶⁹. Ainsi, de plus en plus d'aspects de la vie sont médicalisés tels que la naissance, l'adolescence, les menstruations, la ménopause⁷⁰ mais aussi des problèmes sexuels, de chute de cheveux, d'insomnie, de stress, de déprime, de timidité... La médecine et la psychiatrie participent activement à traiter tous ces

événements de la vie, avec un encadrement médical et avec des médicaments⁷¹, et à faire respecter des normes à chaque étape de l'existence sous peine d'être perçue comme défaillant-e, malade⁷². Cette surmédicalisation est parfois réduite à la surconsommation de médicaments mais il s'agit d'un phénomène plus large qui s'institue au détriment d'approches plus préventives ou non-médicamenteuses. Pour illustrer ce phénomène, nous prendrons, dans cette étude, des exemples concrets tels que la vie reproductive et sexuelle des femmes ou encore leur santé mentale.

2.2.

La surmédicalisation, tendances sociétales et focus socio-économique

Selon de nombreux chercheuses-eurs, on peut expliquer la surmédicalisation par plusieurs évolutions de notre société. Il y a le déclin de la religion au profit d'une foi inébranlable dans la science qui serait neutre et inattaquable, allant de pair avec le prestige de la profession médicale. De plus, notre société est devenue une société de (sur)consommation de manière générale dans laquelle l'individualisme est croissant alors que les liens sociaux semblent s'affaiblir⁷³. Dans un monde où le capitalisme

régne, la compétition et la performance s'imposent dans nos professions et dans nos corps⁷⁴. Dans ce contexte, le corps « usé », la faiblesse, le manque de contrôle de soi⁷⁵ et l'exclusion du monde productif sont alors dévalorisés⁷⁶. Pour rester constamment productif, le recours aux psychotropes (calmants, somnifères, antidépresseurs, etc.) demeure un moyen de rester dans la course pour beaucoup⁷⁷ et particulièrement pour les personnes dont le revenu est faible. Concrètement, une enquête de Solidarité⁷⁸

69. WAGGONER Miranda et STULTS Cheryl, « Gender and Medicalization », *Sociologists for Women in Society Fact Sheet*, printemps 2010, https://socwomen.org/wp-content/uploads/2018/03/fact_4-2010-medicalization.pdf

70. SUISSA Amnon Jacob, « Addictions et pathologisation de l'existence : aspects psychosociaux », *Psychotropes*, Vol. 14, p. 61-80, 2008.

71. HINTERMEYER Pascal, LE BRETON David & THIEL Marie-Jo, « Ethique et santé : jusqu'où médicaliser ? », *Revue des sciences sociales*, n° 39, Université m. bloch. http://www.e-leclerc.com/espace+culturel/produit/revue-dessciences-sociales-n-39,28241224/#onglet_fiche_detaille

72. COLLIN Johanne et SUISSA Amnon Jacob, « Les multiples facettes de la médicalisation du social », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 2007, p. 26. <http://id.erudit.org/iderudit/016048ar>

73. SUISSA Amnon Jacob, « Addictions et pathologisation de l'existence : aspects psychosociaux », *op.cit.*

74. GORI Roland, « La surmédicalisation de l'existence est un désaveu du souci de soi », *Champ psy* (n° 42), 2015, p. 55-83.

75. Nous verrons par la suite que c'est justement ce que l'on reproche aux femmes d'être : faible, de ne pas être capables de contrôler ses émotions et ses menstruations, d'être longtemps et délibérément isolée de la sphère de production.

76. COLLIN Johanne, « Médicament et vieillesse : trois cas de figure », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n° 2, 2003, p. 119-138.

77. *Ibid.*

78. SOLIDARIS, « Vous, vos médicaments et votre pharmacien », Grande enquête Solidarité/Multipharma, 2018, <https://www.institut-solidaris.be/index.php/enquete-medicaments-multipharma/>

a mis en évidence que la-le patient-e a peur d'être en congé maladie trop longtemps étant donné la précarité du marché de l'emploi, des conditions de travail et/ou du niveau d'endettement personnel. En conséquence, la-le patient-e préfère consommer plus de médicaments pour rester active-tif au lieu de prendre le temps de se reposer pour guérir. Plus le revenu est faible et plus ce constat est flagrant⁷⁹. Cette réalité touche particulièrement les

femmes qui sont généralement moins bien rémunérées que les hommes, surreprésentées dans les temps partiels et qui, dans un même temps, sont davantage à la tête d'une famille monoparentale. Au vu de leur statut économique et familial, de nombreuses femmes ne peuvent se « permettre » un congé maladie. En conséquence, elles risquent de se tourner vers les médicaments pour rester actives dans la sphère professionnelle et familiale.

2.3. La surmédicalisation, d'un phénomène typiquement féminin à une lutte féministe

« les menstruations sont une maladie »



Shainwald ajoute : « À chaque époque de l'histoire et à chaque phase de la vie des femmes, les médecins ont cherché à contrôler ou à intervenir dans les fonctions de reproduction des femmes. Les fonctions sont devenues des symptômes, et les symptômes sont devenus des maladies. Les changements de niveaux hormonaux sont devenus des carences⁸⁵ ».

Ainsi, pathologiser et médicaliser de manière aussi intensive permet de démontrer que le corps des femmes et leurs fonctions corporelles normales sont en fait vu-e-s comme fragiles, faibles et que celles-ci ne savent pas les contrôler. Autrement dit, « Depuis des siècles, le corps de la femme est considéré comme un réservoir d'irrégularités et d'anomalies nécessitant d'être normalisées ce qui rend un traitement et une observation indispensables »⁸⁶.

Ainsi, il est intéressant de prendre trois illustrations concrètes : les menstruations, la contraception (la pilule), et la ménopause. À noter que cette étude ne se veut pas exhaustive de toutes les situations de surmédicalisation⁸⁷. L'objectif principal est de d'analyser ce phénomène et d'en comprendre ses origines afin d'y remédier via des revendications et des recommandations.

La vie des femmes est rythmée par différentes étapes physiologiques et symboliques, construites étroitement par la médecine et les représentations sociales et culturelles⁸⁰. Sybil Shainwald, avocate et militante des droits des femmes en matière de santé remarque : « Selon le modèle médical occidental, le syndrome prémenstruel est une maladie, les menstruations sont une maladie, la grossesse est une maladie, l'accouchement est une maladie et la ménopause est une maladie. De ce modèle, je suis arrivée à la conclusion qu'être une femme est une maladie. Nous sommes empoisonnées par les prescriptions ou hystérectomisées⁸¹, comme le sont 685 000 femmes chaque année aux mains du corps médical »⁸². Nous remarquons en effet une pathologisation⁸³ (définir un aspect de la vie comme une pathologie, une maladie à guérir) des étapes de la vie des femmes qui, pathologie après pathologie, justifie une médicalisation continue de leur vie (c'est-à-dire consulter des médecins et devoir prendre des médicaments à chaque fois) et surtout un contrôle, une surveillance soutenue de leurs droits reproductifs et sexuels⁸⁴. Sybil

79. 40 % des sondés sont vraiment d'accord avec l'affirmation « Lorsque je suis malade, je ressens vraiment une pression c'est-à-dire qu'il ne faut pas que je sois en arrêt maladie pour éviter d'être licencié(e), et donc c'est plus facile de consommer des médicaments que de prendre vraiment le temps de se reposer pour guérir ». Ce chiffre s'élève à 45% pour les personnes appartenant à la catégorie « populaire » contre 22 % pour les personnes appartenant à la catégorie « supérieure ».

80. CAPIAUX Isabelle, « La ménopause, une construction socioculturelle ? », *op.cit.*

81. L'hystérectomie est une opération chirurgicale qui consiste à enlever partiellement ou totalement l'utérus.

82. SHAINWALD Sybil, « The medicalization of Women », *Women's Health Advocate*, <https://www.womenshealthadvocate.org/articles/the-medicalization-of-women/>

83. WAGGONER Miranda et STULTS Cheryl, « Gender and Medicalization », *op.cit.*

84. GINESTE Coline, L'impact du sexisme...*op.cit.*

85. SHAINWALD Sybil, « The medicalization of Women », *op.cit.*

86. LOWY Ilana, *l'emprise du genre*, Paris, La dispute, 2006

87. Il existe de nombreux autres exemples tels que la grossesse et l'avalanche des tests médicaux, l'accouchement et les épisiotomies abusives, etc. Pour en savoir plus : COLARD Fanny, « C'est l'histoire d'une femme qui va chez le gynéco... Les violences obstétricales, des exceptions ? », *Analyse FPS*, 2019.

T'as tes règles ou quoi ?!

2.3.1.

Les menstruations ou un (en)jeu d'échecs

Les menstruations⁸⁸ ont longtemps été perçues comme une maladie, bien qu'elles soient jugées comme étant naturelles. Cela peut paraître surprenant : les femmes seraient donc les seules à être naturellement malades ?⁸⁹ La connotation négative des règles apparaît dans le discours médical à la fin du 19ème siècle, avec l'aide des hypothèses médicales erronées, la religion et le contexte misogyne de l'époque, propice à appuyer l'image d'une « éternelle malade », soumise à « son destin biologique »⁹⁰.

Le livre du Docteur Séverin Icard en 1890 a participé activement à appréhender les menstruations comme relevant davantage d'un état pathologique que d'un phénomène physiologique périodique⁹¹. À partir de références telles que la Bible, ce pédiatre explique que le sang menstruel évacué est très toxique. En conséquence, les organes génitaux des femmes s'en verraient déséquilibrés à chaque cycle, et dans un « élan de sympathie menstruelle », les femmes perdraient le contrôle et deviennent aliénées. Son livre reçut tous les honneurs et devint lui-même un argument d'autorité en Europe, influençant la recherche si bien qu'en 1984, le syndrome prémenstruel fut reconnu comme circonstance atténuante de certains délits au Royaume-Uni. Pourtant, dès 1914, une chercheuse américaine, Leta Stetter Hollingworth, prouve à partir de plusieurs études cliniques et statistiques sur les hommes et les femmes que l'hypothèse d'Icard est erronée. Bien qu'elle ait montré qu'il n'existe aucune preuve empirique à la diminution des capacités cognitives des femmes lors de leurs menstruations, l'hypothèse infondée d'Icard d'une femme réglée incontrôlable, malheureusement couronnée de succès à son époque, s'est transformée en stéréotype persistant dans la nôtre : « T'as tes règles ou quoi (que tu réagis comme ça)?! ».

88. Pour en savoir plus, voir le dossier sur les menstruations : <https://www.femmes-plurielles.be/dossier/fragnagnas>

89. IMPARATO-PRIEUR Sylvie, « Les maladies féminines dans l'Espagne du XIXe... », *op.cit.*

90. LAHAYE Laudine, « Le tabou des règles: un moyen efficace de contrôler le corps des femmes », *Analyse FPS*, 2018, <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2018/11/Analyse2018-tabou-des-regles.pdf>

91. Pour plus de détails : GINESTE Coline, L'impact du sexisme sur la qualité des soins en gynécologie, *op.cit.*

92. MARTIN Emily, « The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles », *Signs*, 1991.

Il ne faut pas remonter bien loin dans le temps pour trouver d'autres illustrations de la perception négative des règles et de manière plus générale, de la dépréciation du corps des femmes. En 1991, l'anthropologue Emily Martin analyse les discours scientifiques sur la procréation humaine à partir des ouvrages de biologie utilisés dans l'enseignement général et supérieur de la médecine⁹². Les descriptions des physiologies féminines et masculines ne sont pas similaires. Quand on aborde le cycle menstruel des femmes, les ouvrages commencent par décrire la maturation d'un ovule et le développement de son environnement « chaleureux » pour se préparer à la fécondation. Les menstruations arrivant dans le cycle, elles sont toujours décrites comme un échec du cycle. À l'inverse, la description du cycle masculin souligne la production importante des millions de spermatozoïdes. Cette manière de présenter le cycle menstruel en appelle à une impression de « production ratée », le gaspillage d'ovules déjà limités en nombre alors que l'homme, lui, produit des spermatozoïdes en quantité. Or, quand une femme perd un ovule par mois, combien de spermatozoïdes sont « morts » ou « expulsés à perte » sur la même période par les hommes ? La réponse ne se trouve pas dans ces ouvrages. La science n'interprète donc pas de la même manière les fonctionnements féminins et masculins qui ont pourtant des similitudes à bien des égards. Par conséquent, le cycle des femmes est perçu comme anormal (un échec mensuel) en comparaison du cycle des hommes (une réussite permanente).

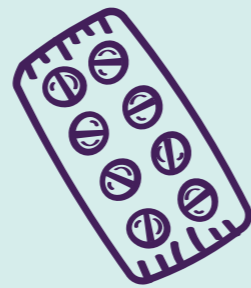
Cela amène à considérer le cycle des femmes comme un problème médical (puisqu'il n'est pas aussi « productif » que celui des hommes) et donc, à apporter une réponse médicale. Contrôlez donc ce sang que je ne saurais voir.

2.3.2.

La contraception ou un enjeu concret de (sur)médicalisation

Les féministes des générations précédentes se sont battues pour que les femmes aient accès à la contraception, enclenchant par là-même des changements socio-culturels majeurs et une amélioration de leurs conditions de vie (épanouissement sexuel, choix d'avoir un enfant ou non, etc.). Toutefois, la contraception, et particulièrement la pilule, est de plus en plus vivement critiquée par les usagères⁹³. En effet, la surmédicalisation de l'existence passe par des usages non pertinents et/ou précoces de la pilule pour les femmes qui ont des impacts néfastes sur leur santé, (un échec mensuel) en comparaison du cycle des hommes l'environnement⁹⁴ et sur les finances privées et publiques. Dans certains cas, l'usage de la pilule est détourné de son objectif premier d'éviction des grossesses non-désirées. C'est particulièrement le cas lorsqu'il s'agit de traiter l'acné ou l'hirsutisme⁹⁵, démontrant par la même occasion à ces jeunes filles que respecter les normes de beauté de la société (un corps et une peau parfaite, sans rougeurs, douce, et sans poils) est plus important que les effets secondaires de la pilule et, in fine, que leur santé⁹⁶. Régulariser les cycles menstruels chez les jeunes filles (provoquer la venue des menstruations, ou réguler les cycles hormonaux) est un autre exemple fréquent de prescription de la pilule. Or, « cela relève du contrôle de la mécanique du corps alors qu'il est normal que la mise en place de ces cycles prenne quelques années : c'est en effet entre 25 et 40 ans que les cycles menstruels trouvent leur rythme de croisière, différent d'une femme à l'autre⁹⁷ ». Le temps de régularisation des règles est une information rarement partagée aux jeunes adolescentes qui s'inquiètent et consultent souvent pour la première fois les gynécologues de peur de ne pas être dans la « norme ». On remarque ici que les menstruations, perçues de manière négative, doivent être contrôlées et standardisées. Nous avons cité ici deux exemples communs à l'adolescence mais il existe également des dérives à l'âge adulte, dans la sphère

« la pilule, est de plus en plus critiquée par les usagères. En effet, la surmédicalisation de l'existence passe par des usages non pertinents et/ou précoces de la pilule pour les femmes qui ont des impacts néfastes sur leur santé. »



professionnelle. En effet, les femmes militaires américaines sont vivement encouragées à prendre continuellement la pilule pour ne pas avoir leurs menstruations afin de « pouvoir être et faire comme des hommes » au détriment de leur santé⁹⁸. Cela démontre le contrôle des corps réglés, perçus comme un handicap pour les besoins militaires et par extension, dans la sphère professionnelle.

La surmédicalisation de l'existence des femmes passe également par la sur-prescription de la contraception hormonale au détriment d'autres moyens contraceptifs moins médicalisés ou plus durables dans le temps, qui pourraient mieux correspondre à certaines femmes. Parmi 12 004 participant-e-s à une enquête⁹⁹ sur les moyens

93. Voir notamment le mini-reportage de Vews RTBF : « Avez-vous conscience de l'impact que la pilule contraceptive peut avoir sur votre corps ? », : <https://www.facebook.com/VewsRTBF/posts/4645789545495065>, 01/11/20.

94. Pour en savoir plus : Malcourant, Eloïse, « Contraception hormonale: quel impact sur l'environnement? » *Femmes Plurielles*, 2018, <https://www.femmes-plurielles.be/contraception-hormonale-quel-impact-sur-lenvironnement/>.

95. L'hirsutisme est l'apparition d'une pilosité spécifique sur le visage, le cou, ou le thorax chez certaines femmes.

96. LALMAN Lara, « De la puberté à la fin des règles, une étape longue et sinueuse », *Analyse Corps Ecrits ASBL*, 2013, <https://www.corps-ecrits.be/download/de-la-puberte-a-la-fin-des-regles-une-etape-longue-etsinueuse/?wpdmdl=1374&refresh=5f71a1acd22571601282476>

97. *Ibid.*

98. JEFFREYS Sheila, « Double Jeopardy: Women, the US military and the war in Iraq », *Women's Studies International Forum*, vol.30, 2007, pp.16-25.

99. *Ibid.*

contraceptifs, 64,5% ont été à une consultation de gynécologie pour prendre une contraception, et 80,6% utilisent la pilule contraceptive. 59% ne connaissent pas tous les moyens de contraception. À la question « de quels moyens de contraception le/la soignant-e vous a-t-il déjà parlé ? », 89,5% répondent la pilule, 62,9% le préservatif, 57,4% l'implant et le DIU¹⁰⁰ au cuivre, 49,3% le DIU progestatif, et moins de 30% les autres moyens¹⁰¹. Pourquoi la pilule est-elle plus populaire que le DIU au cuivre ? Selon Coline Gineste, le DIU serait moins prescrit car à la fois, il existe encore des stéréotypes à son encontre (un moyen contraceptif uniquement pour les femmes ayant déjà eu un enfant, peut provoquer la stérilité, comme son nom semble l'indiquer, etc.) et à la fois, le DIU autorise l'insouciance¹⁰².

Après avoir posé un DIU et vérifié par une échographie un à trois mois plus tard si tout va bien, cette contraception permet une liberté pendant 3 à 10 ans. Au contraire, prendre la pilule demande plus de contrôle et de surveillance : prendre un comprimé tous les jours à heure fixe (et garder à l'esprit le risque de maternité tous les jours telle une épée de Damoclès au-dessus de la tête), retourner faire une ordonnance régulièrement chez le médecin, répondre à un interrogatoire préliminaire, parfois à des examens invasifs (toucher vaginal, palpation de la poitrine, etc.)¹⁰³. D'ailleurs, Coline Gineste ajoute que « lorsqu'un-e soignant-e refuse un DIU à une jeune personne sous prétexte qu'elle est irresponsable, et lui prescrit une pilule à la place, il punit cette personne et prescrit la pilule comme un mode d'éducation (« tu as une sexualité insouciante et débridée ? Désormais tu devras te soucier chaque jour de ta santé au risque de tomber enceinte »), quitte à lui faire courir le risque d'une grossesse non désirée »¹⁰⁴.

En conséquence d'une volonté de surveiller le corps des jeunes femmes, les effets secondaires des contraceptifs hormonaux ne sont finalement que peu pris en compte alors qu'ils sont bien réels.

97. *Ibid.*

98. JEFFREYS Sheila, « Double Jeopardy: Women, the US military and the war in Iraq », *Women's Studies International Forum*, vol.30, 2007, pp.16-25.

99. Voir aussi l'étude de SOLIDARIS en 2017 sur la contraception en Belgique : https://www.institut-solidaris.be/wpcontent/uploads/2017/04/Contraception-2017_FINAL.pdf

100. Dispositif intra-utérin, aussi appelé stérilet.

101. GINESTE Coline, *L'impact du sexisme...op.cit.*

102. *Ibid.*

103. *Ibid.*

Bien que la pilule féminine reste le moyen de contraception le plus connu, de plus en plus de femmes ne s'en sentent plus satisfaites car un sentiment de non-choix les envahit. Elles sont également de plus en plus conscientes des controverses médicales relatives à la pilule : les effets secondaires, le risque accru d'accidents thromboemboliques pour certaines générations de pilules et d'autres problèmes cardio-vasculaires ou encore le développement du syndrome des ovaires micro polykystiques¹⁰⁵, etc. Prenons les effets secondaires de la contraception hormonale : manque de libido, prise de poids, migraines, sautes d'humeurs, saignements, etc.¹⁰⁶. Ces effets sont à prioribénins, mais pénibles à vivre au quotidien, et pouvant impacter la confiance en soi, la relation de couple et être une véritable charge mentale supplémentaire. Pourtant, ces effets secondaires qui peuvent réellement détériorer la qualité de vie de certaines femmes sont généralement niés et ne sont que vaguement expliqués lors de la prescription de la pilule¹⁰⁷.

Il est important de préciser qu'il ne s'agit pas ici de se positionner contre la pilule mais bien de se questionner sur la manière dont on l'utilise, y compris en comparaison des autres moyens de contraception possibles. Il est essentiel que l'ensemble des moyens de contraceptions soit proposé à toute femme désirant en prendre, afin qu'elle soit libre de faire un choix éclairé au regard de la situation qui lui est propre et du moyen contraceptif qui lui correspond le mieux.

Quelle est la place de la pilule au regard d'une médicalisation constante de l'existence des femmes, quotidienne depuis l'adolescence et présente bien après la ménopause ?



104. *Ibid.*

105. Les ovaires ne font plus murir leurs follicules, ce qui mène à une stérilité temporaire qui peut néanmoins se soigner par un traitement hormonal.

106. LALMAN Lara, « De la puberté à la fin des règles, une étape longue et sinueuse », *op.cit.* ; EQUETER Charline et ROUCLoux Clémentine, « La crise de la pilule », *op.cit.* ; GINESTE Coline, *L'impact du sexisme...op.cit.*

107. *Ibid.*

2.3.3.

La ménopause : un constat médical qui change la perception du corps

Grâce à l'augmentation de l'espérance de vie en Europe, les femmes vivent aujourd'hui plus d'un tiers de leur vie ménopausées¹⁰⁸. La période de la ménopause est généralement une période de changements pour ces dernières, au-delà des transformations hormonales. En fonction de leur âge, il peut s'agir également d'une période de nouveautés sur les plans relationnels, familiaux et/ou professionnels : reconfiguration familiale, la pension qui pointe le bout de son nez, découverte d'une sexualité sans risque de grossesse non désirée, ...

« la volonté de « rester féminine et jeune malgré la ménopause » »



Toutefois, la ménopause est aujourd'hui pensée à partir du prisme médical. À partir des années 1930¹⁰⁹, cette nouvelle étape de l'existence des femmes est envisagée avant tout comme une maladie, c'est-à-dire comme une déficience endocrinienne par rapport à l'état de santé que la femme a connu toute sa vie durant. Le champ médical perçoit la ménopause comme une étape négative de l'existence, c'est-à-dire comme une maladie qui requiert un traitement médicamenteux pour – non pas guérir – mais pallier au dérèglement hormonal pourtant naturel dans le cycle de vie d'une femme. Cette « nouvelle pathologie » que vont connaître toutes les femmes un jour va être exploitée par les entreprises pharmaceutiques pour s'assurer des profits conséquents en proposant des traitements médicaux avec

des hormones de synthèse pour soulager les symptômes de la ménopause, prévenir des maladies du cœur, du cancer du sein et de l'ostéoporose. D'autres arguments sont parfois utilisés pour pousser à l'achat comme la volonté de « rester féminine et jeune malgré la ménopause »¹¹⁰. En 2001, aux USA, ces traitements « miracles » étaient pris par 15 millions de femmes. Au Québec, le médecin demeure la-le professionnel-le de la santé la-le plus consulté-e à la ménopause, puisque 77 % des Québécoises comptent sur ce dernier pour recevoir aide et compréhension¹¹¹.

Aujourd'hui, en Belgique comme dans d'autres pays occidentaux, la ménopause a été récupérée par les entreprises pharmaceutiques et les médias ont relayé leur discours médical. Ainsi, la ménopause est souvent perçue de manière négative et cela oriente les expériences des femmes ménopausées. Parler uniquement de déficit (hormonal, ovarien), de symptômes affectant la vie de 4 femmes belges sur 5 (bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, déprime, trouble du sommeil), de risques (osseux, cardiovasculaires) et de maladies (ostéoporose et cancers)¹¹² ne fait qu'accentuer une construction sociale négative de cette étape incontournable de la vie des femmes. Cela n'est en effet qu'une construction sociale : selon Isabelle Capiiaux, une étude menée au Japon en 2013 par Margaret Lock montre que les femmes japonaises ne présentent pas les mêmes « symptômes » que les femmes occidentales. Elles se plaignent plutôt de raideur des épaules et de céphalées¹¹³. Ainsi, les femmes en Occident sont durablement influencées par cette médicalisation qui change la perception qu'elles ont de leur propre corps et de ses cycles. L'approche biomédicale¹¹⁴ a parfois écrasé une approche plus positive de la ménopause (en Afrique, les femmes ménopausées sont reconnues comme étant des « sages » à écouter¹¹⁵) et briser des nouvelles opportunités que peut offrir la ménopause. En effet, l'arrêt de la fécondité permet de vivre sa sexualité sans les risques et

108. CAPIAUX Isabelle, « La ménopause, une construction socioculturelle ? », *Femmes Plurielles*, 2019, <https://www.femmes-plurielles.be/la-menopause-une-construction-socioculturelle/>.
109. WAGGONER Miranda et STULTS Cheryl, « Gender and Medicalization », *op.cit.*
110. *Ibid.*; CAPIAUX Isabelle, « La ménopause, une construction socioculturelle ? », *op.cit.*
111. HAGAN Louise et PROULX-SAMMUT Lucette, « Promouvoir l'autonomie des femmes à la ménopause : obstacles et pistes d'action », *Le médecin du Québec*, Vol. 35, n°3, mars 2000, pp. 61-65.
112. CAPIAUX Isabelle, « La ménopause, une construction socioculturelle ? », *op.cit.*
113. *Ibid.*

les contraintes liées à une grossesse¹¹⁶, sous couvert d'une nouvelle liberté acquise avec l'âge. Toutes les femmes méritent de vivre chaque étape de leur vie, les variations de celle-ci, les changements dans leur corps comme elles l'entendent, à leur rythme, à leur façon sans qu'un constat médical, un marketing douteux ou des normes de beauté désuètes ne viennent les empêcher de vivre pleinement leur vie.

2.3.4.

Les femmes : ces organes reproducteurs sur pattes

Qu'il s'agisse des menstruations, de la contraception, la ménopause ou encore la grossesse, et l'accouchement, ... la santé des femmes et – ce qui nous intéresse ici – la médicalisation de leur existence sont exclusivement définies par la seule capacité qu'on accepte bien d'octroyer aux femmes : leur fonction de procréation¹¹⁷. Au fil du développement de la médecine, les femmes, leur corps, leur santé mentale et leurs fonctions sociales dans la société ont totalement été pensés-e-s à partir de l'instrumentalisation de leur utérus par les hommes¹¹⁸. Par conséquent, dès le 18ème siècle, les maladies des femmes sont exclusivement liées aux « dysfonctionnements » génitaux et à leurs fonctions¹¹⁹ mais c'est aussi le cas de leurs moyens de guérison (la grossesse guérirait les femmes atteintes d'endométriose ou du cancer du sein,...)¹²⁰.

Les hommes ont ainsi construit la médecine et produisent de nombreuses données pour appuyer leur représentation « médicale » du corps des femmes. Concrètement, dans certaines premières esquisses des squelettes humains, on observe que l'anatomie féminine a été volontairement sabotée : les hanches des femmes sont excessivement

117. IMPARATO-PRIEUR Sylvie, « Les maladies féminines dans l'Espagne du XIXe... », *op.cit.*
118. Le terme utérus vient du mot fourreau comme le fourreau d'une épée. C'est une métaphore pour parler du pénis. Ainsi, la terminologie du mot utérus - un organe qui se trouve uniquement chez la femme - a été pensé à partir du pénis de l'homme, à partir de son utilité pour ce dernier.
119. VIDAL Catherine, *Femmes et santé...* *op.cit.*; EDELMAN Nicole, « Que fait le genre à la maladie ? », *op.cit.*
120. GATHON Marie, « Médecine: comment les préjugés masculins ont ruiné la santé des femmes », *Le Vif*, 14 novembre 2019, <https://www.levif.be/actualite/sante/medecine-comment-les-prejuges-masculins-ont-ruine-la-santedes-femmes/article-normal-1216081.html>
121. *Ibid.*



élargies et leur crâne a diminué de moitié comparé à l'anatomie masculine¹²¹... Ainsi, les femmes sont considérées comme de « simples organes reproducteurs sur pattes »¹²².

Dans ce contexte, les féministes se sont beaucoup battues (encore aujourd'hui) pour les questions issues du champ sexuel et reproductif. C'est généralement qu'il faut déjà beaucoup « détricoter » les héritages sexistes du passé, les stéréotypes actuels et maintenir – si pas récupérer ou gagner dans certains cas – le droit de pouvoir disposer de son propre corps. Les droits sexuels et reproductifs sont hélas bien souvent les premiers droits régulièrement remis en question dans le monde, dès qu'une crise politique, économique ou sociale pointe le bout de son nez. Au bûcher, les sorcières aux utérus maléfiques ?

Ainsi, il a semblé important de réfléchir à la place des menstruations, de la contraception et de la ménopause dans le phénomène de surmédicalisation des corps des femmes. Néanmoins, il semble tout aussi important d'aborder d'autres situations de médicalisation excessive, hors du champ reproductif et sexuel (car la reproduction n'est pas l'unique enjeu de la santé des femmes), telle que peut l'être la dépression. Il est également intéressant de réfléchir à une médicalisation généralisée du corps des femmes au travers de la consommation des compléments alimentaires et d'autres produits issus des parapharmacies.

122. Dans ce contexte, les femmes et leur utérus sont instrumentalisés par la politique : il existe actuellement un double mouvement de bafouement des droits reproductifs et sexuels : le recul du droit à l'avortement dans certains pays comme en Pologne et en même temps, dans d'autres pays comme en Chine, on remarque des stérilisations forcées des femmes Ouighours.

2.3.5.

La dépression

Selon Solidaris¹²³, en 2006, il y avait déjà 18,5% de femmes de 18 ans et plus sous antidépresseurs contre 9,1% d'hommes, soit le double chez les femmes¹²⁴. En effet, la littérature médicale relève deux fois plus de dépressions chez les femmes¹²⁵. On remarque une prescription disproportionnée de tranquillisants pour les femmes¹²⁶ : une femme sur cinq de plus de 18 ans a déjà consommé un antidépresseur¹²⁷. Les problèmes de santé mentale sont des causes importantes d'incapacité de travail chez les femmes de tous les âges.

En effet, pour certain·e·s, les femmes sont perçues comme fragilisées par les changements physiologiques et hormonaux qui se produisent chez elles lors d'un accouchement, d'une période post-partum¹²⁸, de la ménopause, des menstruations, etc. Cette affirmation signifierait que les changements hormonaux sont problématiques, que la norme serait la non-fluctuation d'hormones, la constance d'humeur, norme qui correspondrait plus à une réalité physiologique masculine. Dans ce modèle, la réalité physiologique masculine est la norme dominante à laquelle on se réfère¹²⁹. Cela rejoint les discours médicaux sexistes passés (comme le livre d'Icard cité plus haut) où les femmes étaient perçues comme étant incapables de contrôler leur corps et leur esprit. Ces modes de pensées issus du passé ont des conséquences réelles encore aujourd'hui car cela peut expliquer qu'on prescrive deux fois plus de médicaments contre la dépression aux femmes qu'aux hommes. De plus, il est récurrent de mal-diagnostiquer certaines pathologies chez les femmes (comme l'endométriose¹³⁰) car certains symptômes sont parfois (trop) rapidement expliqués par des « problèmes psychologiques ».

123. BOUTSEN Michel, LAASMAN Jean-Marc et REGINSTER Nadine, « Données socio-économiques et étude longitudinale de la prescription des antidépresseurs », *Solidaris*, Direction Études, 2006.
 124. « Ce rapport de un à deux subsiste à âge égal et après prise en compte du statut socio-professionnel et du statut BIM. Ce ratio femmes/hommes est identique à celui observé pour les prévalences de dépressions. »
 125. BOUTSEN Michel, LAASMAN Jean-Marc et REGINSTER Nadine, « Données socio-économiques et étude longitudinale... », *op.cit.*
 126. SUISSA Amnon Jacob, « Addictions et pathologisation de l'existence : aspects psychosociaux », *op.cit.*
 127. BOUTSEN Michel, LAASMAN Jean-Marc et REGINSTER Nadine, « Données socio-économiques et étude longitudinale... », *op.cit.*
 128. Pour en savoir plus : COTTIN Eva, « Donner naissance, et après ? Les enjeux du tabou autour de la période du post-partum », *Analyse FPS*, 2020, <https://www.femmesprevoyantes.be/2020/07/23/analyse-2020-donner-naissance-et-apres-les-enjeux-du-tabou-autour-de-la-periode-du-post-partum/>
 129. GINESTE Coline, L'impact du sexisme...*op.cit.*
 130. L'endométriose est une maladie gynécologique liée au développement de cellules d'origine utérine en dehors de l'utérus. Pour en savoir plus : COLARD Fanny, « L'endométriose. Quand la douleur est considérée comme 'normale' », *Femmes Plurielles*, n°64, décembre 2018, pp. 16-17.

Le risque avec cette vision uniquement biomédicale de la psychologie, c'est de ne plus voir les comportements reliés à une histoire singulière des individus qui s'inscrit dans un contexte social et culturel particulier. En effet, ces bouleversements physiologiques qui impactent la santé mentale des femmes sont bien souvent accompagnés de changements de vie profonds¹³¹. Par exemple, l'accouchement amène à une nouvelle configuration familiale, de nouveaux rôles sociaux, une nouvelle charge mentale et domestique pour la femme... Car oui, la dépression peut aussi être l'expression des inégalités de genre : une charge de travail importante et non-reconnue (« les doubles journées » de travail professionnel et des tâches domestiques¹³²), les effets des injonctions des normes de beauté, de mère et d'épouse parfaite qui poussent à un rapport au corps négatif et un manque de confiance en soi¹³³, un statut socio-économique inférieur, des violences subies (épisiotomie abusive¹³⁴, harcèlement sexuel, attouchements, viols) en sont quelques facteurs aggravants¹³⁵.

Les résultats de plusieurs études ont démontré qu'il y a la même proportion de femmes et d'hommes dépressifs¹³⁶. Les symptômes des hommes n'ont pas été pris en compte car cela ressemblait aux réactions du « vrai homme viril » que la société a longtemps mis en valeur (on peut parler ici de « virilité traditionnelle »): colère, agressivité, abus de substances et prise de risques. Autrement dit, ils extériorisent leur souffrance psychique sous des formes qui satisfont aux critères de virilité¹³⁷. De plus, l'évaluation d'un état dépressif se fait généralement à partir des symptômes des femmes (tristesse, etc.). Cela montre à quel point la représentation sociale des femmes comme des êtres vulnérables et faibles pousse

131. DUFEY Laura, « Les femmes: sexe faible de la santé mentale ? », *Analyse FPS*, 2016, <https://www.femmesprevoyantes.be/2017/02/01/les-femmes-sexe-faible-de-la-sante-mentale/>
 132. LAHAYE Laudine, « Politiques familiales et égalité femmes-hommes font-elles bon ménage ? », *op.cit.*
 133. DUFEY Laura, « Les femmes: sexe faible de la santé mentale ? », *op.cit.*
 134. L'épisiotomie est une incision chirurgicale pratiquée dans le périnée à l'aide de ciseaux ou d'un scalpel par la sagefemme ou l'obstétricien-ne dans le but de faciliter la naissance du bébé. Voir : COLARD Fanny, « C'est l'histoire d'une femme qui va chez le gynécologue... Les violences obstétricales, des exceptions », *op.cit.*
 135. MARTIN Lisa et al., « The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women - Analysis of the National Comorbidity Survey Replication », *JAMA Psychiatry*, 70, 2013, pp. 1100-1106 ; DUPUY MAURY Françoise, « Sexe et Genre. Mieux soigner les femmes et les hommes », *Science & Santé*, n°38, décembre 2017.
 136. *Ibid.*
 137. *Ibid.*

à leur médicalisation et à une forme de diagnostic et de traitement qui leur est spécifique, davantage que pour les hommes dans la même situation de souffrance psychologique.

2.3.6.

Quand santé rime avec souci esthétique

Le recours aux médicaments dans notre société va au-delà du champ médical. Consommer des médicaments ou des produits ressemblant à des médicaments pour les consommatrices-teurs s'inscrit dans des logiques économiques, cosmétiques voire idéologiques¹³⁸. La médicalisation de l'existence se définit entre autres comme une consommation de médicaments ou de produits assimilés agissant comme tels dans tous les champs de l'existence.

Ainsi, dès la deuxième partie du 20ème siècle, le mythe de la « santé éternelle » apporte aux femmes toujours plus d'injonctions à respecter et un consumérisme médical grandissant : il faut avoir un corps beau, parfait et en bonne santé sous couvert du marketing qui nous vend « un bien-être général », une « lutte contre le vieillissement », un regain de tonus, de beauté,... Les frontières entre le discours médical et le discours sur la beauté deviennent poreuses¹³⁹. Il est conseillé de prendre des vitamines pour avoir une belle peau, des compléments alimentaires pour avoir des ongles solides ou des cheveux brillants. Les produits d'« hygiène » sont nombreux dans les pharmacies et parapharmacies : une crème pour traiter une peau sèche, un gel intime pour être certaine d'être « propre »¹⁴⁰, une pilule « minceur », etc.

138. COLLIN Johanne et SUISSA Amnon Jacob, « Les multiples facettes de la médicalisation du social », *op.cit.*
 139. DUCHESNE Caroline, « Claudine Sagaert, Histoire de la laideur féminine », *Les comptes rendus*, 09 juillet 2015, <http://lectures.revues.org/18607>
 140. Le vagin est auto-nettoyant et n'a pas besoin d'être nettoyé. La vulve peut être rincée à l'eau claire, sans savon car cela peut irriter les muqueuses.

Ces produits vendus à côté des médicaments portent à confusion d'autant plus que le marketing exacerbe le flou avec les médicaments en appelant ces produits des « traitements », pour « l'hygiène », pour la « santé de vos ongles »,... Tous ces produits sont à consommer en plus de l'éventuelle contraception, des consultations régulières chez le médecin, des traitements médicaux pour des maladies passagères et/ou chroniques mais aussi pour continuer à travailler malgré la maladie, d'autres traitements pour l'acné, pour le stress, la déprime saisonnière, les symptômes prémenstruels, etc. La médicalisation excessive finit par peser sur le budget des femmes et sur leur confiance à pouvoir gérer seules leur corps (sans l'utilisation de médicaments ou d'autres produits « d'hygiène » pour atteindre les injonctions d'une « santé éternelle »).



« le marketing exacerbe le flou avec les médicaments en appelant ces produits des « traitements », pour « l'hygiène », pour la « santé de vos ongles »,... »

Focus sur les compléments alimentaires

Selon une étude de l'Institut belge de Santé publique Sciensano en 2016, les femmes consomment plus souvent des compléments alimentaires que les hommes (respectivement 47% et 29%)¹⁴¹. Cette différence se retrouve également dans des études effectuées dans d'autres pays comme aux Pays-Bas (enquête de consommation alimentaire auprès de la population néerlandaise de 7 à 69 ans)¹⁴². Les ventes de compléments alimentaires ont augmenté de 60% entre 2017 et 2019 selon le cofondateur de Newpharma, la plus grande pharmacie en ligne de Belgique¹⁴³. La consommation effrénée de compléments alimentaires s'explique également par une publicité peu contrôlée et un accès libre de ces produits de santé¹⁴⁴.

Les compléments alimentaires ne sont pas enregistrés officiellement comme étant des médicaments¹⁴⁵. Toutefois, ils sont considérés comme tels par une importante tranche de la population en raison des effets positifs qu'ils peuvent avoir sur leur santé¹⁴⁶. Cependant, plusieurs études ont démontré qu'une consommation abusive des compléments produit un impact négatif sur la santé¹⁴⁷. De plus, le risque de surdosage (assez fréquent) est susceptible de créer des interactions négatives avec certains médicaments. À titre d'exemple, les personnes qui consomment des compléments de calcium (1.000 mg par jour ou plus, soit des fortes doses) ont 53% plus de risque de mourir d'un cancer¹⁴⁸. Ainsi, ce sont les femmes qui consomment davantage ces suppléments alimentaires pour tenter de respecter les normes de beauté et d'hygiène de notre société et c'est par le respect de ces normes qu'elles risquent de tomber malade à cause de ces mêmes produits et de leurs interactions sous-estimées avec des traitements médicamenteux. À noter toutefois qu'il ne faut pas tomber dans l'excès inverse à la surmédicalisation : les suppléments alimentaires sont généralement recommandés par les médecins pour certaines femmes enceintes (vitamines B9 et calcium), pour les femmes qui ont des règles abondantes (fer) ou encore pour les personnes suivant un régime alimentaire spécial (l'alimentation végétalienne par exemple)¹⁴⁹.

141. BROCATUS Loes, DE RIDDER Karin, « Alimentation enrichie et compléments alimentaires ». Dans : BEL Sarah et TAFFOREAU Jean (éd.). *Enquête de consommation alimentaire 2014-2015*. Rapport 4. WIV-ISP, Bruxelles, 2015.

142. *Ibid.*

143. JIMENEZ Ludovic, « Les compléments alimentaires décollent en Belgique », *DHnet*, 2019, <https://www.dhnet.be/actu/sante/les-belges-toujours-plus-friands-de-complements-alimentaires5de0094b9978e272f93d5a5d>

144. AFSCA, « Les compléments alimentaires sous la loupe du contrôleur de l'AFSCA », 2019, <http://www.afsca.be/consommateurs/viepratique/autres/complementsalimentaires/>

145. *Ibid.*

146. INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE (ISP), *Enquête de Santé* 2013, 2013, https://his.wivisp.be/fr/Documents%20partages/DR_FR_2013.pdf

147. Pour plus d'informations: <https://thewarning.info/consommation-de-complements-alimentaires-quel-impact-sur-la-sante%E2%80%89/>

148. RTBF, « Une consommation excessive de certains compléments alimentaires peut réduire l'espérance de vie », 2019, https://www.rtbf.be/tendance/bien-etre/sante/detail_une-consommation-excessive-de-certains-complements-alimentaires-peut-reduire-l-espérance-de-vie?id=10191934

149. *Ibid.*

3. Des alternatives à la conception bio-médicale de la santé

3.1.

Le féminisme des années 70 : l'origine des alternatives

En 1969, à Boston (aux États-Unis), le Mouvement pour la Santé des Femmes¹⁵⁰ s'organise pour défendre le droit à la contraception et à l'avortement. En 1971, le mouvement publie un livre fondateur : « Our Bodies, ourselves » qui est traduit en français¹⁵¹ en 1974 par « Nos corps, nous mêmes »¹⁵². Leur livre dénonce les discours sexistes des médecins et la manière dont les connaissances médicales se construisent en fonction des représentations des femmes dans la société (par exemple, l'injonction à procréer comme nous avons vu précédemment).

Le Mouvement pour la Santé des Femmes établit deux constats¹⁵³ à partir des années 1970 :

- La médicalisation n'est en aucun cas un moyen de résoudre les problèmes de pauvreté, de discrimination et de la violence qui impactent la santé des femmes.
- Il n'est pas normal de médicaliser systématiquement la puberté, la maternité, la fécondité, et la ménopause de toutes les femmes. Ce sont des phénomènes physiologiques normaux dans la vie des femmes, pas des maladies à traiter.
- La médicalisation apparaît davantage comme un moyen de contrôler et de surveiller le corps des femmes durant leur vie entière.

À cela s'ajoute plusieurs éléments que nous évoquons tout au long de ce travail :

- L'irrespect des corps féminins et de leur intégrité

- La stigmatisation des sexualités non-hétérosexuelles
- L'injonction à la procréation qui a encore des répercussions aujourd'hui (par exemple, la dévalorisation des femmes qui ne veulent pas d'enfants, qui sont parfois jugées « égoïstes »)
- Une relation encore trop souvent inégalitaire entre la patient-e, passive-if, et les professionnel-le-s de la santé, considéré-e-s comme seul-e-s expert-e-s des corps des femmes.¹⁵⁴
- Selon l'historienne des sciences, Ilana Lowy, la médecine est un exemple significatif où le mouvement féministe veut se réapproprier les savoirs produit par les hommes et pour les hommes¹⁵⁵.

Ainsi, le mouvement des femmes américaines s'est rapidement propagé en Europe réunissant beaucoup de militant-e-s de gauche dans la foulée de Mai 68¹⁵⁶. En 1973, le collectif de Boston voyage à Genève pour parler avec d'autres femmes d'avortement, de masturbation, des sexualités des femmes lesbiennes, de l'allaitement, etc.

Le collectif monte sur scène pour montrer à 400 femmes comment pratiquer un auto-examen gynécologique. En 1976, le tribunal international des crimes contre les femmes se tient à Bruxelles. À cette occasion, les féministes berlinoises organisent un atelier d'auto-santé qui attire le plus grand nombre de participantes.

150. Women Health Movement.

151. Et en 20 langues différentes.

152. MARKSTEIN Catherine et RIXOUT Ariane, « Genre, féminisme et pratiques médicales », *op.cit.*

153. RSQAF, « La médicalisation croissante... », *op.cit.*

154. HIBO Sarah et al., « La santé des femmes. Etat des lieux et pistes pour l'avenir », *op.cit.*; GINESTE Coline, *L'impact du sexisme...op.cit.*

155. LOWY Ilana, *L'emprise du genre*, Paris, La dispute, 2006.

156. MARKSTEIN Catherine et RIXOUT Ariane, « Genre, féminisme et pratiques médicales », *op.cit.*

3.2. Qu'est-ce que « l'auto-santé » ?

L'auto-santé ou « auto-support », traduit du nom anglais « self-help », est un rassemblement entre des femmes¹⁵⁷ qui partagent des savoirs et des expériences de manière horizontale, c'est-à-dire égalitaire, hors des consultations d'expert·e-s, afin d'échanger librement sur des pratiques dans une démarche critique¹⁵⁸. Ces moments d'échanges connaissent des formes multiples dont des autoexamens gynécologiques, des conférences gesticulées, la création d'une liste de soignant·e-s féministes, la confection d'outils de connaissance anatomique, et bien d'autres. Ces différentes activités sont souvent en non-mixité, c'est-à-dire que les femmes sont les seules participantes acceptées car le but est de s'adresser d'abord aux principales concernées (des femmes cisgenres¹⁵⁹) dans un cadre restreint, intime et bienveillant. Ces échanges entre pairs remplissent plusieurs objectifs¹⁶⁰ :

- **L'« empowerment »¹⁶¹ en santé**

Il s'agit d'augmenter son autonomie c'est-à-dire devenir actrice¹⁶² de sa santé dans un processus général et continu des soins, centré sur la patiente, comme le préconise l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)¹⁶³. Plus concrètement, la volonté est de pouvoir agir davantage sur sa santé de manière responsable à partir de choix éclairés et suffisamment informés afin d'améliorer et d'assurer un plus grand contrôle sur son état de santé et sa qualité de vie, comme le recommande aussi la Charte D'Ottawa à partir d'un renforcement de l'action communautaire (telle que le selfhelp par exemple)¹⁶⁴.

157. Généralement non-mixte car la volonté ici est de créer un espace de paroles sécurisant pour partager notamment ses expériences dans le monde médical (particulièrement de la gynécologie) en tant que patientes.

158. LE TALEC Jean-Yves et al., « La promotion de la santé au prisme du genre. Guide théorique et pratique », *Presses de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)*, 2019 ; GINESTE Coline, *L'impact du sexisme...op.cit.* ; LALMAN Lara, « L'auto-santé : pratiques et savoirs de femmes », *op.cit.*

159. Une personne est désignée cisgenre lorsque celle-ci définit que son identité de genre est en accord avec son sexe à la naissance. Dans ce cas-ci : une femme cisgenre est une femme qui a été reconnu du sexe féminin à sa naissance et qui se considère elle-même comme une femme. Au contraire, une personne transsexuelle ne se considère pas en accord avec son sexe reconnu à la naissance.

160. LALMAN Lara, *Ibid.* ; MARKSTEIN Catherine et RIXOUT Ariane, « Genre, féminisme et pratiques médicales », *op.cit.*

161. Parfois traduit en Français par le néologisme « empouvoirement ». À ce sujet, voir MASZOWEZ Xénia, « Du rituel comme mode d'empouvoirement », *Analyse FPS*, 2017, <https://www.femmesprevoyantes.be/2017/12/22/analyse-2017-du-rituel-comme-mode-dempouvoirement/>

- **Se réappropriier son corps :**

Cet objectif est dans la continuité du premier : pour devenir actrice de sa santé, il faut pouvoir mieux connaître son corps et ses éventuels « signaux d'alarmes ». Pour ce faire, il faut parfois (ré)apprendre à en prendre soin et reconstituer une connaissance perdue de son corps pour certaines. Le partage des savoirs et des expériences personnelles peut aider certaines femmes à se réapproprier leurs corps. Dépathologiser la sexualité et la maternité

Il s'agit de réinvestir des sphères intimes liées au corps en les percevant autrement, de manière plus positive, et non plus comme le résultat d'une maladie ou d'une pathologie quelconque¹⁶⁵.

- **Augmenter la confiance en soi**

L'auto-santé a la volonté d'améliorer la confiance en soi via divers ateliers pour que les femmes soient mieux outillées pour poser des questions aux professionnel·le-s de la santé, comprendre ce qui se passe dans le cabinet des gynécologues par exemple et attendre des réponses complètes de leur part¹⁶⁶.

- **Renforcer la solidarité**

Le principe de fonctionnement des ateliers d'auto-santé se fonde sur l'entraide des femmes : que ce soit en partageant des informations et des expériences ou en défendant leurs droits. Ces échanges entre pairs ne peuvent se dérouler sans des liens de confiance et de respect entre les participantes.

162. Cette pratique du self-help est une pratique ici spécifiquement féminine. Par conséquent, nous n'utilisons pas l'écriture inclusive pour cette partie du texte. Toutefois, certains objectifs identifiés peuvent aussi concerner les hommes (comme notamment l'empowerment en matière de santé).

163. COLARD Fanny, « Penser la santé autrement: vers une approche globale et féministe ? », *Analyse FPS*, 2017, <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/11/Analyse-2017-Penser-la-sante-autrement.pdf> (Consulté le 30/08/20).

164. La Charte d'Ottawa est une liste de recommandations et d'enjeux pour atteindre « une Santé pour Tous ». Elle a été réalisée lors d'une conférence internationale en 1986 à Ottawa.

165. LALMAN Lara, « L'auto-santé: pratiques et savoirs de femmes », *op.cit.*

166. HAGAN Louise et PROULX-SAMMUT Lucette, « Promouvoir l'autonomie des femmes à la ménopause... », *op.cit.*

- **Rendre participative la pratique médicale**

Le self-help a été pensé dans un contexte où les besoins en tant que patient·e sont considérés comme mal ou insuffisamment pris en compte par certaines institutions ou certains professionnel·le-s de la santé. Par conséquent, l'auto-santé souhaite valoriser des ressources propres aux femmes afin de déconstruire le rapport inégal entre les soignant·e-s et les soignées et rétablir une relation davantage égalitaire, horizontale. Cet enjeu rejoint la question de l'accès aux soins qui peut revêtir une orientation plus politique¹⁶⁷. En Belgique, la Plateforme pour la Santé des Femmes¹⁶⁸ en est un bel exemple.

Ainsi, on remarque que cette alternative critique à la surmédicalisation vise à la fois un développement individuel mais également un changement social. Toutefois, il est important de rappeler que les objectifs ne sont pas de se substituer à un suivi médical, ni d'être seule responsable de sa santé. La volonté première est de permettre aux patientes et aux professionnel·le-s de la santé de travailler de manière conjointe à l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie de chacun·e.



167. LE TALEC Jean-Yves et al., « La promotion de la santé au prisme du genre. Guide théorique et pratique », *op.cit.* ; MARKSTEIN Catherine et RIXOUT Ariane, « Genre, féminisme et pratiques médicales », *op.cit.*

168. Pour en savoir plus : www.plateformefemmes.be et un groupe Facebook sur l'auto-santé en Belgique : <https://www.facebook.com/groups/3427555867290424>

CONCLUSION

Selon l'évolution des discours des pouvoirs politiques et des nouvelles découvertes (et technologies), on peut finalement affirmer que la médecine a souvent participé à une hiérarchie des sexes dans la science médicale¹⁶⁹.

Toutefois, il existe une profonde ambivalence entre la santé des femmes, le monde médical et le pouvoir en place¹⁷⁰. Paradoxalement, c'est la volonté sans cesse renouvelée de limiter les femmes à leurs organes reproducteurs qui a permis de diminuer drastiquement le taux de mortalité lors de l'accouchement : nous passons de un décès pour 100 naissances au 18ème siècle à un décès pour 10.000 naissances aujourd'hui¹⁷¹. Cette avancée n'excuse bien sûr pas les siècles de l'emprise « médicale » sur la santé des femmes.

Depuis les années 1970, les féministes ont ainsi lutté pour mettre en avant les enjeux politiques de la santé des femmes. Leur succès est attesté par une attention et des

ressources de plus en plus importantes sur ces questions (dont un nombre grandissant de femmes aujourd'hui médecins)¹⁷². À l'heure actuelle, les féministes ne peuvent que rester critiques face à une médecine qui contribue encore aux inégalités sociales. En effet, certains héritages sexistes issus du monde médical restent bien réels dans les pratiques médicales actuelles. La surmédicalisation des corps des femmes en est un exemple saillant.

Cependant, la médecine peut aussi être une alliée pour une meilleure santé des femmes. Mais comment ?

1. UNE MÉDECINE PLUS ÉGALITAIRE

Relever le défi d'une médecine plus égalitaire est une entreprise ambitieuse et indispensable. Voici 5 recommandations pour une pratique médicale plus collective, participative et inclusive :

1. Tendre vers un nouveau mode de relation entre les patient·e·s et les professionnel·le·s de la santé

Il s'agit d'établir une relation horizontale c'est-à-dire un véritable dialogue d'égal·e à égal·e, clair et transparent entre les médecins et les patient·e·s. Dans ce contexte, les médecins seraient réellement à l'écoute des personnes à soigner¹⁷³ tout en partageant leurs savoirs de manière claire et transparente (causes et conséquences de tel traitement, effets secondaires, prendre le temps de répondre aux questions, etc).

Une meilleure considération des soigné·e·s par les soignant·e·s, n'était-ce pas l'objectif de la « loi patient » votée en 2002 (droit à une prestation de service de qualité, droit à l'information, droit au consentement) ? C'était un texte juridique prometteur selon Jean-Jacques Rombouts, viceprésident francophone du Conseil national de l'Ordre des médecins. Du moins s'il avait été appliqué : en 2011, un sondage réalisé par l'Ordre montrait que seuls 25 % des professionnel·le·s de la santé avaient entendu parler de cette loi¹⁷⁴...

2. Proposer et/ou renforcer la participation des usagères·ers de la santé

La participation des patient·e·s dans les organes de décision des institutions de la santé permettrait de créer un contre-pouvoir et une prise de conscience (tout en y intégrant une lecture du genre) au plus près du terrain d'action c'est-à-dire des patient·e·s. Ainsi, il serait alors davantage question d'une alliance équitable plutôt qu'un rapport de force¹⁷⁵.

4. Une meilleure représentation des femmes dans la médecine et la recherche médicale

Comme nous l'avons précédemment expliqué, la science n'est pas neutre. La·le scientifique et la·le médecin se trouvent être à la fois être objet et sujet de leurs recherches. La norme en santé est le fonctionnement physiologique des hommes. Cela s'explique notamment par le fait que la majorité des scientifiques étaient des hommes. De plus, les discours sexistes sur l'hystérie par exemple ont été principalement tenus par des hommes. Dans ce contexte, sans être une « solution miracle », une augmentation et une meilleure représentation des femmes scientifiques et médecins pourraient amener des avancées sur ces questions d'inégalités car étant directement concernées, ces dernières pourraient être plus sensibles à ces questions.

3. Faire évoluer les mentalités en informant mieux le monde médical (le personnel soignant, les personnes soignées et les chercheuses·eurs)

Les professionnel·le·s de la santé peuvent parfois inconsciemment avoir appris des données biaisées qui influencent leur manière d'écouter, de comprendre et de traiter leurs patient·e·s (par exemple une femme sera plus vite diagnostiquée dépressive qu'un homme). Certaines pratiques médicales sexistes sont transmises bien souvent lors des formations universitaires et continues. Les connaissances transmises aux étudiant·e·s en médecine proviennent de textes scientifiques dont les conclusions sont inadéquates voire pas du tout étudiées par rapport aux réalités biologiques des femmes¹⁷⁶. De plus, les inégalités sociales de santé, la promotion sociale, l'organisation des soins ou le rôle des lobbies pharmaceutiques ne font pas partie du programme d'enseignement.

Pourtant, selon le Conseil de l'Europe¹⁷⁷, il est primordial d'assurer la mise en œuvre d'une éducation et d'une formation sur l'égalité entre les femmes et les hommes (stéréotypes de genre, reconnaître et traiter le sexisme, etc.) dans tous les secteurs dont le secteur de la santé. Depuis 1990, de nombreux pays¹⁷⁸ sensibilisent à la prise en compte des représentations sociales dans les pratiques médicales et des attitudes des personnes soignées. En France, l'endométriose va être enseignée aux étudiant·e·s en médecine¹⁷⁹. À quand ce type d'initiatives en Belgique ?

169. GOEPPER Sibylle et ROMANET Emmanuelle, « Le genre de la maladie...op.cit. ; EDELMAN Nicole, « Que fait le genre à la maladie ? », op.cit.

170. GOEPPER Sibylle et ROMANET Emmanuelle, *Ibid.*

171. VIDAL Catherine, *Femmes et santé...op.cit.*

172. PLECHNER Deborah, « Women, medicine, and sociology: thoughts on the need for a critical feminist perspective », dans JACOBS KRONENFELD Jennie, *Health, Illness, and use of Care: The Impact of Social Factors (Research in the Sociology of Health Care, Vol. 18)*, Bingley, Emerald Group Publishing Limited, 2000, pp. 69-94.

173. : Voir aussi la recommandation n°5, p.31. Ce constat d'un manque d'écoute s'explique en partie par des conditions de travail difficiles dans le secteur de la santé.

174. GEELKENS Mélanie, « Docteur, les femmes c'est pas du bétail ! », Le Vif, 2018, <https://www.levif.be/actualite/sante/docteur-les-femmes-c-est-pas-du-betail/article-normal-846663.html>

175. LALMAN Lara, « L'institution violente de la médecine », *Analyse Corps Ecrits ASBL*, 2019, <https://www.corps-ecrits.be/download/linstitution-violente-de-la-medecine2/?wpdmdl=28718&refresh=5f71c3799dafd1601291129>

176. C'est également lors de leurs formations qu'on apprend aux futur·e·s médecins à adopter une posture autoritaire au lieu d'une posture plus horizontale.

177. CONSEIL DE L'EUROPE, Stratégie pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2018-2023, <https://www.coe.int/fr/web/genderequality/gender-equality-strategy>

178. Suède, Pays-Bas, Suisse, Allemagne, Canada,...

179. ENDOFRANCE, *Communiqué de presse : l'endométriose enfin enseignée aux étudiants en médecine en 2ème cycle I*, https://www.endofrance.org/communiquede_presse/lendometriose-enfin-enseignee-aux-etudiants-enmedecine-en-2e-cycle/ (publié le 18 octobre 2020).

5. Des meilleures conditions de travail pour le secteur de la santé

Pour développer enfin une médecine égalitaire, il faut que les conditions de travail soient propices à ces changements. Depuis la réforme du paysage hospitalier en 2015, lancée par Maggie De Block, le gouvernement veut faire des économies en favorisant le raccourcissement des séjours hospitaliers¹⁸⁰ pour tous les types de pathologies. Pour ce faire, l'Etat belge est passé par une réforme du financement des hôpitaux¹⁸¹. Le fonctionnement des hôpitaux et plus généralement, de chaque service de soins doit être repensé pour ne plus être uniquement dans la standardisation et répondre à des enjeux strictement économiques de rentabilité. Pourtant, il faut pouvoir soigner (le « cure ») et prendre soin de la personne (le « care »). Des pratiques qui ne sont pour l'instant plus valorisées. Au contraire, le quotidien du personnel soignant est de traiter 12 personnes par demijournée et établir une relation de confiance en 3 minutes...¹⁸² Le manque de personnel soignant fait partie de la même équation : un financement plus qu'insuffisant de la santé depuis de nombreuses années suivant les différents gouvernements.

La pandémie du coronavirus a permis de mettre en lumière l'importance considérable des métiers de la santé, leurs conditions de travail déplorables ainsi que les failles grandissantes du système de santé belge. Ces métiers du soin que l'on a qualifié de « métiers essentiels » durant cette crise sanitaire méritent une juste valorisation. Ne serait-il pas temps qu'une valorisation financière et une amélioration des conditions de travail suivent enfin le pas ?

2. COMMENT DIMINUER LA SURMÉDICALISATION ?

Pour rappel, cette étude n'a pas pour objectif de dénigrer l'utilité des médicaments. Ceux-ci ont permis et permettent chaque jour d'améliorer le niveau de santé de la population. Il s'agit surtout de se questionner sur leur consommation excessive. Dans certains cas, des usages non pertinents ont des conséquences négatives sur la santé et le bien-être des femmes (effets secondaires, etc.), sur l'environnement, sur les dépenses privées (le portefeuille des patientes) et des dépenses publiques (un « trou » dans la Sécurité sociale dont les firmes pharmaceutiques n'y est pas étranger). Voici 5 recommandations pour lutter concrètement contre la surmédicalisation féminine :

1. Une lecture genrée de la santé en général

La surmédicalisation (des soins et des médicaments) est un des nombreux combats du gouvernement Vivaldi. Les FPS et leur Fédération des Centres de Planning familial (FCPF-FPS) abondent dans ce sens car il en va de la santé des femmes, généralement plus concernées par une surmédicalisation durant leur vie¹⁸³. Les politiques de santé créées à cette fin ne pourront être effectives qu'à condition de prendre en compte le facteur genre dans l'équation. De manière générale, les politiques publiques et le secteur de la santé doivent mieux prendre en compte les femmes à tous les niveaux (essais cliniques, politiques sanitaires, traitements et diagnostics des maladies, etc.). Le « gendermainstreaming »¹⁸⁴ est encore bien trop souvent oublié dans les politiques de soins.

180. Par exemple les budgets dépendent du nombre d'accouchements par an, c'est pourquoi les femmes sont priées de sortir de plus en plus tôt de la maternité pour établir un « roulement » financièrement intéressant...

181. Pour en savoir plus: COLARD Fanny, « Le raccourcissement du séjour en maternité : et après ? », *Analyse FPS*, 2019, <https://www.femmesprevoyantes.be/2019/03/13/analyse-2019-le-raccourcissement-du-sejour-en-maternite-etapres/>

182. SALAMMBO Marie, « L'accouchement n'est pas une pathologie », *Le Vif*, 2017, <https://www.levif.be/actualite/sante/l-accouchement-n-est-pas-une-pathologie/article-normal-759609.html>

183. Pour une analyse de la déclaration politique du gouvernement Vivaldi (à partir d'une lecture genrée) : https://www.femmesprevoyantes.be/2020/10/19/notre-analyse-feministe-de-la-declaration-de-politique-generale-dugouvernement-federal/?fbclid=IwAR3PryIJ66BPSRUuiPA2xwZTAsEZs_hDKcAXITtDS-HtJFmLUw5vmtgOU0g

184. Le « gendermainstreaming », ou approche intégrée de la dimension de genre, est une stratégie qui veut renforcer l'égalité des femmes et des hommes dans la société, en intégrant systématiquement des réflexions sur les conséquences positives et négatives des politiques publiques pour les femmes et les hommes.

2. Un meilleur contrôle des firmes pharmaceutiques

Les firmes pharmaceutiques sont en partie responsables de la surmédicalisation de l'existence. Elles emploient à la fois des stratégies de marketing¹⁸⁵ auprès de la population et du lobbying¹⁸⁶ intense auprès des organisations politiques et de la santé afin de générer de nombreux profits. Ainsi, réduire la surmédicalisation de l'existence, c'est limiter le pouvoir des firmes pharmaceutiques et avoir une meilleure maîtrise du budget des médicaments. Les efforts ne doivent pas être consentis qu'en aval mais également en amont de la « chaîne du médicament ».

4. Promouvoir la connaissance des corps féminins tout au long de la vie

Dans le cadre de la généralisation effective de l'EVRAS¹⁸⁸ en Belgique francophone défendu par de nombreuses structures du secteur, le corps humain, le développement, la santé et la sexualité sont des thématiques qui doivent faire partie intégrante des animations en milieu scolaire et extrascolaire¹⁸⁹. En effet, l'un des objectifs de l'EVRAS est l'appropriation par les filles/femmes de leur corps. Cela doit s'opérer dès le plus jeune âge afin de permettre aux filles de connaître les différentes parties de leur corps, ses fonctions, ses changements physiques et physiologiques, le déroulement d'un cycle menstruel... et de pouvoir ainsi développer une attitude active, informée et consciente quant à leur santé. Rappelons que l'EVRAS est un droit pour toutes et tous, plus que jamais nécessaire à la construction d'une société égalitaire.

185. Voir DUBOIS Fanny, « Les stratégies des firmes pharmaceutiques en matière de contraception », *op.cit.*

186. Le lobbying est l'action d'influencer, de faire pression sur des personnes ou des institutions publiques qui ont un certain pouvoir. C'est une stratégie menée par un groupe de personnes qui cherche à défendre ses propres intérêts auprès des décideurs politiques.

187. COLARD Fanny, « Penser la santé autrement: vers une approche globale et féministe ? », *Analyse FPS*, 2017 : <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/11/Analyse-2017-Penser-la-sante-autrement.pdf>

188. Education à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle.

189. Ces thèmes apparaissent d'ailleurs dans le protocole d'accord révisé cette année par la Plateforme EVRAS et apparaîtront également dans le guide de contenus construit par les Stratégies Concertées EVRAS.

3. Le développement et l'accessibilité financière des alternatives

Pour diminuer la médicalisation de l'existence, il faut avoir accès à des alternatives thérapeutiques et d'autres moyens alternatifs à l'utilisation de médicaments afin de répondre à la volonté des patient-e-s (méthode contraceptive plus naturelle, accouchement naturel, etc.) et à une volonté politique et budgétaire (raccourcissement des séjours à l'hôpital)¹⁸⁷. Or, les alternatives thérapeutiques sont généralement peu connues et peu proposées par le personnel soignant. De plus, les alternatives peuvent être plus coûteuses que l'achat des médicaments. Il est donc primordial de partager davantage d'informations de qualité à ce sujet et de diminuer le coût pour la population.

5. Une contraception partagée entre les partenaires

La responsabilité de la contraception doit être réellement partagée entre les hommes et les femmes afin d'éviter une surmédicalisation des femmes tout au long de leur vie et une charge mentale constante qui incombe à ces dernières. 90% de la charge contraceptive repose sur les femmes¹⁹⁰. Pourtant, un homme peut être à l'origine de plusieurs grossesses par semaine, par mois ou année alors qu'une femme peut seulement être une fois enceinte pendant 9 mois. L'État reconnaît actuellement deux moyens de contraception pour les hommes : le préservatif et la vasectomie¹⁹¹. Dans ce contexte, il est important de développer davantage de recherches scientifiques (médicales et sociologiques) sur les contraceptions masculines¹⁹² pour aboutir enfin à une mise sur le marché concrète.

190. GENECAND Marie-Pierre, « La pilule ? Non, merci, je tiens à ma vie ! », *Le Temps*, 2019, <https://www.letemps.ch/societe/pilule-non-merci-tiens-vie>

191. C'est une opération chirurgicale qui consiste à ligaturer les deux canaux déférents pour empêcher les spermatozoïdes de se mélanger au liquide spermatique et donc de risquer une grossesse.

192. Pour en savoir plus : NUNCIC Pascaline, « Contraception masculine: à la découverte de la vasectomie », *Analyse FPS*, 2018, <https://www.femmesprevoyantes.be/2018/12/14/analyse-2018-contraception-masculine-a-la-decouvertede-la-vasectomie/> ; MALCOURANT Eloïse, « La contraception : l'affaire des deux partenaires », *Analyse FPS*, 2017, <https://www.femmesprevoyantes.be/2017/11/09/analyse-2017-la-contraception-laffaire-des-deux-partenaires/>

3. ENVIE D'EN SAVOIR PLUS ?

Voici une sélection de plusieurs supports pour approfondir certains sujets traités :

Support audio-visuel :

- « Mieux soigner le corps des femmes », documentaire ARTE de 2019 (via le magazine féministe Kreatur), 32 minutes : <https://www.youtube.com/watch?v=IXFMMK2Sok&fbclid=IwAR2soPyohWcL4-LSx3dYJncOJocztyJ9Jb-VPSiQEtmHlxjs-hfWCs82zRg>

Support évènementiel :

- Conférence gesticulée « La place n'était pas vide » du Dr. Catherine Markenstein (médecin depuis 1980 et fondatrice de l'ASBL Femmes et Santé depuis 2005)

Supports écrits :

- **Pour une lecture complète et synthétique sur la santé des femmes :**
VIDAL Catherine, *Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ?*, Paris, Belin, 2017.
- **Pour une lecture complète et centrée sur l'Histoire :**
GINESTE Coline, *L'impact du sexisme sur la qualité des soins en gynécologie (Mémoire de master en Ethique du soin et de la recherche)*, Université de Toulouse, 2017.
- **Pour une lecture inspirante : les mécanismes existants au Canada à appliquer en Belgique :**
COLARD Fanny, « Penser la santé autrement: vers une approche globale et féministe ? », *Analyse FPS*, 2017 : <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/11/Analyse2017-Penser-la-sante-autrement.pdf>
- **Pour une lecture utopiste et futuriste de la prise en charge médicale :**
DISPAS Hélène, « Un nouveau rapport aux médicaments », *Santé Conjuguée*, n°91, 2020.

BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE FÉDÉRALE POUR LA SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE (AFSCA), « Les compléments alimentaires sous la loupe du contrôleur de l'AFSCA », 2019, <http://www.afsca.be/consommateurs/viepratique/autres/complementsalimentaires/> (Consulté le 20/10/20).
- BOUTSEN Michel, LAASMAN Jean-Marc et REGINSTER Nadine, « Données socioéconomiques et étude longitudinale de la prescription des antidépresseurs », *Solidaris*, Direction Etudes, 2006.
- BROCATUS Loes, DE RIDDER Karin, « Alimentation enrichie et compléments alimentaires ». Dans : Bel Sarah, TAFFOREAU Jean (éd.). *Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Rapport 4*. WIV-ISP, Bruxelles, 2015.
- CAPIAUX Isabelle, « La ménopause, une construction socioculturelle ? », *Femmes Plurielles*, 2019, <https://www.femmes-plurielles.be/la-menopause-une-construction-socioculturelle/> (Consulté le 22 /09/20).
- COLARD Fanny, « L'endométriome. Quand la douleur est considérée comme 'normale' », *Femmes Plurielles*, n°64, décembre 2018, pp. 16-17.
- COLARD Fanny, « Le raccourcissement du séjour en maternité : et après ? », *Analyse FPS*, 2019, <https://www.femmesprevoyantes.be/2019/03/13/analyse-2019-le-raccourcissement-du-sejour-enmaternite-et-apres/> (Consulté le 14/12/20).
- COLARD Fanny, « Penser la santé autrement: vers une approche globale et féministe ? », *Analyse FPS*, 2017, <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/11/Analyse-2017-Penser-la-sante-autrement.pdf> (Consulté le 30/08/20).
- COLARD Fanny, « C'est l'histoire d'une femme qui va chez le gynéco... Les violences obstétricales, des exceptions », *Analyse FPS*, 2019, <http://www.femmesprevoyantes.be/wpcontent/uploads/2019/03/Analyse2019-Violences-obstetricales.pdf> (Consulté le 26/11/20).
- COLLIN Johanne et SUISSA Amnon Jacob, « Les multiples facettes de la médicalisation du social », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 2007, p. 27-28.
- COLLIN Johanne, « Médicament et vieillesse : trois cas de figure », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n° 2, 2003, p. 119-138.
- DORLIN Elsa, *La matrice de la race*, Paris, La Découverte, 2009.
- DUBOIS Fanny, « Les stratégies des firmes pharmaceutiques en matière de contraception », *Analyse FPS*, 2013, <http://www.femmesprevoyantes.be/wpcontent/uploads/2017/09/Analyse2013-firmes-pharmaceutiques-pilule.pdf> (Consulté le 22/09/20).
- DUCHESNE Caroline, « Claudine Sagaert, Histoire de la laideur féminine », *Les comptes rendus*, 09 juillet 2015, <http://lectures.revues.org/18607> (Consulté le 10/08/20).
- DUFÉY Laura, « Les femmes: sexe faible de la santé mentale ? », *Analyse FPS*, 2016, <https://www.femmesprevoyantes.be/2017/02/01/les-femmes-sexe-faible-de-la-sante-mentale/> (Consulté le 21/09/20).

- DUPUY MAURY Françoise, « Sexe et Genre. Mieux soigner les femmes et les hommes », *Science & Santé*, n°38, décembre 2017.
- EDELMAN Nicole, « Éditorial », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 37, 2013, pp. 9-20.
- EDELMAN Nicole, « Que fait le genre à la maladie ? », *Transtext(e)s Transcultures 跨文本跨文化*, 11, 2016.
- EQUETER Charline et ROUCLOUX Clémentine, « La crise de la pilule », *Analyse Corps Ecrits ASBL*, 2019, <https://lstu.fr/8JdkN-z7> (Consulté le 20/09/20).
- FEDERICI Silvia, *Caliban et la sorcière*, Entremonde coll. La Rupture, 2014.
- FEMMES PREVOYANTES SOCIALISTES, « Quelques pistes pour optimiser la santé gynécologique : paroles de patientes », *brochure FPS*, <http://www.femmesprevoyantes.be/wpcontent/uploads/2018/11/Brochure-sante-gynecologique.pdf> (consulté le 20/10/20).
- FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Editions Gallimard, collection tel, 1976.
- GATHON Marie, « Médecine: comment les préjugés masculins ont ruiné la santé des femmes », *Le Vif*, 14 novembre 2019, <https://www.levif.be/actualite/sante/medecine-comment-les-prejugesmasculins-ont-ruine-la-sante-des-femmes/article-normal-1216081.html> (Consulté le 22/09/20).
- GEELKENS Mélanie, « Docteur, les femmes c'est pas du bétail ! », *Le Vif*, 2018, <https://www.levif.be/actualite/sante/docteur-les-femmes-c-est-pas-du-betail/article-normal846663.html> (Consulté le 16/09/20).
- GENECAND Marie-Pierre, « La pilule ? Non, merci, je tiens à ma vie ! », *Le Temps*, 2019, <https://www.letemps.ch/societe/pilule-non-merci-tiens-vie> (consulté le 14/12/20).
- GINESTE Coline, *L'impact du sexisme sur la qualité des soins en gynécologie* (Mémoire de master en Ethique du soin et de la recherche), Université de Toulouse, 2017.
- GOEPPER Sibylle et ROMANET Emmanuelle, « Le genre de la maladie : pratiques, discours, textes et représentations », *Transtext(e)s Transcultures 跨文本跨文化*, 11, 2016.
- GORI Roland, « La surmédicalisation de l'existence est un désaveu du souci de soi », *Champ psy* (n° 42), 2015, p. 55-83.
- HAGAN Louise et PROULX-SAMMUT Lucette, « Promouvoir l'autonomie des femmes à la ménopause : obstacles et pistes d'action », *Le médecin du Québec*, Vol. 35, n°3, mars 2000, pp. 61-65.
- HIBO Sarah et al., « La santé des femmes. Etat des lieux et pistes pour l'avenir », *Une étude des Femmes Prévoyantes Socialistes*, en collaboration avec la Fédération des Centres de Planning Familial des FPS et Solidarité - Mutualité Socialiste, 2014, <http://www.femmesprevoyantes.be/wpcontent/uploads/2017/03/Etude2014-sante-des-femmes.pdf> (Consulté le 01/10/2020).

- IMPARATO-PRIEUR Sylvie, « Les maladies féminines dans l'Espagne du XIXe siècle : spécificités et discours normatif », *Transtext(e)s Transcultures 跨文本跨文化*, 11, 2016.
- JEFFREYS Sheila, « Double Jeopardy: Women, the US military and the war in Iraq », *Women's Studies International Forum*, vol.30, 2007 pp.16-25.
- JIMENEZ Ludovic, « Les compléments alimentaires décollent en Belgique », *DHnet*, 2019, <https://www.dhnet.be/actu/sante/les-belges-toujours-plus-friands-de-complements-alimentaires5de0094b9978e272f93d5a5d> (Consulté le 20/10/20).
- LAHAYE Laudine, « Le tabou des règles : un moyen efficace de contrôler le corps des femmes », *Analyse FPS*, 2018, <http://www.femmesprevoyantes.be/wpcontent/uploads/2018/11/Analyse2018-tabou-des-regles.pdf> (consulté le 15/10/20).
- LAHAYE Laudine, « Politiques familiales et égalité femmes-hommes font-elles bon ménage ? », *Etude FPS*, 2020, https://www.femmesprevoyantes.be/wpcontent/uploads/2020/02/Etude_Politiques-familiales_web.pdf (Consulté le 30/08/20).
- LALMAN Lara, « De la puberté à la fin des règles, une étape longue et sinueuse », *Analyse Corps Ecrits ASBL*, 2013, <https://www.corps-ecrits.be/download/de-la-puberte-a-la-fin-des-regles-uneetape-longue-et-sinueuse/?wpdmdl=1374&refresh=5f71a1acd22571601282476> (Consulté le 20/09/20).
- LALMAN Lara, « L'auto-santé : pratiques et savoirs de femmes », *Analyse Corps Ecrits ASBL*, 2013a, <https://www.corps-ecrits.be/download/lauto-sante-pratiques-et-savoirs-defemmes/?wpdmdl=1341&refresh=5f71a1acd46e01601282476> (Consulté le 20 /09/20).
- LALMAN Lara, « L'institution violente de la médecine », *Analyse Corps Ecrits ASBL*, 2019, <https://www.corps-ecrits.be/download/linstitution-violente-de-la-medecine-2/> (consulté le 14/10/20).
- LE TALEC Jean-Yves et al., « La promotion de la santé au prisme du genre. Guide théorique et pratique », *Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Sante Publique (EHESP)*, 2019.
- LOWY Ilana, *l'emprise du genre*, Paris, La dispute, 2006.
- MARKSTEIN Catherine et RIXOUT Ariane, « Genre, féminisme et pratiques médicales », *Revue Politique*, n°101, 2017.
- MARTIN Emily, « The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male-Female Roles », *Signs*, 1991.
- MARTIN Lisa et al., «The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women - Analysis of the National Comorbidity Survey Replication », *JAMA Psychiatry*, 70, 2013, pp. 1100-1106.
- MASZOWEZ Xénia, « Du rituel comme mode d'empouvoirement », *Analyse FPS*, 2017, <https://www.femmesprevoyantes.be/2017/12/22/analyse-2017-du-rituel-comme-modedempouvoirement/> (Consulté le 10/12/2020).

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Les Femmes et la Santé. La réalité d’Aujourd’hui et le Programme de Demain. Résumé d’orientation*, 2009, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70120/WHO_IER_MHI_STM.09.1_fre.pdf;jsessionid=A714747FC6AC37463F63129ABBE5C93D?sequence=1 (Consulté le 25/08/20).
- PLECHNER Deborah, « Women, medicine, and sociology: thoughts on the need for a critical feminist perspective », dans JACOBS KRONENFELD Jennie, *Health, Illness, and use of Care: The Impact of Social Factors (Research in the Sociology of Health Care, Vol. 18)*, Bingley, Emerald Group Publishing Limited, 2000, pp. 69-94.
- RÉSEAU QUÉBÉCOIS D’ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (RSQAF), *La médicalisation croissante. Où s’en va la prévention en santé publique ?*, http://rqasf.qc.ca/files/3.1.2.medicalisation_croiss_0.pdf
- RTBF, *Une consommation excessive de certains compléments alimentaires peut réduire l’espérance de vie*, 2019, https://www.rtf.be/tendance/bien-etre/sante/detail_une-consommation-excessive-de-certains-complements-alimentaires-peut-reduire-l-espérance-de-vie?id=10191934 (Consulté le 20/10/20).
- SALAMMBÔ Marie, « L’accouchement n’est pas une pathologie », *Le Vif*, 2017, <https://www.levif.be/actualite/sante/l-accouchement-n-est-pas-une-pathologie/article-normal759609.html> (Consulté le 16/09/20).
- SHAINWALD Sybil, « The medicalization of Women », *Women’s Health Advocate*, <https://www.womenshealthadvocate.org/articles/the-medicalization-of-women/>, n.d. SUISSA Amnon Jacob, « Addictions et pathologisation de l’existence : aspects psychosociaux », *Psychotropes*, Vol. 14, p. 61-80, 2008.
- SOLIDARIS, « Vous, vos médicaments et votre pharmacien », Grande enquête Solidaris/Multipharma, 2018, <https://www.institut-solidaris.be/index.php/enquete-medicamentsmultipharma/> (Consulté le 16/12/20).
- VIDAL Catherine & BENOIT-BROWAEYS Dorothée, *Cerveau, sexe et pouvoir*, Paris, Belin, 2005, p.8.
- VIDAL Catherine, *Femmes et santé, encore une affaire d’hommes ?*, Paris, Belin, 2017.
- WAGGONER Miranda et STULTS Cheryl, « Gender and Medicalization », *Sociologists for Women in Society Fact Sheet*, printemps 2010, https://socwomen.org/wpcontent/uploads/2018/03/fact_4-2010-medicalization.pdf (Consulté le 23/09/20).

QUI SOMMES-NOUS ?

Nous sommes un mouvement féministe de gauche, laïque et progressiste, actif dans le domaine de la santé et de la citoyenneté. Regroupant 9 régionales et plus de 200 comités locaux, nous organisons de nombreuses activités d’éducation permanente sur l’ensemble du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

En tant que mouvement de pression et de revendications politiques, nous menons des actions et militons pour les droits des femmes: émancipation, égalité des sexes, évolution des mentalités, nouveaux rapports sociaux, parité, etc.

Nous faisons partie du réseau associatif de Solidaris. En tant que mouvement mutualiste, nous menons des actions et militons contre les inégalités de santé.

Toutes nos analyses et nos études sont disponibles sur notre site :

www.femmesprevoyantes.be



Sous licence Creative Commons



Avec le soutien de :



