



THERAPIE FEMINISTE ET POLITISATION DE LA SANTE

Par Roger Herla, avec l'équipe.



Marie Morel - La liberté des femmes

La santé est un enjeu politique. Définir ce qu'est la bonne santé, décider de ce qui relève ou non de la maladie (mentale), en désigner les causes et choisir les soins appropriés : autant d'actions qui s'inscrivent dans des rapports de pouvoir et qui sont par conséquent porteuses de valeurs et d'une vision du monde. Or, à une époque où la tendance est plutôt à considérer le mal-être et la détresse comme des problèmes essentiellement individuels, il est essentiel de se donner les outils pour replacer les souffrances (qu'elles soient psychiques ou physiques) dans leur contexte social et ainsi « politiser la santé ». La thérapie féministe en est un qui mérite d'être découvert et partagé largement.

Introduction : la santé est politique

Dans les pays occidentaux, les femmes sont majoritaires parmi les individus souffrant de dépression¹ et elles représentent 70% de ceux qui demandent un soutien psychologique ou sont poussés à le faire². Ce recours à un accompagnement le plus souvent individuel pour affronter la souffrance psychique, et la vie tout court, semble d'ailleurs en constante augmentation dans un contexte sociétal où prospèrent la précarité et l'affect³ qui en est le plus représentatif⁴ : l'anxiété.

Dans nos sociétés organisées autour des valeurs d'autonomie et d'accomplissement individuels, les ressources en matière de soin sont majoritairement centrées sur la personne : sa détresse ou ses difficultés sont avant tout considérées comme le signe d'un manque à combler et les objectifs de l'accompagnement sont par conséquent définis en termes d'augmentation ou de récupération de ses capacités à assumer une place active dans la société, sans que les fondements de celle-ci ne soient questionnés.

Cette analyse veut mettre en garde contre le risque que le soin thérapeutique au sens large, en restant « aveugle au genre », re-privatise une détresse qui s'inscrit pourtant dans le contexte spécifique des rapports sociaux de sexe et des inégalités sociales qui en découlent. Elle s'articule autour d'une double hypothèse :

1. La définition sociale de la maladie ou du mal-être, d'un côté, et des méthodes de soin, de l'autre, est une question profondément politique ; comme l'ont démontré les études féministes de la santé en dénonçant, par exemple, une approche biológico-médicale de la dépression des femmes censée être « neutre » mais qui ne prend pas en compte leurs conditions de vie ni, « *plus largement, les conditions qui maintiennent les rôles sociaux de sexe et la division sexuelle du travail (...)* »⁵.

¹ Catherine Des Rivières-Pigeon et Sylvie Fortin, « *Présentation* » du Volume 23 (n°2) de *Recherches Féministes*, 2010. <https://doi.org/10.7202/045663ar>

² Rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, et de la Statistique -novembre 2006. Disponible à cette adresse : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er533.pdf> (la dernière « enquête santé » de l'insee remontant apparemment à 2003)

³ L'affect étant compris ici comme un état émotionnel inséparable des états physiques qu'il suscite comme le suggère Rhiannon Firth, « *Somatic pedagogies : critiquing and resisting the affective discourse of the neoliberal state from an embodied anarchist perspective* », *Ephemera Journal*, Vol 16 (4), 2014. Disponible ici:

<http://www.ephemerajournal.org/contribution/somatic-pedagogies-critiquing-and-resisting-affective-discourse-neoliberal-state>

⁴ Thèse développée notamment par The Institute for precarious consciousness dans l'article « *Anxiety, affective struggle and precarity consciousness-rising* », *Interface*, Vol 6 (2), 11/2014. Disponible ici : http://www.interfacejournal.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/01/Issue-6_2-IPC.pdf

⁵ Catherine Des Rivières-Pigeon et Sylvie Fortin, op.cit.

2. une telle construction politique des notions de santé et de soin, lorsqu'elle traduit les valeurs dominantes à très forte connotation individualiste de nos sociétés, a pour effet de... cacher l'origine politique des souffrances ; en déniant ce qui dans ces souffrances est lié à la position particulière de la personne au sein de cette société et aux rapports de force qui s'y trament, elle se met « au service des normes sociales, sans aucune interrogation du sens, pour les individus, et/ou du coût psychique de cet individualisme, tant pour les individus {eux-mêmes}, que pour les groupes et/ou communautés. »⁶

Pour répondre aux défis que posent un tel contexte et de telles hypothèses, la thérapie féministe s'impose à nos yeux comme une ressource indispensable sur un plan aussi bien théorique que pratique. Née dès les années '70, dans la lignée de la deuxième vague féministe⁷, elle occupe une place modeste mais reconnue dans les institutions et la littérature anglo-saxonnes, mais reste très marginale dans la pratique thérapeutique et médicale francophone.

En encourageant à cultiver l'estime et la confiance en soi ainsi que l'aptitude à poser des choix... tout en prenant conscience et en critiquant, dans l'espoir de les transformer, les assignations et normes sociales à la base de la domination masculine et des rapports sociaux de sexe, la thérapie féministe propose pourtant une stimulante conception de la santé, à la fois politique et intégrative. **Politique puisqu'elle prend en compte les déterminismes sociaux et historiques qui pèsent sur les individus** et permet de penser « bien-être individuel » et « engagement collectif » sans les opposer. Et intégrative (ou globale) dans le sens où elle prend en considération la personne dans sa totalité : son analyse critique des rapports de dominations et de leurs effets sur la santé porte évidemment sur le genre, mais accorde une égale importance aux enjeux de pouvoir liés à la race, la classe, l'apparence, l'âge, l'orientation sexuelle, la religion ou encore la langue.

Nous tenterons de démontrer la pertinence et l'originalité de la thérapie féministe en trois étapes. 1) Tout d'abord en rappelant les limites de la définition aujourd'hui dominante de la santé. 2) Puis en précisant en quoi consiste une thérapie féministe. 3) Et enfin en expliquant comment celle-ci favorise la réflexion critique sur « la société » et la résistance (individuelle et collective) aux discours dominants...rejoignant ainsi les enjeux propres à l'EP.

⁶Marie Santiago Delefosse, « *Actualité de la pensée critique en psychologie de la santé somatique et mentale dans le monde anglo-saxon* », Bulletin de psychologie 2011/1, pages 5 à 13. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2011-1-page-5.html>

⁷ Lire par exemple la présentation qu'en fait Nicole Mosconi dans « *Mai 68 : le féminisme de la deuxième vague et l'analyse du sexisme en éducation* », 2008, disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2008-3-page-117.htm>.

1. Contre une conception néolibérale de la souffrance psychique, du soin et du changement

Aborder la situation des femmes, dans leur diversité, en employant les termes de *souffrance psychique* et de *santé mentale* est la fois nécessaire et risqué.

Nécessaire parce qu'il faut évidemment pouvoir accueillir, mais aussi questionner avec elles, les différentes formes de mal-être exprimés par les femmes et les changements auxquels elles aspirent. Mais risqué parce que ce vocabulaire est tellement en connivence avec celui de l'autonomie néolibérale qu'il semble désigner d'emblée l'intériorité de l'individu comme la source unique de la détresse (vulnérabilité) et d'un renouveau possible (responsabilité).

Dans cette conception dominante, les souffrances personnelles sont bel et bien une question d'intérêt public, mais à condition de correspondre à des étiquettes, à des diagnostics reconnus, et de braquer le projecteur sur l'individu en question, sur sa subjectivité. La souffrance est alors considérée comme le fruit d'une trajectoire de vie marquée par l'incertitude inhérente à nos sociétés, trajectoire qu'il faudrait « activement sécuriser » via un accompagnement qui peut mobiliser différents acteurs sociaux dans différents contextes (par exemple en cas de dépression ou de stress post-traumatique mais aussi pour optimiser la recherche d'emploi, pour assurer le bien-être au sein de l'entreprise et un rapport efficace au travail, ...)⁸.

Les différents courants du Développement Personnel, qui proposent un nombre incalculable de livres et d'outils pour soutenir les êtres humains dans leur recherche de mieux-être, s'incrivent globalement dans cette même logique de responsabilisation de l'individu. Ceux-ci y sont perçus comme ayant leur sort entre les mains puisque détenteurs des ressources suffisantes (principalement mentales et communicationnelles) pour transformer leurs situation, ou au moins la représentation qu'ils s'en font. Dans une telle vision du monde, toute forme de contestation sociale ou de rébellion face aux inégalités, y compris en matière de santé et d'accès à un développement personnel, est d'emblée dévalorisée car hors-sujet : ce n'est pas sur la société et les enjeux collectifs que doivent porter nos espoirs et nos efforts de changements⁹.

Pointer du doigt les problèmes de santé (mentale) risque donc, de façon générale, de détourner le regard de l'oppression collectivement subie pour ne centrer l'attention que sur les vécus individuels et les relations interpersonnelles (notamment dans le couple et sur les lieux de travail). C'est ce que Stéphanie Pache appelle la « sanitarisaiton du politique »¹⁰. Tout en invitant au contraire à « politiser la santé ».

⁸ Alain Ehrenberg, « *Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale* », 2004.

⁹ Nicolas Marquis, « *Performance et authenticité, changement individuel et changement collectif : une perspective sociologique sur quelques paradoxes apparents du 'développement personnel'* », ESKA, Communication et management, 2016/1, pp.47-62.

¹⁰ Stéphanie Pache, « *L'émancipation par la thérapie : analyse critique d'une proposition féministe* », d'abord publié dans H.Buclin, J.Daher, C.Georgiou et P.Raboud (dir.), « *Penser l'émancipation. Offensives capitalistes et résistances internationales.* », Paris, La Dispute,

La question de l'accompagnement de la souffrance n'est donc ni neutre, ni purement individuelle. Elle implique des croyances, une vision du monde et une théorie du sujet (en bonne santé) : c'est-à-dire une définition de ce qu'est un individu humain et de ce que peut être une bonne vie pour cet individu. Elle concerne les soignant.e.s et les client.e.s mais aussi plus largement le monde associatif qui, de façon formelle ou non, est un espace privilégié d'expression des plaintes de ses bénéficiaires.

Dans la mesure où définir la souffrance et le soin est une démarche politique qui s'inscrit dans des rapports sociaux rendus plus ou moins invisibles, quelles définitions alternatives proposer ? Et quelles pratiques inventer ou développer qui soient capables d'insuffler chez les personnes une réflexivité critique sur leurs souffrances et une capacité de choisir et d'agir qui ne soit pas étouffée par les normes sexistes toujours dominantes ? En quoi consistent des thérapies féministes et pourquoi celles-ci ont un rapport étroit avec le changement social auquel nous aspirons ?

2. L'individu, c'est déjà du social. Fondements d'une thérapie féministe (TF).

« Désigner une expérience ou un phénomène comme psychologique et interne, donc ne relevant ni du politique, ni du social, peut transformer la relation de quelqu'un à la réalité dans un sens plus critique envers le féminisme qu'envers le patriarcat. »¹¹

Un courant thérapeutique inspiré par les mouvements de lutte féministes est né dans les années 70, principalement actif, théorisé et institutionnalisé en Amérique du Nord¹². Pour en parler ici, nous nous sommes appuyé.e.s surtout sur un livre de Laura Brown¹³, joliment intitulé « *Dialogues subversifs. Théorie de la thérapie féministe.* »¹⁴ mais également sur le travail d'une médecin et docteure en histoire de la médecine, Stéphanie Pache, dont la conférence à l'Université des Femmes de Bruxelles en novembre 2017 est à l'origine de cette analyse.

La critique des thérapies dominantes, en tant qu'elles participent au maintien des structures sociales inégalitaires patriarcales, est à la base de la psychothérapie féministe. Le patriarcat est la forme d'organisation sociale qui entretient et prend appui sur ces inégalités de genre et sur la dévalorisation des activités assignées aux femmes. Cela passe à la fois par des violences visibles (notamment sexuelles

2013. Disponible à cette adresse : https://www.academia.edu/5851358/L_%C3%A9mancipation_par_la_th%C3%A9rapie_analyse_critique_d_une_proposition_f%C3%A9ministe

¹¹ Laura S. Brown, op. cit., p.33.

¹² Même s'il existe bien entendu des thérapeutes qui se reconnaissent dans certaines formes de féminismes, à notre connaissance aucun.e d'entre elles.eux ne se présente comme « thérapeute féministe » en Belgique ou en France aujourd'hui.

¹³ Toutes les citations de cet ouvrage ont été traduites de l'américain par l'auteur de cette analyse.

¹⁴ Laura S. Brown, « Subversive dialogues. Theory in feminist therapy », BasicBooks, 1994.

et économiques) et par d'autres biais plus insidieux (comme le sexisme bienveillant ou, de façon générale, les stéréotypes de sexe).

La vision du monde patriarcale repose sur une pensée dualiste (hommes-femmes ; rationnel-émotionnel ; puissance-vulnérabilité ; nature-culture) associée à des logiques de compétition, de comparaison et de hiérarchisation des êtres et des actions. De telles logiques se combinent d'ailleurs parfaitement aux oppressions évoquées plus haut : celles liées à la classe, la race, l'orientation sexuelle ou encore l'âge.

L'hypothèse qui fait la spécificité d'une TF est la suivante : vivre en société patriarcale a un impact sur notre intériorité et par conséquent sur notre santé. C'est avant tout le cas pour les femmes et les gays tant les normes en vigueur les assignent, les contraignent et souvent les répriment. Et c'est aussi vrai, dans une certaine mesure, pour de nombreux hommes hétéros qui voient leurs scénarios de vie radicalement limités par les missions que leur impose leur identité sexuelle et les représentations dominantes de la masculinité.

Cette première hypothèse forte a plusieurs conséquences :

-l'inconfort, le mal-être ou la souffrance individuelle ont une signification sociale et politique ; « (...) *toute souffrance mentale s'exprime, en premier, dans des contextes pluriels, historiques, économiques et politiques, qui font sens pour le sujet. En coupant les sujets du sens de leur symptôme, on les sépare de leur histoire de vie, sans leur laisser une possibilité de reconstruction ; ce faisant, il est, alors, facile de promouvoir les traitements pharmacologiques, comme suppléance à cette reconstruction absente* »¹⁵,

-on ne peut espérer éveiller ou soutenir une volonté de changement qu'en **réfléchissant avec la personne à la façon dont le patriarcat** (dans sa communauté d'appartenance propre) **définit ses croyances, restreint ses possibilités de vie**, notamment sur un plan relationnel, et par conséquent a un impact sur son existence concrète,

- ni le patriarcat ni aucune autre forme de domination systémique n'explique entièrement les souffrances ressenties ou les violences exercées ; les êtres humains ont des identités et appartenances plurielles dont il faut tenir compte en thérapie en intégrant à sa pratique, en même temps que la question du genre, toute autre variable sociale qui affecte la vie des femmes et le sens de cette vie (la race, la classe, l'orientation sexuelle, le handicap, l'âge, les caractéristiques corporelles...) :

-le travail thérapeutique est ici un **équilibre fragile fait d'allers-retours entre analyse fine du vécu individuel singulier et mises en lien avec les réalités sociales partagées** (en tant que femmes, en tant que femmes noires, etc.),

-le changement individuel passe donc toujours par la mise en lumière et la **remise en question des inégalités et des normes** qui les justifient, par la

¹⁵ Maria Santiago Delefosse, op.cit.

reconnaissance (y compris par soi-même) d'un soi qui a valeur (y compris en dehors des frontières définies par la norme), puis par les modes de **résistance** qui en découlent

-la résistance peut passer par une démarche en justice mais une telle option est à double tranchant tant les victimisations secondaires restent le lot de nombreuses femmes victimes de violences : **entrer en résistance gagne parfois à s'émanciper de ce qui est autorisé, encouragé ou même visible dans le contexte patriarcal**. C'est pourquoi les solidarités possibles entre femmes, dont celles qui fleurissent dans les espaces non-mixtes, sont si essentielles

-au final, **la TF se veut une expérience « perturbatrice » (disturbing), au sens où elle ouvre la porte à des pensées et modes de vie non-conformistes¹⁶**, plutôt qu'adaptative : elle propose en effet de subvertir les logiques relationnelles et identitaires socialement imposées pour libérer la parole et l'action ; processus que rendent possible la curiosité et l'écoute, le lien thérapeutique et la confiance regagnée, les liens potentiels ou réels avec d'autres femmes...

3. Des espaces thérapeutiques qui nourrissent la résistance

« La dernière psychiatre que j'ai vue (...) et dont j'ai été tentée d'accepter le suivi (elle semblait assez bienveillante et clairvoyante, c'est rare) m'a parlé de « troubles de la personnalité évitante ». En effet, j'assimile très bien les rapports de pouvoir et l'intimidation. Est-ce une maladie mentale ? J'ai vécu des conflits avec des hommes qui voulaient me faire taire et y sont parvenus. Je vois bien aussi que, quand je me sens en confiance, je peux dire ce qui ne va pas ou m'affirmer. Je sais bien que j'ai envie qu'on m'aime et que je ne veux pas déplaire, que donc je suis a priori conciliante (a posteriori, non, faut pas abuser). Mais j'ai l'impression d'avoir ce comportement dans la même mesure que beaucoup de femmes autour de moi, qui ne sont pas très puissantes. Est-ce que les troubles de la personnalité évitante seraient une maladie féminine ? Ou n'est-ce pas une manière de nier les rapports de pouvoir, sous le prétexte qu'on ne peut rien y changer ? »¹⁷

Le défi d'une TF est d'éviter l'inconvénient majeur qu'elle dénonce dans l'accompagnement individuel en général et dans les thérapies en particulier : la pathologisation (et la privatisation) d'un problème politique. Pour cela, il lui faut se différencier des discours et politiques publiques « qui promeuvent le 'bien-être', la résilience, les pratiques thérapeutiques et la 'sécurité' » pour apaiser les

¹⁶ Lire par exemple à ce propos Stéphanie Pache, « Penser l'institution des individus : une critique politique de l'ambiguïté chez Bleger », disponible ici : http://exil-ciph.com/2016/03/03/2016_penser-linstitution-des-individus_pache/

¹⁷ Tchak, « Féminisme et thérapie », récit recueilli sur le site gendertrouble.org, 7/2015. Disponible ici : <https://gendertrouble.org/article198e68f.html>

peurs et l'anxiété vécues par les citoyen.ne.s : avec pour effet de « *(re-)produire cette anxiété en faisant peser sur l'individu la responsabilité à la fois des causes et des conséquences du bien/mal-être, créant des sujets narcissiques, vulnérables et conciliants* »¹⁸, c'est-à-dire dé-politisés et déconnectés de toute action sociale collective.

C'est notamment pourquoi Laura Brown développe une critique argumentée de la psychiatrie quand celle-ci cherche prioritairement à poser des diagnostics.

Dans une perspective féministe, il s'agit donc de nourrir et de s'appuyer sur les graines de colère et d'indignation - qui sont des affects potentiellement dérangeants pour les pouvoirs en place - plutôt que de les mettre sous le tapis en les considérant comme contre-productives ou déplacées et en ne voyant dans la souffrance ou la détresse psychologique que le symptôme d'un problème individuel. Dans le cadre d'un travail thérapeutique féministe, la dignité des individus se construit en interdépendance avec la réflexivité critique et les émotions qui la devancent ou en découlent, y compris la colère et le sentiment d'injustice. Et cela notamment quand ces individus appartiennent à des communautés dominées, malmenées.

Sans même qu'une colère s'exprime d'emblée, l'espace thérapeutique, à l'image des groupes de femmes en éducation permanente, peut être propice pour se raconter autrement à soi-même en accordant un sens différent à ses souffrances ou à ses « symptômes ». Par exemple, la notion de « peur de réussir » dans le domaine professionnel met l'accent sur un manque de courage ou de confiance chez les femmes alors que leurs réticences ou leur malaise peuvent être lus également comme une manière de *déjà* résister aux injonctions et aux valeurs en cours dans tel ou tel environnement de travail.

Vers l'action collective...

Qu'elle s'appuie sur la colère ou permette qu'une façon alternative de se raconter voie le jour, la thérapie féministe passe par une mise en perspective des vécus individuel via l'analyse fine des contextes dans lesquels vivent les client.e.s. Nourrie des apports aux théories politiques féministes des mouvements lesbien et afro-américain, elle introduit une double question dans la relation avec la.le client.e : celle de la place et de la signification donnée au genre dans ses différents contextes de vie et celle des différents types de pouvoir auquel elle est confronté. Ces questions sont comme des fils rouges permettant une analyse exigeante et élargie de l'environnement qui, lui, doit être considéré comme un facteur explicatif majeur de nombreuses souffrances individuelles. Une telle analyse radicale du contexte, quand elle atteint son but, « *mène à une compréhension théorique plus profonde de la façon dont l'oppression patriarcale crée un environnement émotionnel dans lequel certains arbres poussent et d'autres meurent, non parce que l'arbre souffrirait d'un mal quelconque mais parce que le sol est desséché.* »¹⁹

¹⁸ Rhiannon Firth, op.cit.

¹⁹ Laura S. Brown, op.cit., p.61.

On perçoit alors toute la puissance dé-culpabilisatrice d'une telle démarche et en même temps sa capacité à mobiliser vers l'action (collective). En effet, une perception éclairée des enjeux de pouvoir et de leur poids sur sa vie met aussi en lumière son propre pouvoir potentiel dans les rapports de force qui influent de façon plus ou moins visible sur son existence. En dé-privatisant le vécu individuel, la TF fait de l'expérience personnelle un tremplin vers une approche politique de sa propre existence.

Thérapie féministe et politisation de la santé

Collectif contre les violences conjugales et l'exclusion (CVFE asbl) : rue Maghin, 11- 4000 Liège.

Arial 9 pts couleur personnalisée

Publications (analyses et études) : www.cvfe.be

Contact : Roger Herla - rogerherla@cvfe.be – 0471 60 29 70

Avec le soutien du Service de l'Education permanente de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de la Wallonie.