



# #WECARE

Vers une maison de santé LGBTQIA+ inclusive et intersectionnelle à Bruxelles

## Rédaction

Isabelle Gosselin, Observatoire du sida et des sexualités (ULB)  
Psychologue et coordinatrice du CSM l'Adret asbl (Bruxelles – Belgique)

Introduction par Yagos Koliopanos, Sociologue, chercheur à l'Observatoire du sida et des sexualités (ULB)

## Comment citer ce document

Gosselin, I. (2025). #WECARE : *Vers une maison de santé LGBTQIA+ inclusive et intersectionnelle à Bruxelles*, Observatoire du sida et des sexualités, Bruxelles.

## Édition électronique

<https://www.observatoire-sidasexualites.be/publications-et-textes/#WECARE>

Illustration de couverture :  
Florence Akyams, 2024

Conception graphique et édition (couverture & intérieur) :  
Giulia Olyff, Observatoire du sida et des sexualités (ULB)

© Observatoire du sida et des sexualités, 2025  
Université Libre de Bruxelles  
D/2025/10646/01

L'Observatoire du sida et des sexualités, centre de recherche de l'Université Libre de Bruxelles, est reconnu comme Service Support en Promotion de la Santé et en Genre par la Commission communautaire française – COCOF et en tant que Centre d'Expertise en Promotion de la Santé par l'Agence pour une Vie de Qualité – AVIQ.

**OBSERVATOIRE**  
DU SIDA ET  
DES SEXUALITÉS



**AVIQ**

#WECARE

# Vers une maison de santé LGBTQIA+ inclusive et intersectionnelle à Bruxelles

Une recherche-action menée à l'Observatoire du sida et des sexualités (ULB)  
par Isabelle Gosselin

avec le soutien de equal.brussels



Observatoire du sida et des sexualités

## REMERCIEMENTS

Cette recherche n'aurait pas pu voir le jour sans la participation des acteur·ices de terrain, des personnes concernées, des militant·es, des soignant·es, des associations telles qu'Ex Aequo, Tels Quels, Genres Pluriels, Alias, la Plateforme Prévention Sida qui mènent chaque jour des actions à l'attention d'un public en recherche de lieux accueillants, informés, et le plus sûr possible ; sans la communauté LGBTQIA+ dans son ensemble et sa diversité : je les en remercie très chaleureusement. De même, le CHU Saint-Pierre et plus spécifiquement le service des maladies infectieuses, le 320, le CPVS, le service de gynécologie obstétrique, mes anciens collègues psychologues et la direction médicale m'ont soutenue dans ma démarche réflexive sur l'inclusivité des soins en milieu hospitalier. Avoir eu la chance de travailler au sein de cet hôpital universitaire public où toutes et tous bénéficient de soins sans condition a construit ma relation à l'autre dans le « prendre soin », a éveillé mes questionnements, a forgé mon regard critique sur le système de soins de santé. Enfin, mes remerciements les plus chers s'adressent à toute l'équipe de l'Observatoire du sida et des sexualités (ULB) qui permet de mener une recherche féministe et située, qui supporte et accompagne toutes les personnes qui y travaillent avec enthousiasme, confiance, respect et rigueur intellectuelle. Ces deux années à l'OSS ont marqué un tournant dans ma vie professionnelle et intellectuelle. Toutes les relectures, discussions, échanges, accompagnements et recadrages répondaient à une analyse fine et précieuse de la production de savoir. Je remercie du fond du cœur les collègues de l'OSS : Sandrine, Charlotte, Sarah, Giulia, Yagos, Aurélie, Léna, Christian, Sarah.

Enfin, le soutien financier d'equal.brussels a permis de mener cette recherche action. Cela traduit une position politique claire qui vise à réduire les inégalités sociales de santé, à inclure les publics précarisés et minorisés dans les recherches, à fournir un savoir situé, engagé et dégagé d'une position soi-disant neutre. Je les remercie pour la confiance.

## PRÉFACE

par Yagos Koliopanos

« La santé d'abord », « Tant qu'on a la santé », « Prévenir, c'est guérir ». Autant d'expressions souvent répétées, presque évidentes. Pourtant, dans les faits, leur application reste inégalement répartie. Pour beaucoup, surtout celles et ceux appartenant à des groupes minorisés, accéder à des soins de santé de qualité reste un parcours semé d'embûches. Les discriminations vécues, qu'elles soient individuelles ou systémiques, rendent l'expérience du soin souvent incertaine, voire violente. Jugements moraux, incompétence culturelle, institutions inadaptées : le droit à la santé devient pour certain·es une lutte, là où il devrait être un socle commun. Les inégalités — liées à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, à la race, à la classe, à l'âge ou encore au handicap — révèlent combien les promesses d'universalité dans le domaine du soin sont encore loin d'être tenues.

Dans ce contexte, la création d'une MACS (Maison Arc-en-Ciel de la Santé) à Bruxelles représente une initiative à la fois nécessaire et ambitieuse. Pensée comme une réponse concrète aux inégalités systémiques rencontrées par les minorités sexuelles et de genre, elle engage un processus de reconfiguration des normes du soin, en intégrant les enjeux de justice sociale, de compétence culturelle et de reconnaissance des identités. Le travail de recherche mené par Isabelle Gosselin autour de cette initiative propose une plongée critique dans les coulisses de sa mise en œuvre. Il en documente les tensions, les ajustements, les résistances, mais aussi les promesses d'un modèle de soins réinventé par et pour les communautés concernées.

Pour celles et ceux d'entre nous engagé·es dans les champs croisés du genre, de la sexualité, de la race, de la classe et de la santé, cette recherche résonne comme un rappel

essentiel : malgré les progrès réalisés, l'accès à des soins respectueux et informés reste un enjeu de taille pour les personnes LGBTQIA+.

Les obstacles sont multiples : la discrimination directe, le manque de formation des soignant·es, des structures excluantes, les inégalités matérielles. Trop souvent, les professionnel·les de santé sont mal outillé·es pour prendre en charge les réalités plurielles de ces patient·es. Ces réalités se heurtent à des normes institutionnelles encore fortement marquées par des logiques cis-hétéronormatives — cette présomption implicite selon laquelle l'hétérosexualité est la norme légitime et naturelle (Berlant & Warner, 1998) — qui organisent les dispositifs de santé en invisibilisant les vécus minoritaires. Mais au-delà de ces logiques d'exclusion, Gosselin met également en lumière les effets plus insidieux de la cis-homonormativité (Duggan, 2002), cette forme d'intégration conditionnelle qui ne reconnaît que les expressions LGBTQIA+ les plus conformes aux normes bourgeoises, cisgenres et respectables. En d'autres termes, seuls certains profils – perçus comme « intégrables » – accèdent à une reconnaissance institutionnelle, au détriment des vécus plus précaires, non normatifs ou politiquement subversifs.

La méthode d'observation participante adoptée par Isabelle permet de saisir les subtilités de la fabrique d'un lieu de soins inclusif. Elle donne à voir les dynamiques de pouvoir, les formes de confiance ou de méfiance, les gestes d'écoute ou de retrait, les micro-négociations quotidiennes par lesquelles s'expérimente l'inclusivité. Loin d'un idéal figé, celle-ci se révèle comme un processus fragile, parfois contradictoire, toujours situé. C'est aussi une manière d'interroger ce que veut dire « inclusion » sans tomber dans le piège du mot-valise ou du discours performatif. Ces observations servent de prisme à travers lequel nous pouvons comprendre non seulement les composants structurels et organisationnels du centre, mais aussi les interactions humaines et surtout la question des tensions inter- et intracommunautaires, vues sous le prisme du « stress intra-minoritaire » (Pachankis et al., 2020). Ce que révèle ce rapport, c'est que l'inclusivité véritable suppose un travail quotidien : faire place à la complexité, prendre au sérieux les tensions internes aux communautés, reconnaître les asymétries et les conflits comme faisant partie du terrain. En ce sens, il s'inscrit dans une lignée de travaux critiques sur les inégalités sociales de santé<sup>1</sup>, tout en participant d'une réflexion plus large sur la santé comme commun — ni

---

<sup>1</sup> Les travaux – principalement anglophones – portant sur les inégalités sociales de santé touchant les minorités sont relativement nombreux. Une bibliographie en français est d'ailleurs proposée en annexe de ce rapport. On peut notamment souligner le numéro spécial de la revue *Santé Publique* consacré aux

assistance ni enclave, mais espace collectif de négociation, d'expérimentation et de co-construction.

Le positionnement réflexif de la chercheuse, entre implication et mise à distance, entre point de vue éthique et point de vue émique<sup>2</sup>, s'inscrit dans une approche située proche de celle que propose Dorothy Smith (2005) : une observation « depuis l'intérieur », qui vise à rendre compte des rapports sociaux sans les réifier ni les surplomber ; dit autrement : tâcher de voir sans dominer, tâcher de parler sans parler à la place, tâcher de décrire sans figer. Ce regard situé permet de faire de la santé inclusive non pas un mot d'ordre abstrait, mais un terrain de luttes et de savoirs pluriels : savoirs professionnels, bien sûr, mais aussi savoirs d'expérience, savoirs minoritaires, savoirs corporels. Ici, les usager·es ne sont pas de simples bénéficiaires, mais des actrices et acteurs de leur santé. C'est dans cette logique qu'émerge un déplacement du savoir-pouvoir foucauldien vers ce que l'on pourrait appeler un *savoir-avoir* : avoir sa place, avoir voix au chapitre, avoir le pouvoir de participer à la définition même des soins.

À ce propos, un aspect souvent négligé, mais qui devrait avoir une place centrale dans les réflexions sur l'inclusivité et l'intersectionnalité concerne la prise en compte de l'âge. Les personnes LGBTQIA+ âgées restent largement invisibilisées, que ce soit dans les politiques de santé ou dans les représentations collectives. Leur sexualité est fréquemment niée, leur autonomie minimisée, leurs trajectoires méconnues. Pourtant, vieillir dans une société qui a longtemps pathologisé ou criminalisé les identités queer pose des défis spécifiques. Loin des clichés qui associent automatiquement vieillesse et dépendance, ou qui figent les parcours LGBTQIA+ dans la jeunesse et la performance, il est important de penser des soins capables de reconnaître la pluralité des âges, sans hiérarchisation. Il ne s'agit pas simplement d'ajuster les protocoles, mais bien de remettre en question les

---

minorités LGBTQIA+, coordonné par Denis & Rusch en 2022. En ce qui concerne plus spécifiquement la Belgique, les études de Arrey et al. (2016), Pezeril (2017) et Koliopanos (*à paraître*) offrent des éclairages précieux. Bien que centrées sur la sérophobie, ces recherches qualitatives révèlent, de manière plus large, l'ampleur des obstacles structurels qui entravent l'accès aux soins et nuisent à leur qualité pour les personnes concernées.

<sup>2</sup> Selon l'anthropologue Tom Boellstorff qui reprend la dichotomie forgée par le linguiste Kenneth Pike (1954), l'émique représente le point de vue de l'*insider* tandis que l'éthique celui de l'*outsider*. À ce propos, Francis Nyamnjoh écrit : « Cette distinction entre les vertus scientifiques souvent supposées, même si elles ne sont pas déclarées, de l'anthropologue outsider étique et les défaillances de l'insider émique ou de l'anthropologue natif supposément trop émotif et enchevêtré fait penser à une distinction similaire faite par Kazuo Ishiguro (1989) dans son roman *Les vestiges du jour* (42-43), entre la "dignité" et la "retenue émotionnelle" dont jouit le majordome anglais - qui se considère comme le plus méritant la reconnaissance et l'approbation de son maître pour vivre à son image - et les limites des majordomes venant d'ailleurs, qui sont des créatures incorrigiblement émotives, non professionnelles et donc de moindre importance, ne méritant guère plus que d'être critiquées. » (Nyamnjoh, 2015, p. 49).

normes générationnelles qui structurent la médecine et la sexualité. L'inclusivité véritable ne peut donc faire l'économie d'une réflexion sur l'âgisme queer, ses effets, ses angles morts.

Dans cette perspective, le travail d'Isabelle plaide pour des pratiques réflexives et des méthodes queer<sup>3</sup>, en mouvement, et pour des institutions capables d'écouter, de douter, de se transformer. Il propose une vision de la santé profondément féministe, au sens où elle interroge les rapports de pouvoir, valorise les savoirs situés, et vise l'émancipation des plus marginalisé·es. Car, de même que le féminisme n'a de sens que s'il est intersectionnel<sup>4</sup>, la santé ne peut se revendiquer inclusive sans s'inscrire dans cette même exigence.

---

<sup>3</sup> Un élément possible de méthodologie queer serait par exemple de traiter les données qu'on obtient de nos interlocuteur·ices en tant que théorisations des mondes sociaux, pas seulement en tant que documentations de ces mondes sociaux. De nouveau, Boellstorff avance deux thèses résolument heuristiques sur ce à quoi pourrait ressembler une méthode queer : premièrement, il utilise la théorie émique/étique pour soutenir que les méthodes queer doivent renverser cette distinction et permettre « l'émergence de la théorie aussi bien de l'intérieur que de l'extérieur » (Browne & Nash, 2010, p. 21) ; deuxièmement, il soutient que les méthodes queer doivent « surfer sur les binarismes ». Cela implique l'acceptation du fait que « les binarismes sont omniprésents dans toutes les langues ; aucune analyse humaine ne peut les éviter » (Boellstorff, 2016, p. 222), et que ni une identification complète ni une déconstruction totale des binarismes n'est possible.

<sup>4</sup> Dans un sens qui comprenne la conceptualisation originale de Crenshaw (1989) et qui n'évacue pas la primordialité de l'aspect racial. Isabelle revient sur cette question dans la suite du rapport.

## INTRODUCTION

Nous avons mené une recherche à l'Observatoire du sida et des sexualités (ULB) de février 2022 à décembre 2023, subsidee par equal.brussels. Cette recherche s'est inscrite dans un temps politique particulier où des subsides alloués à la recherche concernant la pertinence d'ouvrir une maison arc-en-ciel de santé se superposent à l'allocation de subsides pour la mise en place de cette maison en réponse à une demande émanant du secteur associatif LGBTQIA<sup>5+</sup> lors de la pride 2021.

Les études sur les inégalités sociales de santé et les discriminations à l'égard des publics minorisés en genre et sexualité sont abondantes et rendent compte de ce que l'on pourrait qualifier de dysfonctionnel dans la vision actuelle des soins de santé en général (Donnard & Jung, 2017 ; Alessandrin, 2020) voire des effets sur les pratiques cliniques du travail avec des personnes minorisées en genre et sexualité (Zoldan, 2023). Une vision universaliste dans les soins de santé, aussi louable soit-elle compte tenu de l'importance accordée à l'égalité en matière de soins pour toutes et tous, sans distinction selon la race, le sexe, la classe sociale, est questionnée à la lumière des études de genre qui réfléchissent et pensent les rapports sociaux de sexe, de race, de genre etc.

Cette vision des soins de santé est ébranlée à la suite des mouvements féministes que nous connaissons depuis 2018 et le désormais célèbre #metoo, lesquels en appellent à une meilleure prise en compte des différences, des particularités, des identités, à une déconstruction de la cis-hétéronome qui gouverne nos institutions. Cette recherche sur la santé des personnes minorisées en genre et sexualité implique de facto d'adopter une épistémologie qui tienne compte des savoirs et expériences des personnes concernées. C'est donc avec un point de vue situé (Puig de la Bellacasa, 2003) que nous proposons

---

<sup>5</sup> LGBTQIA+ : Lesbienne, Gay, Bisexuel·le, Trans\*, Queer, Intersexe, Asexuel·le, + tou·tes les personnes qui ne se reconnaissent pas dans l'hétérosexualité ou le cisgenre

d'analyser nos données d'une part, mais aussi d'autre part, avec une attention portée au concept même de savoir mineur *versus* savoir majeur de « *la nécessité et l'intérêt de penser le mineur : grever l'universel pour se saisir de ce qui nous rassemble, non pas à partir de ce qui est identique, mais à travers nos différences.* » (Bourlez, 2018, p. 28).

Notre recherche, effectuée en deux temps, a veillé à répondre dans un premier temps à la question de la nécessité, des intérêts et des freins et limites à l'ouverture d'une maison arc-en-ciel, inclusive et intersectionnelle sur le sol bruxellois. Dans un second temps, elle a porté sur la réelle possibilité de créer un tel espace compte tenu des oppressions intraminoritaires. À partir d'entretiens exploratoires, mais également de *focus groups* mêlant professionnel·les de la santé, acteur·trices et militant·es au sein d'associations LGBTQIA+, intervenant·es sociaux, représentant·es de fédérations, cette recherche de terrain a été réalisée au moyen d'une méthodologie qualitative de type théorie ancrée laquelle permet l'analyse de données brutes. Elle vise « *à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et à la mise en relation progressive et valide de données empiriques qualitatives* » (Paillé, 1994). Les résultats permettent de soulever des points d'attention concernant la complexité des discours et l'ambiguïté ou le paradoxe du militantisme qui surgit et limite la réalisation d'un tel projet ambitieux lorsque les moyens viennent à manquer pour le penser et le construire.

## UNE MACS À BRUXELLES ?

C'est dans un contexte très politisé que des associations communautaires bruxelloises LGBTQIA+ (Alias, Ex Aequo, Genres Pluriels, Tels Quels et la Rainbow house) qui traitent en partie des questions de santé communautaire, portent ensemble le projet d'une maison arc-en-ciel de santé, la MACS. Ce projet est soutenu par les pouvoirs subsidiant, au niveau communal, régional et fédéral. Cette étude menée à l'Observatoire du sida et des sexualités (ULB) et subsidiée par equal.brussels a rendu compte de la nécessité d'une part de créer un espace suffisamment sécurisant pour favoriser l'accès aux soins de santé des personnes vulnérables et/ou minorisées et de s'autoriser le temps de penser cet espace. D'autre part, elle a permis de révéler les impasses et obstacles liés à la condition même du statut minoritaire des personnes acteur·ices qui y travaillent et des bénéficiaires dans la réalisation d'un espace dit « safe, inclusif et intersectionnel ». Un tel projet pourra difficilement être réalisé sans tenir compte des oppressions systémiques en intra-communautaire, sans reconnaissance fondamentale du travail des personnes impliquées dans le projet et d'un financement pérenne, sans implication du réseau de santé bruxellois. Cette maison de santé, si elle vise la réduction des oppressions et l'amélioration des conditions d'accès aux soins, se doit d'être réfléchi en amont, dans une perspective féministe.

Néanmoins, la mise en place de cette maison de santé par le secteur associatif communautaire se dessine peu à peu avec l'occupation temporaire d'un bâtiment situé rue des Grands Carmes, 22 à 1000 Bruxelles. Ce bâtiment appartient à la ville de Bruxelles depuis peu, il a été squatté plusieurs années, est classé et nécessite d'importants travaux de rénovation. Un appel à projet a été remporté par l'asbl Ex Aequo pour occuper ces lieux en proposant un HUB associatif LGBTQIA+ ainsi que le développement d'une maison de santé communautaire. L'occupation nécessite une location et un investissement de moyens

afin de remettre les locaux ou une partie de ces derniers aux normes de sécurité minimales pour y travailler. Les asbl qui profitent de ce lieu peuvent y rester trois ans avant que la ville de Bruxelles entame les rénovations du bâtiment. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2024, la MACS s'est vue accorder un agrément provisoire de deux ans de maison médicale par le collège de la commission communautaire française, qui permet de fournir un budget structurel et offre une meilleure stabilité au projet.

### ***Histoire et santé LGBTQIA+***

L'intérêt pour la santé des personnes LGBTQIA+ n'est pas neuf, mais aujourd'hui, il se démarque de son historicité. En effet, les questions de santé LGBTQIA+ trouvent leur origine avec l'épidémie du VIH/SIDA, qui concernait majoritairement les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH). Les gays et HSH, dans les années 80, subissent de plein fouet les conséquences de ce virus, et ce dans l'indifférence générale la plus totale (Girard, 2021). Il aura fallu des militants et des militantes, des associations (Act Up en France par exemple, ou Appel homo sida<sup>6</sup> en Belgique), des revendications, des actions sur le terrain pour alerter les pouvoirs publics de l'ampleur du phénomène et qu'enfin on s'intéresse à la gravité de la situation, à ces corps malades et oubliés par la société. Depuis lors, des groupes se sont constitués. Des communautés se sont construites afin de proposer des accompagnements médicaux, psychologiques, juridiques aux personnes homosexuelles stigmatisées dans le système de santé classique. Ce communautarisme, au sens noble du terme, est né dans l'urgence et a considérablement marqué toute mobilisation homosexuelle (Marche, 2007).

### ***Militantisme gay, luttes féministes et santé communautaire***

Ces mouvements militants se sont inspirés des luttes féministes radicales des années '70. Par exemple, le *self help* visait à instruire les femmes sur leur propre corps, à les affranchir d'une médecine androcentriste et finalement à leur offrir une démarche collective d'empouvoirement - *empowerment* (Quéré, 2023). La santé communautaire a vu le jour conjointement avec les luttes féministes et les mouvements gays (Broqua, 2005) : devenir acteur·ice de sa santé, révéler le caractère inégalitaire de la relation soignant·e – soigné·e, politiser l'intime. Une alliance entre mouvements féministes et gays semblait poindre à l'horizon. Avec la stigmatisation des communautés homosexuelles dans le décours de

---

<sup>6</sup> « Lutte contre l'homophobie, le sida et la « débauche » en Belgique, hommage à Michel Vincineau, » 16 mai 2019 <https://www.observatoire-sidasexualites.be/vincineau/>

l'épidémie VIH/SIDA, les femmes lesbiennes ont massivement milité et soutenu la communauté gay, subissant elles-mêmes les stigmates de l'homosexualité et de la maladie associée. La domination masculine et la masculinité hégémonique constituées en ennemi commun aux deux mouvements, féminisme et homosexualité masculine, visaient donc une même cible. Le mouvement gay et lesbien apparaît. Ces groupes marginalisés partagent de fait des stratégies communes d'organisation selon Patton (1990, traduit en 2013) ce qui leur permet d'appréhender et de critiquer d'éventuels conflits d'intérêts, des points de divergences avec les groupes plus centraux. La difficulté réside dans l'incompréhension face au manque de coalition entre ces différents sous-groupes minorisés. En effet, même si les femmes lesbiennes ont rejoint les hommes gays dans la lutte contre le VIH/SIDA, leur présence n'a pas permis de majorer l'attention portée aux femmes en général dans la gestion de cette épidémie. De même, la communauté des hommes gays n'a pas permis de relever les spécificités liées à la race pour les hommes gays non blancs. La lutte contre le VIH/Sida est devenue l'affaire d'hommes gays blancs et, même si dans des rôles subalternes, de femmes hétérosexuelles, blanches issues de la classe moyenne. Dans le contexte américain, les femmes hétérosexuelles étaient nombreuses à pratiquer le volontariat. Touchée par la maladie de leurs amis gays, elles s'impliquent davantage dans la lutte contre le VIH sans toutefois remettre en question le sexisme qu'elles pouvaient rencontrer dans la division du travail entre « volontaires » et « experts ». Elles montraient par leur investissement, être éduquée sur la maladie et avoir surmonté leur homophobie. Les hommes hétérosexuels sont quant à eux impliqués dans la recherche, le travail rémunéré, positionnés comme experts « neutres » sur le sujet. Patton (1990) évoque la nécessité de rejoindre pour ces groupes des schémas institutionnels existants, de s'adapter à un modèle existant plutôt que d'en créer un autre qui permettrait de mieux répartir les moyens médicaux et services sociaux à disposition.

Au cours des années '90, sur fond de climat politique moralisateur et du conservatisme Etats-Uniens, on observe un revirement dans les luttes militantes. La priorité en santé porte progressivement sur les jeunes LGBT et les risques d'infections sexuellement transmissibles. Prôner l'abstinence pour lutter contre les IST (et les grossesses non désirées) constitue une réponse face à la stigmatisation des gays qui vise à normaliser les comportements de ces derniers. Il convient de devenir de « bons gays » en intégrant une culture normative. Par exemple, des revendications visant la lutte contre les discriminations à l'égard des hommes gays ont permis leur inclusion dans l'armée avec pour conséquences la virilisation de ces hommes de sorte à les rendre irréprochables

comme militaires, de « bons gays masculins », de « vrais hommes ». Ce changement dans le milieu gay a produit un éloignement entre les luttes féministes et les mouvements gays homosexuels, traduisant de la sorte un dualisme masculin – féminin ; hétérosexuel – homosexuel (Marche, 2007). L'épidémie du VIH/SIDA révèle les difficultés de créer des coalitions intraminoritaires.

À cette même période, des mouvements militants regroupent des associations communautaires qui rejettent cette binarité, c'est la naissance de l'acronyme LGBT (lesbienne, gay, bisexuel·le, trans\*). On observe ainsi une diversité des catégories identitaires de même que l'émergence de discours naturalisant l'orientation sexuelle et l'identité de genre. De ce fait, les luttes LGBT excluent du débat politique les combats féministes qui analysent les homosexualités au prisme des rapports de pouvoir entre les sexes.

Féminisme et militantisme LGBTQIA+ ont subi des influences mutuelles à travers les époques, convergences ou divergences. Proposer aujourd'hui une maison de santé inclusive et intersectionnelle soulève la question des relations entre les mouvements LGBTQIA+ et le féminisme (Pezeril, 2023).

Sous la bannière LGBTQIA+, on retrouve une diversité de personnes, certaines assument dans leur quotidien leur différence, d'autres en font leur fierté, certaines préfèrent maintenir leur sexualité dans la sphère intime et privée, pour nombre d'entre elles, les personnes LGBTQIA+ subissent encore les discriminations des plus « anodines » aux plus violentes, et ce dans toutes les sphères de la société. Cette bannière, aussi diversifiée soit-elle, ne permet toutefois pas de prendre en considération toutes les personnes concernées par les minorités de genre ou de sexualité. En effet, certaines personnes peuvent avoir des pratiques non strictement hétérosexuelles sans, toutefois, s'approprier une identité LGBTQIA+. Il n'empêche qu'elles présentent des spécificités en santé du fait de leurs pratiques.

Si aujourd'hui, la santé des LGBTQIA+ est un enjeu central dans les politiques de santé, la reconnaissance des spécificités en santé des personnes minorisées en genre et sexualité en tant que telle est encore trop fréquemment confrontée à la présomption de « communautarisme » (Berdougo et al., 2022). Il est à noter, comme le dit Broqua (2018, p. 1), « *qu'en dépit de l'évidence selon laquelle il n'existe pas de « communauté homosexuelle » à la fois homogène et aisément délimitable, voire séparable, du reste de la société, la désignation d'un*

*groupe homosexuel supposé au travers de cette expression a des effets politiques bien « réels », en termes tant de représentation politique que de représentation de soi, chez une partie au moins des individus potentiellement concernés ».*

Recourir à la « communauté » a permis des avancées majeures en termes de droits sociaux, de santé, et ce au niveau international. Selon les contextes, la notion de « communauté » diffère, est invoquée positivement ou au contraire, stigmatise les personnes. Comme nous l'avons vu, la « santé communautaire » a connu un tournant majeur avec la lutte contre le VIH/SIDA. La communauté, comme nous l'entendons ici, fait référence au travail communautaire, à l'organisation communautaire et relève dans ce cas d'une approche émanant des sciences sociales, des pratiques du travail social, reprises par la suite par des mouvements de contestations en Amérique du Nord et en Europe (Perreault, 2013). Cette catégorisation révèle les besoins et discriminations en santé tout autant qu'elle se heurte à la diversité des expériences sociales et politiques et à la dénonciation des inégalités sociales.

### ***Spécificités LGBTQIA+ et santé***

Les mouvements militants ont permis la prise en compte des besoins spécifiques en santé des personnes atteintes du VIH, ont favorisé les campagnes de prévention destinées au grand public ainsi que la recherche de traitements. Aujourd'hui, dans le Nord, le VIH peut être relativement contrôlé compte tenu des nouvelles techniques biomédicales de prévention et de traitement, avec le traitement préexposition (la PrEP), le traitement post-exposition, les antirétroviraux et l'indétectabilité du virus, les dépistages rapides, anonymes et gratuits, la création de centres de référence VIH. La prise en charge médicale des personnes concernées par le VIH a mis en évidence les besoins spécifiques en santé des personnes minorisées en genre et sexualité. On trouve davantage de problèmes de santé mentale (angoisses, dépression, tentatives de suicide et suicide, troubles alimentaires), de conduites à risques, de problèmes d'addiction, des facteurs de risques vasculaires plus élevés, des cancers détectés plus tardivement (Alessandrin & Meidani, 2020).

Avec les avancées biomédicales et de meilleures connaissances des spécificités de ce public, la santé des personnes LGBTQIA+ et les inégalités que ces personnes éprouvent dans l'accès aux soins, le suivi et le traitement adéquat, ont été réactualisées, notamment autour de débats concernant la « PMA pour toutes », la pathologisation des corps inter\*, la

psychiatisation des personnes trans\*. Les mouvements sociaux aussi révèlent ces inégalités en termes de prise en charge psychologiques, sociales, souvent résultant du contexte cis-hétéronormé, capitaliste, patriarcal et raciste<sup>7</sup> avec pour conséquences un manque de formation dans le champ des professionnel·les de la santé voire de la stigmatisation et des discriminations dans les consultations (Alessandrin & Meidani, 2020 ; Monheim, 2023 ; Cagnet, 2020).

Actuellement, la santé des personnes LGBTQIA+ couvre désormais un terrain plus large, celui de la santé physique, psychique, sociale et renvoie aux impasses d'une vision universaliste<sup>8</sup> des soins (Gosselin, 2022).

### ***Stress (intra)-minoritaire***

Dans une société cis-hétéronormée, grandir et s'individualiser en tant que personne en situation de minorité (de genre, de sexe, d'orientation sexuelle, mais aussi de race, de classe, on y reviendra), c'est augmenter la probabilité d'être confronté·e à la stigmatisation, au rejet, à la violence, à la discrimination. En ce sens, Meyer (2003) a développé le modèle du stress minoritaire considérant qu'un tel vécu entraîne des comportements d'appréhension et d'évitement dans les interactions sociales, lesquels génèrent un stress chronique susceptible d'engendrer des problèmes de santé spécifiques. Pachankis et ses collègues, (2020) élargissent le propos en rapportant la présence de ces mécanismes d'oppression au sein même des communautés minoritaires, nommé : stress intra-minoritaire. Les mécanismes d'oppression propres au stress intra-minoritaire agissent au sein même de chaque communauté. L'auteur établit dans une enquête qualitative et quantitative que les discriminations dans le groupe HSH opèrent sur base de facteurs de masculinité hégémonique, de classe, d'âge, de race et montre que les discriminations concernent essentiellement les hommes homosexuels et non pas les hommes hétérosexuels. En 2022, Scheer et collaborateur·ices poursuivent ces recherches auprès cette fois-ci du groupe des Femmes qui ont des rapports Sexuels avec des Femmes (FSF) et rendent compte de la disparité en termes de discriminations sexistes, celles-ci sont plus importantes envers le groupe de femmes qui se définit comme appartenant à une minorité de genre ou qui ont une expression de genre dite masculine que pour les femmes

---

<sup>7</sup> Les institutions médicales occidentales perpétuent inconsciemment des pratiques issues d'un passé colonial. (Françoise Vergès, 2019)

<sup>8</sup> « La visée universaliste suppose bien de garantir, par la mutualisation des risques, que - riches ou pauvres, malades ou bien-portants - les citoyens puissent accéder aux dispositifs préventifs et curatifs que requièrent leurs besoins tout au long de leur vie » (Jolivet, 2021).

cisgenres ou dont l'expression de genre est dite plus féminine. Autrement dit, les personnes minorisées en genre et sexualité ne forment pas un tout aspécifique et présentent des expériences bien différentes au regard d'une cis-hétéronorme qui se reproduit à l'intérieur même des communautés, et produit des discriminations que l'on peut qualifier de systémiques, soit des discriminations récurrentes, routinières, renforcées par les inégalités des rapports de pouvoir et organisées par l'ordre social, une configuration historique qui permet leur reproduction (Le Berre, 2021). Le stress intra-minoritaire produit par des rapports sociaux de race, de classe, de genre au sein des minorités LGBTQIA+ a des conséquences sur la santé des personnes : plus de conduites à risques, d'isolement, de troubles de santé mentale et de précarisation.

### ***Une grille de lecture intersectionnelle***

L'intersectionnalité est une démarche fondamentale dans la mise en place d'une maison de santé LGBTQIA+ qui se voudrait inclusive et attentive à ne pas reproduire de mécanismes d'oppression dans les soins. Nous pouvons analyser l'accès aux soins et leur qualité au prisme de cette intersectionnalité (Crenshaw, 2023). Négliger cet outil semble vouer le projet à l'échec, ce serait manquer de vigilance et introduire l'illusion d'une telle démarche. Lire les intrications entre les facteurs de discrimination qu'une personne peut subir permet de favoriser un accès aux soins plus égalitaire, à défaut d'être universaliste. En ce compris le groupe des HSH, majoritairement situé sur le spectre LGBTQIA+, leur position dominante au sein d'un groupe minorisé en genre et sexualité pourrait les conduire à négliger les discriminations que vivent les autres sous-groupes de l'acronyme.

L'intersectionnalité est un concept développé en 1989 par la juriste américaine Kimberley Crenshaw, concept issu des pensées féministes noires américaines, le *black feminism*, qui questionne la notion d'universalité et l'articulation entre sexisme et racisme. Dans les soins, les patient·es ne sont pas une entité homogène, ils et elles ne forment pas un seul groupe indifférencié. La grille de lecture intersectionnelle permet de considérer l'imbrication des facteurs de discrimination, la manière dont ils interagissent entre eux, leur co-construction. L'intersectionnalité met au jour les rapports de pouvoir et les mécanismes d'oppression au cœur des inégalités sociales et de santé. Pezeril (2017) invite à intégrer la question d'intersectionnalité dans les soins afin de lutter contre les stigmatisations et les discriminations, de mettre les personnes minoritaires au centre de la réflexion, de leur donner la parole et de reconnaître les obstacles qui subsistent toujours à l'égalité des droits. Adopter une grille de lecture intersectionnelle, cela implique de «

poser la hiérarchie des sexualités en tant que structure sociale externe à celle des sexes » (Chamberland & Lebreton, 2012, p12). Selon Estelle Carde (2021) il s'agit d'adopter un positionnement épistémologique qui rompt avec un modèle universaliste. « Cette grille de lecture intersectionnelle prend le contre-pied d'une approche selon laquelle les rapports inégalitaires seraient des entités indépendantes les unes des autres et dont les effets sur le vécu des individus s'additionneraient » (Carde, 2021, p. 8). Elle postule au contraire que ces rapports, étroitement imbriqués au sein d'une « matrice de la domination » comme le nomme Collins (2004), interagissent et se construisent mutuellement. Dans l'exemple qui suit à propos des masculinités, l'auteure met en évidence la façon dont l'intersectionnalité, comme outil d'analyse, permet de décrypter la co-construction des rapports sociaux plutôt qu'une simple articulation de ces derniers. Cette co-construction aggrave les effets sanitaires des rapports inégalitaires pour les personnes désavantagées, minorisées. Elle illustre comment la réflexion intersectionnelle permet une meilleure prise en compte de la co-construction des rapports sociaux à l'œuvre dans les inégalités sociales de santé. En effet, l'auteure prend l'exemple des hommes qui présentent des comportements et attitudes associés à la masculinité hégémonique (classe sociale élevée, race blanche, valide, hétérosexualité, ...) et qui se voient attribués un pouvoir sur les femmes, mais aussi sur les hommes qui ne les présentent pas. La masculinité hégémonique devient un modèle exemplaire selon Connell et Messerschmidt (2015, cités par Carde, 2021), même si on retrouve parmi les traits saillants de cette masculinité hégémonique, l'expression d'un fort désir sexuel et de violence physique, soit des comportements prescrits socialement. Ces comportements relèvent de constructions sociales néfastes à la santé des individus qui en sont porteurs et invitent ces hommes par exemple à ne pas reconnaître la douleur, ne pas rechercher de l'aide, à démontrer un intérêt permanent pour le sexe et ce, de manière souvent agressive ou en prétendant une certaine « invincibilité » aux risques encourus pour leur santé (Courtenay, 2000). De tels comportements (par exemple l'alcoolisme, l'excès de vitesse dans la conduite automobile) seraient largement responsables de l'effet paradoxal de la surmortalité des hommes par rapport aux femmes. Paradoxal car compte tenu des privilèges sociaux liés à la condition des hommes par rapport aux femmes, on pourrait s'attendre à l'effet inverse. La masculinité hégémonique serait davantage reconnue chez les hommes qui bénéficient d'un statut majoritaire (blanc, cis, valide...), les hommes minorisés tendraient à accentuer les traits saillants de cette masculinité hégémonique. Afin de « passer pour de vrais hommes ». Ils sont en ce sens davantage exposés à des problèmes de santé. Courtenay illustre ce propos en prenant pour exemple

les hommes minorisés en sexualité qui pourraient tendre à multiplier les rapports sexuels à risque non protégés. Ils exposent de la sorte davantage leur santé en prenant des risques, en adoptant des comportements qui les ramèneraient au plus près de la notion de masculinité hégémonique. « L'effet du genre sur la santé serait ainsi modulé par les positions que chaque homme occupe simultanément au sein des autres rapports sociaux » (Carde, 2021, p.17).

La perspective intersectionnelle fournit un outil pour analyser les liens entre identité, expérience et perspective politique. Nash en 2008 (citée par Lépinard, 2020) le souligne, l'intersectionnalité permet de considérer les catégories qui sont systématiquement marginalisées par un rapport de pouvoir et en même temps privilégiées par un autre.

Cependant l'intersectionnalité fait aussi l'objet d'une certaine mode et son utilisation "dévoyée" peut conduire à effacer la race (Bilge, 2009) ou à blanchir le concept à travers sa mainstreamisation. Or la race est un concept central qu'il est important de travailler pour se prémunir des formes de pensée politique ou d'activisme basées sur un certain "sexonationalisme" (Pezeril et al., 2023), qui consiste à se percevoir comme garant des droits sexuels et de genre, en particulier des minorités, sous prétexte d'être issu d'une culture occidentale dite avant-gardiste, ouverte et progressiste. Ces luttes pour l'égalité des droits des personnes minorisées en genre et sexualité risquent d'être instrumentalisées à des fins racistes et islamophobes (Fassin, 2020).

## MÉTHODOLOGIE

Dans la construction d'un projet de maison de santé LGBTQIA+, nous interrogeons la manière dont la santé des bénéficiaires pourra ou non être entendue à la lumière des rapports sociaux et inégalités sociales. Cela suppose d'intégrer la diversité des publics bénéficiaires et de proposer un accompagnement non discriminant.

Avant de développer les deux temps de cette recherche et leur méthodologie respective, il nous paraît crucial de spécifier l'épistémologie de point de vue à partir de laquelle cette recherche s'inscrit et les implications que cela a sur les résultats. Cette approche révèle les défis et les opportunités inhérents à une recherche engagée.

### *Épistémologie du point de vue*

Selon Harding (1986), le savoir produit est toujours situé socialement. « Il s'agit donc de repenser ce qu'est l'objectivité, le rapport entre science et pouvoir, et les conditions de production du savoir. Il s'agit aussi d'affirmer que des connaissances produites différemment, par des sujets différents, peuvent avoir une visée politique d'émancipation — tout en étant bien de véritables savoirs » (Lépinard & Liébert, 2020, p.31).

L'épistémologie du point de vue est une manière d'envisager la relation entre sujet et objet de connaissance. Partant de l'idée que la production de savoirs est le résultat de rapports de pouvoir auxquels les chercheur·euses sont inévitablement soumis·es, l'appartenance à un groupe minorisé socialement, tel que celui des femmes, permet une double expérience du monde, une double conscience : celle vécue en tant que personne minorisée dans sa vie personnelle et celle expérimentée dans le monde académique. Dès lors, cette position sociale entraîne deux types de production de connaissances qui diffèrent et ne sont pas dans une relation d'égalité, « car le monde des hommes fait autorité sur le monde des femmes » (Lépinard & Liébert, 2020, p. 24). Partant de ce constat, faire de la recherche en

tant que personne minorisée implique de passer sans cesse d'une conscience à une autre, celle de son expérience propre et celle des groupes dits privilégiés ou d'autres groupes minorisés. L'expérience sociale d'un groupe diffère de celle d'un autre groupe, l'existence d'une conscience propre à un groupe social discrédite la prétention qui voudrait produire un savoir neutre et objectif, indépendant de la personne qui l'énonce. Le sujet qui produit de la connaissance est immergé dans le monde social.

Haraway (citée par Lépinard & Liébert, 2020) nous met en garde contre une position qui se voudrait non située, sans localisation identifiable dans la production d'un savoir. En effet, être à la fois partout et nulle part rend compte d'une position particulière, celle des sujets dominants, que les institutions qui la soutiennent rendent possible en organisant son apparente neutralité, objectivité. Selon Haraway, « qui dit vision non située, hors d'une localisation identifiable, dit irresponsabilité de celui ou celle qui produit de la connaissance à partir de cette prétendue absence de localisation » (citée par Lépinard & Liébert, 2020).

Considérer que tout point de vue est situé permet de rendre des comptes sur ce savoir, la façon dont il a été construit, pensé, analysé, produit. Le point de vue des personnes minorisées n'est pas exempt de critiques, il n'est certainement pas plus objectif, car, par sa position, il ne peut effacer « les traces de sa production » contrairement à un savoir produit de « nulle part ».

### ***Questions de recherche***

La recherche #WECARE vise à répondre à un besoin émanant du terrain et des publics concernés. « Prenons soin de nous » était le slogan de la pride 2021 de Bruxelles ou comment peut-on améliorer le système de soins de santé à Bruxelles et réduire les inégalités sociales de santé ? Nous exposons ci-dessous les deux temps majeurs de cette recherche : #WECARE I comme projet de recherche exploratoire sur la nécessité ou non d'ouvrir une maison de santé inclusive et intersectionnelle à Bruxelles et #WECARE II qui interroge la capacité réelle à proposer un espace *safer*, inclusif, intersectionnel au regard du stress intra-minoritaire et de la reproduction des mécanismes d'oppression au sein même des communautés minorisées.

### #WECARE I (Février 2022 – Août 2022)

Au vu des données issues de la littérature, l'insuffisante prise en charge bio-psycho-sociale des personnes minorisées en genre et sexualité, au prisme de l'inclusivité et de l'intersectionnalité, s'avère aujourd'hui constituer un frein majeur pour la santé de ces personnes. Le manque de formations des professionnel·les de santé, l'inadéquation des institutions de soins, l'appréhension des personnes minorisées face au jugement, aux discriminations, au rejet nous amènent à penser une nouvelle forme de prise en charge bio-psycho-sociale. Notre étude nous conduit à nous interroger sur la pertinence de créer une maison de santé spécifique pour les personnes minorisées en genre et sexualité, une maison de santé qui serait inclusive et intersectionnelle, dont le management serait pensé en vue de réduire au maximum les mécanismes d'oppression à l'œuvre dans les soins de santé, mais aussi au sein de l'équipe de professionnel·les elle-même. Une maison de santé qui veillerait à inclure toute personne minorisée et celles qui ne se sentent pas accueillies dans les institutions habituelles.

Notre première question de recherche était : quels sont les freins et les avantages à la mise en place d'une maison arc-en-ciel de santé, inclusive et intersectionnelle sur le sol bruxellois ?

### #WECARE II (Septembre 2022 – Juillet 2023)

La deuxième partie de recherche s'est intéressée dès lors aux manières de répondre aux besoins spécifiques des potentiel·les bénéficiaires d'une MACS, à partir des points soulevés dans la recherche #WECARE I.

La MACS a pour objectifs de proposer un espace le plus *safe* possible, un espace de santé innovant, de qualité, un lieu inclusif. Cela implique de penser les mécanismes d'oppression à l'œuvre au sein même des communautés LGBTQIA+, soit le stress intra-minoritaire que subissent des personnes qui croisent différents facteurs de discriminations ou qui se situent à des niveaux inférieurs de la hiérarchie sociale.

Nous avons donc posé comme question de recherche : comment, compte tenu des mécanismes d'oppressions en intra-communautaire, est-il possible de créer un espace inclusif, intersectionnel et plus *safe* ?

## *Procédure et analyses*

Pour chaque volet de cette recherche, nous avons utilisé une méthode qualitative. Dans le premier temps, des entretiens exploratoires et un *focus group* ont été réalisés avec les associations de terrain et le secteur médico-social. Dans le temps deux, plusieurs ateliers de réflexions (focus-groupes) ont été menés avec des personnes impliquées dans le projet MACS, des expert.es et des personnes concernées.

### *#WECARE I : Analyse par secteurs*

Les différentes associations communautaires de santé ont émis des revendications en santé à l'occasion de la pride 2021 sous le #WECARE. Un premier temps nous conduit à rencontrer les acteur·trices de terrain sous format de 16 entretiens exploratoires. Comme dit précédemment, nous contactons d'abord les "associations-mères" porteuses du projet MACS à savoir Ex Aequo, Alias, Genres Pluriels, Tels Quels et la Rainbow House et les professionnel·les de santé du CHU Saint-Pierre. Nous les rencontrons séparément afin d'entendre leurs besoins, constats, souhaits, appréhensions, projections, difficultés.

Ensuite, afin d'élargir les propos à d'autres horizons, nous rencontrons d'autres associations moins ou pas du tout impliquées dans le projet MACS, mais qui rencontrent un public diversifié en termes de race et/ou de classe sociale. Elles participent, de par leurs missions et objectifs, à promouvoir une santé communautaire et développent soit un accueil spécifique en santé pour un public cible comme c'est le cas pour la Plateforme Prévention SIDA avec son projet de prévention à destination du public HSH afro-caribéen, soit elles portent un projet similaire à la MACS en vue de créer un centre de santé inclusive : les associations Transkids et O'Yes pour l'Épicentre en favorisant l'accès aux soins avec une pratique de prix bas.

Enfin, nous rencontrons des professionnel·les de santé qui travaillent dans les institutions de soins, notamment au CHU Saint-Pierre, avec lequel la MACS privilégie un lien collaboratif. Dans ce cadre, nous rencontrons : la direction médicale, la responsable des psychologues, la cheffe de service des maladies infectieuses ; les infirmières sociales et l'équipe du planning familial le 320 rue haute ; la cheffe de service et la coordinatrice du CPVS.

Pour chaque rencontre, nous invitons les partenaires à se présenter, à décrire leur association et/ou organisation. Nos entretiens sont menés avec flexibilité, en tenant compte des propos évoqués par les interviewé·es. Globalement, différentes thématiques sont questionnées :

- Leur positionnement par rapport à l'idée d'une maison de santé spécifique pour les personnes minorisées en genre et sexualité, quels seraient les intérêts et freins à proposer une telle structure, pour leurs bénéficiaires / usager·es / patient·es, mais également pour leur structure / organisme / association / institution.
- Leur expérience vécue sur le terrain par rapport aux besoins spécifiques des LGBTQIA+, leurs connaissances, leurs craintes.
- Les notions d'inclusivité et d'intersectionnalité, ce inclus les questions raciales, la précarité dans les soins et les manières de répondre aux inégalités sociales de santé.
- Les rapports de pouvoir à l'œuvre dans les relations soignant·es – soigné·es.
- Les conditions pour un lieu-dit *safe*.
- Le souhait de participer ou non à un projet de maison de santé LGBTQIA+ inclusive et intersectionnelle.

A la suite de ces entretiens exploratoires, dans un deuxième temps, nous proposons de réunir les différentes parties durant un temps d'échanges sous forme de *focus group*. Ce *focus group* est animé par la chercheuse et observé par deux membres de l'Observatoire du sida et des sexualités en guise de support, de prise de notes, de recul nécessaire au cours des échanges.

Dix-sept participant·es ont été invité·es par email : les membres des associations Ex Aequo, Alias, Tels Quels, Genres Pluriels, O'Yes, Transkids, la Plateforme Prévention Sida, la Rainbowhouse; pour le CHU Saint-Pierre : la coordinatrice des psychologues, l'équipe du service des maladies infectieuses, du 320 rue haute, du CPVS, un médecin dermatologue, un médecin gynécologue, la direction médicale; pour le planning familial le Plan F la coordinatrice des psychologues, pour la fédération laïque des plannings familiaux, la coordinatrice; pour le réseau des Maison médicale, la coordinatrice. Douze personnes ont pu participer au *focus group* qui s'est tenu le 24 juin 2022 à l'ULB durant 4 heures. Aucun médecin n'a pu se libérer, nous n'avons pas reçu de réponses de la Rainbowhouse, ni de la fédération des maisons médicales, et une personne de l'asbl Transkids s'est excusée. Parmi les participant·es, deux personnes étaient psychologues au

sein du service des maladies infectieuses du CHU Saint-Pierre, une psychologue responsable du CHU Saint-Pierre, une infirmière social du 320 rue Haute, deux travailleurs sociaux de l'asbl Ex Aequo, une psychologue pour l'asbl Genres Pluriels, une travailleuse sociale de l'asbl Alias, une travailleuse sociale de l'asbl O'yes, une coordinatrice de la Fédération laïque des plannings familiaux, une psychologue responsable du Plan F, un travailleur social de la plateforme prévention sida.

Trois thématiques ont été abordées, chacune initiée par une présentation théorique et pratique (retour sur les entretiens exploratoires). Ces trois thématiques sont :

- Freins, limites et atouts pour une maison de santé LGBTQIA+ inclusive et intersectionnelle ?
- La question de l'intersectionnalité comme angle d'approche, comme outil de travail en santé, ses intérêts et ses freins
- La question d'un lieu *safe* et sa réelle possibilité, ce qui le définit comme tel, ce qui empêche la sécurité des professionnel·les et des bénéficiaires

#### *#WECARE II : Une analyse thématique et transversale*

A partir de l'analyse des résultats de l'enquête #WECARE I et grâce aux discussions d'équipe à l'Observatoire du sida et des sexualités, nous avons déterminé 5 thématiques à discuter en *focus group*. Le choix de ces thématiques repose sur l'analyse des résultats de #WECARE I. De manière transversale, ces points parcouraient l'ensemble des discussions tant au cours des entretiens exploratoires que du *focus group*. L'analyse détaillée des différents échanges a permis de soulever des points de divergence et de convergence entre les personnes. Nous les avons relevés et mis en discussion. Il s'agit des thématiques suivantes :

- Structure, management et hiérarchie : comment penser un espace de santé où les acteur·ices de terrain ne reproduisent pas les mécanismes d'oppression ? Quel type de gouvernance adopter et comment y parvenir ? D'un modèle hiérarchique vertical à l'auto-gestion, comment tenir compte des rapports de pouvoir dans la relation soignant·e-soigné·e ?
- Quelle offre de soins ? Faut-il proposer une offre de soins généraliste ou spécifique ? Favoriser un accueil bas seuil en permettant la gratuité des soins, des horaires flexibles, de la pair-aidance est-il réaliste ?

- Inclusion, intersectionnalité, espace *safer*? S'accorder sur la définition de ces positions politiques et établir les conditions nécessaires à la mise en application de ces principes.
- La MACS : une identité propre ? vers un décloisonnement associatif : mutualiser les ressources, se décaler de son association de santé communautaire pour créer un nouveau lieu avec son propre fonctionnement et ses propres valeurs.
- Une santé féministe ? Quelle place attribuée aux femmes et comment penser les soins de santé dans une vision féministe ?

Ces *focus groups* étaient réalisés dans le but d'une part de contribuer à la mise en place de la MACS avec les acteur·ices concerné·es, des personnes expertes, des personnes concernées. Nous avons utilisé ce matériel pour réaliser un cahier des charges (pour ex aequo asbl) en vue de planifier la mise en œuvre de la maison de santé.

Pour la recherche #WECARE II, nous utilisons ce matériel afin d'approfondir la question du stress intra-minoritaire, des discriminations et stigmatisations à l'intérieur de la communauté LGBTQIA+ qui pourraient entraver, souvent à l'insu des personnes concernées, le processus de construction de cette MACS.

Pour réaliser ces différents *focus groups*, nous avons convié un large panel de personnes concernées par le projet MACS, mais également des professionnel·les du secteur « santé LGBTQIA+ » bruxellois. L'association Ex Aequo a par ailleurs construit une liste « des bonnes fées » regroupant toutes les personnes susceptibles d'apporter leur pierre à l'édifice. Nous les avons contactées également.

Il s'agissait d'inviter les coordinations et membres des associations partenaires (Alias, Ex Aequo, Genres Pluriels, Rainbowhouse, Tels Quels), des associations de santé communautaire (la Plateforme Prévention Sida, Transkids), des coordinateur·ices de centre médicaux (le Plan F, Épicentre), des coordinateur·ices de fédérations de santé ( la Fédération Laïque des Centre de Planning Familial et la fédération des maisons médicales), des professionnel·les de santé issu·es du CHU Saint-Pierre, hôpital privilégié dans le réseau de soins de santé envisagé par la MACS (direction médicale, service des maladies infectieuses, coordination des psychologues, le 320 Rue Haute, endocrinologue

et gynécologue), des personnes expertes et concernées sur les questions d'intersectionnalité.

Un courrier électronique en guise d'invitation détaille les thématiques par sous-questions. Il est accompagné d'un formulaire d'inscription. Différentes dates et moments sont proposés pour chaque thématique de sorte à permettre à un maximum de personnes de se joindre aux discussions. Un rappel est envoyé avant chaque *focus group*.

Pour chaque *focus group*, une observatrice/rapporteuse de l'équipe de l'Observatoire du sida et des sexualités était présente. Les *focus groups* se sont déroulés aux Grands Carmes (future MACS) pendant deux heures. Un rappel des précédentes discussions, des questions du jour et du double positionnement de la chercheuse (chargée de projet chez Ex Aequo et en même temps chercheuse à l'Observatoire du sida et des sexualités) inaugurerait chaque séance. Les échanges ont été enregistrés et retranscrits.

Une première analyse des verbatim a permis d'établir le Cahier des charges pour l'asbl Ex Aequo. Cette première analyse visait à déterminer les objectifs de la MACS, les différents temps nécessaires pour sa réalisation, les moyens financiers à déployer.

Une seconde analyse, dans l'après-coup et réalisée de manière indépendante à la fonction de chargée de projet chez Ex Aequo (le contrat étant terminé), nous a permis de prendre un certain recul, d'analyser tant les dynamiques au sein des différents *focus groups* que les thématiques transversales, récurrentes et polémiques avec une grille de lecture intersectionnelle.

Ces temps de rencontre, aussi fructueux étaient-ils, ont révélé certains aspects particulièrement importants à souligner pour la faisabilité d'un tel projet. Les répondant·es se sont réparti·es comme suit :

Atelier 1 : structure	N = 13
Atelier 2.1 : offre de soins	N = 9
Atelier 2.2 : offre de soins	N = 16
Atelier 3 : intersectionnalité	N = 6
Atelier 4 : décroisement	N = 9
Atelier 5 : santé féministe	N = 6

Une majorité d'hommes ou dont l'expression de genre est masculine ont fréquenté les 3 premiers ateliers, une majorité de femmes ou dont l'expression de genre est dite féminine ont fréquenté les deux derniers ateliers avec pour l'atelier sur la santé féministe un seul homme présent. Une diversité raciale a également été observée en fonction des thématiques, les personnes racisées étant systématiquement moins nombreuses, les ateliers 1, 3 et 4 ont été les plus diversifiés.

Nous avons observé, au fil des rencontres, un certain essoufflement des participant·es, marqué par l'absence de personnes dites « moins concernées » par la thématique ou des personnes en charge de coordonner le projet MACS. A titre d'exemple, le *focus group* concernant la santé féministe, la place des femmes et le sexisme au sein d'une MACS n'a réuni que 6 personnes, des femmes cisgenres. Un homme qui travaillait dans les locaux s'est joint au groupe au vu de son « temps libre ». L'atelier concernant l'intersectionnalité a également été fréquenté par des personnes majoritairement non blanches ou directement impliquées et militantes sur ces questions. Les premiers ateliers ont rassemblé une diversité de personnes allant parfois jusqu'à près de 15 participant·es issu·es du milieu professionnel, communautaire et des potentiel·les bénéficiaires.

« Au final de toutes ces rencontres, ce serait intéressant que les personnes au pouvoir puissent être là et les autres personnes puissent être présentes aussi, qu'il y ait une mixité et qu'ils puissent prendre conscience qu'il y a une parole partagée par un ensemble de personnes, bénéficiaires, indépendants” “ que les personnes au pouvoir dans les assoc' soient invitées. Que ça puisse être discuté, que ce ne soit pas moi le vecteur du oui-non. Ce serait bien que les personnes qui sont au pouvoir dans notre assoc' puissent venir discuter des décisions prises. » (Atelier 3 : décroisement ; travailleuse sociale dans asbl de santé communautaire)

Ce premier constat interroge directement la notion du projet politique, de la charte de valeurs à définir. Quel est le sens de ces rencontres si les personnes impliquées directement dans le projet MACS, les personnes qui sont actuellement à la coordination des associations impliquées, ne sont pas présentes pour discuter, échanger, élaborer le projet ? Leur absence a engendré un certain pessimisme, une désillusion, voire parfois un sentiment de colère et d'impuissance. Cette absence a renvoyé aux participant·es leur place de personnes minoritaires au sein même des communautés LGBTQIA+. Être femme et/ou être une personne racisée dans les communautés LGBTQIA+, c'est à nouveau devoir forcer le passage pour se faire entendre, c'est lutter pour avoir une place certaine et égale. Être un homme, cisgenre, blanc et homosexuel, dans la communauté

LGBTQIA+, c'est être assuré d'avoir sa place, c'est ne pas s'inquiéter de ne pas être entendu.

« C'est un bon exemple, les HSH dont on parlait, ils ne sont pas ici, ils ne sont pas autour de la table et pourquoi ? Parce qu'ils partent du principe que de toute façon on ne va pas leur prendre leur chaise, c'est leur chaise, elle est à eux cette chaise, y'a pas de problème, ils sont déjà autour de la table. Ils n'ont pas besoin de venir discuter, on va laisser les autres discuter de ça. Et après on va venir avec un veto si quelque-chose ne nous sied pas. C'est toujours la même dynamique. » (Atelier 3 : décloisonnement ; experte « intersectionnalité »)

La reproduction des mécanismes d'oppression à l'intérieur des minorités semble inévitable et difficile à enrayer en l'absence d'une partie des personnes concernées. Comment dès lors définir un projet politique cohérent, une charte de valeurs communes ? Comment s'assurer que les concepts d'inclusion et d'intersectionnalité ne soient pas utilisés à des fins de communication plutôt qu'aux bénéfices des futur·es usager·es ?

« C'est ça le souci, si on ouvre un service inclusif et intersectionnel et que ça ne soit qu'une vitrine, ça n'a pas de sens. D'où l'idée de voir l'intersectionnalité comme un outil, il ne faut pas que le dire, il faut aussi le faire. » (Atelier 3 : Intersectionnalité ; travailleur social et coordinateur asbl santé communautaire)

Afin de rendre compte des thématiques émergentes, nous avons dans un premier temps analysé le contenu et les échanges de chaque *focus group*. Ces analyses ont permis de relever des points de convergence et de divergence dont nous avons rendu compte dans le cahier des charges pour l'asbl Ex Aequo. La distribution du pouvoir et l'organisation en interne d'un fonctionnement qui veillerait à ne pas reproduire de mécanismes d'oppression étant la principale thématique. L'offre de soins et l'accès bas seuil, le public cible, la santé communautaire sont autant de points qui ont mis les participant·es au travail durant ces 5 *focus groups*.

En ce qui concerne notre enquête #WECARE II, dans la suite de la question concernant l'intérêt et les limites à ouvrir une maison de santé inclusive et intersectionnelle à destination d'un public minorisé en genre et sexualité, nous analysons, de l'intérieur de la MACS, la manière dont une grille de lecture intersectionnelle et inclusive peut être mobilisée dans la mise en œuvre d'une telle structure. En effet, donner la parole et le pouvoir d'agir aux personnes concernées par les discriminations lgbtqiphobes dans la mise en place d'une MACS rend compte d'une volonté politique d'améliorer l'accès aux soins de santé considérant le savoir-pouvoir des personnes concernées.

**Nos premières observations** interrogent la capacité des intervenant·es dans le projet à se situer en tant qu'acteur·ices de la création de la MACS et réorientent dès lors notre question de recherche comme suit : « **Comment, au regard de leur position sociale de personnes minorisées, les personnes impliquées dans un projet de maison de santé inclusive et intersectionnelle peuvent-elles ou non être attentives à ne pas reproduire de mécanismes d'oppression au sein de la structure ?** »

Plus précisément, compte tenu du statut minoritaire des personnes impliquées dans un tel projet et de leurs inévitables homophobie intériorisée, racisme internalisé (Williams & Williams-Morris (2000), cités par Speight, 2007) et sexisme internalisé (Bearman, 2019), comment leur positionnement social impacte-t-il la création d'une maison inclusive et intersectionnelle ? **Le stress intra-minoritaire d'une part, l'homophobie, le racisme et le sexisme internalisés d'autre part sont-ils des facteurs clé dont il faut tenir compte dans la création de cette maison de santé ? Les paramètres d'âge, de validisme ou encore de classes sociales sont-ils les grands impensés d'une structure inclusive et intersectionnelle ?**

## ANALYSE DES RÉSULTATS

L'analyse des résultats est présentée ici en deux temps. Pour la recherche # I (déterminer les atouts et freins à l'ouverture d'une maison de santé LGBTQIA+ inclusive et intersectionnelle), ce document propose les résultats les plus saillants ayant émergé de cette enquête<sup>9</sup>. A la suite, et à partir de ces données préalables, les résultats de l'enquête # WECARE II (déterminer les atouts et les freins en intra-minoritaire) seront présentés.

### **# WECARE I**

Comment repenser notre système de soins de santé à la lueur de ces phénomènes sociaux ? C'est ce que nous avons voulu interroger dans cette première partie de recherche. Nous avons donc mené une enquête de terrain auprès des acteur·ices de terrain afin de déterminer les atouts et les freins d'une potentielle maison de santé LGBTQIA+ inclusive et intersectionnelle, sur le sol bruxellois.

Les entretiens exploratoires et le *focus group* avec les associations communautaires de santé, impliquées ou non dans le projet MACS, avec des professionnel·les de santé issu·es de milieux hospitaliers, de planning familial et de maisons médicales ont permis de montrer un grand intérêt pour la question des inégalités sociales de santé, les échanges au cours de ce *focus group* ont été vifs, stimulants et témoignent d'une réelle volonté de la part des participant·es, de contribuer à la mise en place d'un dispositif spécifique de santé. Toutes et tous se sont dit enthousiastes et dans l'idée apprécieraient d'intégrer le projet. Néanmoins, les différentes discussions ont été menées autour de ce que pourrait être une

---

<sup>9</sup> Pour plus de détail, un dossier complet a été réalisé en 2022 et remis au pouvoir subsidiant equal.brussels.

maison de santé LGBTQIA+ inclusive et intersectionnelle idéale. Les participant·es ont été invité·es à se prononcer sans tenir compte des limites potentielles, de la réalité du terrain, mais plutôt d'imaginer une maison de santé « parfaite » à leurs yeux. L'exercice n'était pas simple et a laissé rapidement entrevoir les limites du projet appréhendées par les participant·es.

Si les personnes s'accordent sur la nécessité de réfléchir à l'accueil des publics minorisés en genre et sexualité, toutes et tous ne sont pas forcément d'accord sur l'idée d'ouvrir un lieu spécifique. C'est l'éternelle question de l'universalisme versus le communautarisme dans les soins qui est posée. Avec nuance, l'ensemble des personnes soutient le projet, « *tant qu'il sera nécessaire d'en passer par là* » pour que les patient·es issu·es de minorités puissent recevoir des soins de qualité et adaptés à leurs besoins spécifiques. Afin de répondre à cette question clivante sur l'universalisme, la proposition d'un travail de réseau, de collaborations avec des services externes (hôpitaux, maisons médicales et plannings familiaux) ou avec des professionnel·les identifié·es permettrait de dépasser ce clivage. De plus, en visibilisant les besoins en santé de cette population par le biais d'une maison de santé spécifique, ce projet participerait à éveiller les consciences des professionnel·les peu informé·es. Un volet de formation des professionnel·les de santé, en externe (dans les institutions de soins) et en interne (pratiques de stage, inclusion de professionnel·les externes dans les consultations, cycle de séminaires...) doit être associé à la démarche.

### *Une santé féministe, antiraciste ?*

Un point qui traverse les propos concerne la dimension politique de cette maison de santé. Tant du point de vue des valeurs qui y sont prônées et défendues que du côté de sa structure. Établir une charte, un descriptif clair et accessible à toutes et tous garantirait la bonne compréhension du fonctionnement d'un tel dispositif, le public cible, les manières d'y travailler, l'offre de soins qui peut y être proposée. Créer une structure alternative à ce qui existe dans des institutions hospitalières ou plus généralement des structures qui travaillent en verticalité, s'inscrit dans la conception d'une santé féministe (Favier, 2014 ; Carde, 2021) : qui place les patient·es au cœur du soin, la relation soignant·e – soigné·e n'est ni paternaliste ni infantilisante. La santé féministe favorise l'agentivité, la capacité d'agir tant des usager·ères que des personnes qui y travaillent. Elle s'appuie sur un

partenariat où les connaissances et expériences des soignant·es sont mis au service des soigné·es, lequel·les disposent d'un savoir propre qui serait pris en compte.

Il s'agit donc de penser un fonctionnement où tout rapport de pouvoir est questionné, évalué, où le leadership est partagé (Richard, 2021), en adéquation avec la charte politique définie au préalable.

Un tel projet politique de santé doit impérativement se positionner comme anti-raciste : prendre conscience des traitements différenciés à l'œuvre dans les pratiques soignantes, mais aussi des freins à l'accès aux soins primaires tels que la barrière linguistique, les difficultés administratives, la méconnaissance des droits des patient·es, les discriminations fondées sur l'origine, supposée ou réelle, ou sur le statut socio-économique (Cognet, 2020).

Dans les interactions entre soignant·es et soigné·es, les préjugés des soignant·es *majoritaires/dominants* imprègnent les pratiques et les discours, la relation de soin, à l'insu des soignant·es elles·eux-mêmes. Cela affecte la qualité et les trajectoires thérapeutiques des patient·es. Dès lors qu'un·e patient·e appartienne à un groupe minorisé, les soins de santé sont impactés par des rapports sociaux inégalitaires, oppressants, discriminants. Proposer une maison de santé inclusive et intersectionnelle pourrait-elle répondre en partie à ces inégalités de soin ?

#### *Une gestion alternative au modèle biomédical et vertical*

Il faudrait pour cela que les partenaires d'un tel projet soient en mesure de questionner leurs propres préjugés raciaux, leur positionnement social, leurs privilèges au sein d'un groupe minorisé. Nous avons relevé la présence de rapports sociaux de sexe à l'intérieur des communautés marqués par une attitude parfois défensive des personnes concernées<sup>10</sup> à se remettre en question elles-mêmes et à penser aussi aux rapports de pouvoir à l'œuvre en intra-communautaire. D'où l'importance dans un tel projet de penser son évaluation, de le rendre le plus dynamique possible et d'accorder du temps à la réflexion.

Comme c'est souvent le cas dans les maisons médicales, une maison de santé, extérieure à toute institution, pourrait proposer un modèle de gestion alternative au modèle biomédical qui tend à parcelliser les soins des patient·es. Le projet de maison de santé inclusive et

---

<sup>10</sup> Par "personnes concernées", nous entendons toute personne minorisée socialement en termes de race, sexe, classe etc...

intersectionnelle ne pourrait proposer un espace (plus) *safe* sans promouvoir un fonctionnement égalitaire au sein même de l'équipe. Cela implique un nécessaire partage des responsabilités (Peers, 1971 ; cité par Leruth, 2008), la remise en question de la position dominante des médecins, la mise en place de rapports horizontaux entre les différent·es professionnel·les sans hiérarchisation des professions et la mise en place d'une coordination.

Un fonctionnement au "forfait" facilite d'ailleurs l'égalité entre les différents types d'intervention de santé. Impliquer des personnes non professionnel·les, des patient·es au comité de gestion pourrait « constituer un contrepoids à l'accroissement de pouvoir des structures sanitaires et du corps médical. » (Leruth, 2008, p.44)

### *Maintenir la recherche scientifique*

Par ailleurs, il ressort qu'une dimension vouée à la recherche scientifique doit intégrer le projet de maison de santé. En effet, trop peu d'études prennent en compte l'orientation sexuelle ou l'identité et l'expression de genre dans la santé, tout au plus la dimension sexe est utilisée comme variable. Documenter davantage les spécificités de santé des personnes LGBTQIA+ est essentiel en réalisant des études en santé mentale, en oncologie, en matière de violences sexuelles et conjugales, de consommation de substance etc. qui intègrent les variables SOGIE<sup>11</sup>. Cela participerait à garantir la sécurité des professionnel·les et des bénéficiaires des services proposés *via* l'évaluation permanente de la qualité des soins, de l'offre, du caractère inclusif et intersectionnel de cette maison de santé.

### *Des garanties de financement*

Enfin, un point majeur qui est revenu de manière transversale au cours de notre recherche, concerne le financement de cette maison de santé comme un élément essentiel pour garantir sa réussite. Ouvrir une maison de santé de qualité, innovante nécessite des besoins structurels, des financements pérennes de sorte à pouvoir se projeter dans le temps et construire le projet d'une part, et d'autre part de sorte à garantir la légitimité d'une telle maison de santé en n'ayant plus recours à d'incessantes demandes de financement dans lesquelles il faut constamment prouver sa qualité, ses objectifs et moyens d'y parvenir, son

---

<sup>11</sup> SOGIE : Sexual Orientation, Gender Identity and Expression

intérêt, sa pertinence. Un sous-financement épuise les travailleur·euses, limite les possibilités d'offres de soins, sature les services, diminue la qualité du travail. Par ailleurs, une maison de santé inclusive et intersectionnelle doit se doter de moyens suffisants pour garantir un accès aux soins « bas seuil ». Le public cible est sujet à la précarité. Il ne suffit pas d'offrir un service social et juridique, mais aussi un service d'interprétariat, des soins gratuits tant en médecine générale qu'en santé mentale ou pour des consultations plus spécifiques. Dans le cas contraire, la maison de santé s'adresserait à un public averti, qui a accès à la connaissance et aux informations, un public probablement plus privilégié et passerait à côté de son objectif principal : la réduction des inégalités sociales de santé. Il s'agit de proposer un service de santé qui prenne en compte les mécanismes d'oppression et de discrimination, service de santé impérativement soutenu financièrement par les pouvoirs publics.

#### *Conclusions, limites et critiques - # WECARE I*

##### *Un timing paradoxal...*

Cette première partie de recherche s'inscrit dans un « timing » qui limite fortement sa réalisation, d'une part en raison du faible temps alloué à la recherche (6 mois de recherche sur un tiers temps de travail), d'autre part en raison de l'absence de temps entre la recherche et la mise en application des résultats. La mise sur pied du projet MACS débute deux mois après le commencement de notre étude, nous sommes à la fois dans la recherche de terrain visant à questionner la faisabilité de la MACS, à la fois dans le projet MACS en lui-même mené par l'association Ex Aequo en tant que chargée de projet. Ce timing particulier nous interroge sur les attentes des pouvoirs subsidiaires et sur la cohérence du financement de ces démarches en parallèle. En effet, nous étions simultanément confrontées aux freins soulevés par l'analyse des résultats tels qu'un manque de financement, l'absence de projet politique clairement défini, des acteur·ices de terrain à bout de souffle, peu de temps pour construire réellement un dispositif intersectionnel et inclusif et au processus de création de cette MACS qui ne pouvait pas tenir compte de ces données.

De plus, penser un tel dispositif, nous l'avons souligné à plusieurs reprises, implique une profonde remise en question de notre système de soins de santé. Il s'agit de passer d'un système de soins de santé « patriarcal » à un système de soins de santé « féministe ». Nous

l'avons analysé dans une enquête menée dans un hôpital public bruxellois en 2021 (Gosselin, 2021).

### *Vers une éthique du Care*

Premièrement, les principales sources de conflit dans une institution de soins résident dans les relations entre celles et ceux qui soignent et celles et ceux qui gèrent les ressources. La qualité d'une institution de soin dépend donc du projet politique et du financement de celui-ci. Un management trop éloigné du terrain ne permet pas d'impliquer les professionnel·les dans l'institution, introduit une distance trop importante entre les décideur·euses et les travailleur·euses dans une relation hiérarchique qui est parfois vécue comme oppressante. Favoriser l'implication des travailleur·euses dans le projet institutionnel et leur donner un pouvoir décisionnel favorise le bien-être au travail, l'implication professionnelle, la cohésion du groupe.

Deuxièmement, promouvoir une éthique du *Care* (Gilligan, 2009) et l'articuler à une réflexion politique et managériale permet de tenir compte du rapport de pouvoir entre soignant·e et soigné·e, rapport qui induit pour les personnes soignées de la vulnérabilité, de la dépendance, soit une relation hiérarchique entre professionnel·les de santé et patient·es, entre celles et ceux qui détiennent le savoir et celles et ceux qui ignorent. Il s'agit donc de repenser ce modèle biomédical afin de remettre les patient·es réellement au cœur du soin, de tenir compte de leurs propres savoirs, de leurs expertises et leurs connaissances, de les rendre acteur·ices de leur santé.

### *Une grille de lecture intersectionnelle : un idéal ?*

Troisièmement, il s'agit d'adopter une grille de lecture intersectionnelle afin de lutter contre les stigmatisations et discriminations dans les soins et de reconnaître les obstacles qui subsistent toujours à l'égalité pour les personnes minorisées. Cela impliquerait de fonctionner en groupe, en équipe, en réseau, avec d'autres institutions et d'évaluer constamment les mécanismes d'oppression à l'œuvre entre les personnes, entre les groupes et à l'intérieur de ces groupes, que ces personnes soient minorisées ou non, qu'elles soient concernées ou non par les inégalités sociales de santé.

Cette première partie de recherche ouvre donc la voie vers de nouveaux questionnements, notamment sur la réelle faisabilité du projet. Quelle vision politique est portée par la MACS ? Quels moyens financiers permettent sa réalisation ?

A la suite de ces résultats exploratoires, nous proposons de poursuivre cette enquête de terrain en consacrant un temps pour la réflexion avec les acteur·ices de terrain, les personnes impliquées et /ou concernées dans le projet MACS, et ce, afin de déterminer les possibilités réelles d'un projet de cette envergure, d'en dessiner les contours, de rendre compte des mécanismes d'oppression à l'intérieur des communautés LGBTQIA+ et déterminer quels soins pourraient y être proposés. Comment garantir que ce projet réponde réellement aux besoins des personnes les plus vulnérables, aux personnes qui subissent différents facteurs de discrimination, à la prise en compte du sexisme, du racisme, de la sérophobie, de la grossophobie, du validisme, de l'âgisme dans les soins ? Comment permettre à ce projet de réduire les inégalités sociales de santé et de ne pas reproduire les dysfonctionnements du système de soins de santé actuel ?

### **# WECARE II**

La deuxième partie de recherche vise à répondre à cette question : comment, compte tenu des mécanismes d'oppressions en intra-communautaire, est-il possible de créer un espace inclusif, intersectionnel et plus safe ?

Pour rappel, une première analyse des verbatim des différents *focus groups* a permis d'établir le Cahier des Charges pour l'asbl Ex Aequo. Cette première analyse visait à déterminer les objectifs de la MACS, les différents temps nécessaires pour sa réalisation, les moyens financiers à déployer.

Une seconde analyse, dans l'après-coup et réalisée de manière indépendante à la fonction de chargée de projet chez Ex Aequo (le contrat étant terminé), nous a permis de prendre un certain recul, d'analyser tant les dynamiques au sein des différents *focus groups* que les thématiques transversales, récurrentes et polémiques avec une grille de lecture intersectionnelle.

Notre méthode d'analyse consiste à établir un repérage transversal aux différents *focus groups* des tensions marquées par les positions sociales des participant·es. Au sein d'un groupe minorisé en genre et sexualité et aussi diversifié que la bannière LGBTQIA+

puisse l'être, de quelle manière sont traités les rapports de pouvoir et les rapports sociaux de sexe, genre, race, classe ?

Les *focus group* ont réuni différent·es acteur·ices de terrain. Les ateliers 1 et 2.1 ont été réalisés en soirée (18h-20h), les autres ont été réalisés en matinée (9h-11h).

On observe une proportion plus importante de femmes pour les ateliers du matin, une augmentation de leur présence pour les derniers ateliers, « intersectionnalité » et « santé féministe ». L'horaire et la thématique sont des éléments qui ont peut-être favorisé la participation des femmes aux ateliers ou conduit à la réduction du nombre d'hommes. Organiser des ateliers en soirée (18h-20h) ne permettait probablement pas aux femmes de se libérer compte tenu de réalités familiales, socio-économiques spécifiques aux femmes. En tant que chercheuse, nous avons d'ailleurs été amenée à nous confronter à maintes reprises aux horaires planifiés pour des réunions en soirée et les week-end au sein de l'asbl Ex Aequo. Cette asbl travaille auprès des HSH et ne compte pas de femmes dans son équipe. Nous retrouvons ce type de fonctionnement dans la participation des hommes et des femmes dans notre étude.

Nous traiterons principalement des trois thématiques suivantes au vu de la récurrence des propos et tensions dans les discussions sur ces sujets d'une part, mais également faisant suite aux conclusions de l'étude # WECARE I, lesquelles soulignaient l'observation de reproduction de mécanismes d'oppression en intra-minoritaire.

- Une position sociale majoritaire au sein des minorités
- Féminisme et sexisme : la place des femmes en santé
- Intersectionnalité et blanchiment du concept

#### *Une position sociale majoritaire au sein des minorités*

Au cours des *focus group*, certain·es participant·es se sont étonné·es de ne pas voir autour de la table des personnes bénéficiaires qui ne travaillent pas dans les associations ni comme salarié·e ni comme bénévole. En effet, seules des personnes impliquées dans le projet ou des personnes expertes ou concernées étaient présentes. Les participant·es ont donc déjà une position sociale relativement sécurisée (du fait d'être travailleur·euses dans le secteur communautaire ou médico-psycho-social ; du fait d'être connu·e et/ou reconnu·e par les autres membres du *focus group* ou dans la communauté LGBTQIA+). La question soulevée

d'inviter des personnes externes au projet, mais qui pourraient bénéficier du centre de santé a suscité des interrogations.

« Dans la réflexion préliminaire, il faudrait aussi des volontaires... On parle de participation, de représentativité, qu'il y ait aussi en amont des volontaires qui puissent définir quelle est leur place, celle qu'ils voudraient prendre » (Atelier 1 : Structure ; salarié, association communautaire)

Est-ce que les personnes seraient à même de s'exprimer librement dans ce groupe ? Des personnes fragilisées pourraient-elles bénéficier de ce format de travail ?

« Ça me pose la question de l'inclusivité psychologique ? ou l'inclusivité... Tout le monde n'est pas capable de se retrouver en réunion, qu'on ne soit pas psychophobe dans notre fonctionnement, savoir d'office fonctionner en grand troupeau de personnes ! je n'ai pas de solutions, mais je vois bien, en fonctionnant en groupe avec des autistes, les autistes, ils ne savent pas tenir une réunion de 2h. Donc c'est exclusif vis-à-vis de ces personnes autistes par ex. » (Atelier 1 : Structure ; salarié, association communautaire)

La barrière linguistique, la barrière du savoir ou de l'expertise, la barrière du statut social sont des éléments qui apparaissent comme des freins à l'inclusion de personnes plus vulnérables. Toutefois, si le public-cible est celui qui souffre d'un accès aux soins et de traitements jugeants et/ou discriminants, proposer un dispositif de soins sans les entendre révèle les enjeux au départ du projet, des enjeux politiques où les personnes majoritaires au sein de la communauté peinent à mettre en œuvre des processus de réflexion autour de ces questions. Comme nous l'avons indiqué, notre invitation aux *focus group* était adressée aux professionnel·les de santé, aux associations communautaires en leur demandant de reléguer l'invitation auprès de leurs bénéficiaires. Dans les discussions, ce sont des personnes situées socialement à des niveaux inférieurs (en termes de race, de classe socio-économique, d'occupation de niveau de pouvoir) qui ont regretté l'absence de ce public autour de la table.

« Il y a beaucoup de gens qui frappent à la porte pour des demandes et deviennent volontaires. Il faut aussi leur donner la place pour ça. Chaque mois on avait la réunion des participants, où on entend aussi ses besoins, ce qui va, ce qui ne va pas. Sans volontaires, on n'existe pas. Un projet politique, une vision claire qui est portée par les gens qui viennent voir, qui ne sont peut-être pas là autour de la table... » (Atelier 1 : Structure ; salarié, association communautaire)

« Si on a des volontaires dans les pouvoirs décisionnaires qui sont que des personnes blanches cis valides là aussi on n'est pas vraiment dans quelque chose

d'horizontal. Par exemple, on parle d'usagers de drogues, de sans-papiers, des décisions prises pour elles par des blancs, ce n'est pas normal. Veiller à ce que chaque minorité puisse être représentée. Le risque serait que des idéaux politiques propres à certaines personnes prennent le dessus, mais ces personnes n'ont pas l'expérience des personnes concernées, leur vécu, qui devrait être priorisée dans la prise de décision. Les décisions ne correspondraient pas à la réalité de terrain. » (Atelier 1 : Structure ; salarié, association communautaire).

Une fois de plus, un groupe majoritaire allait prendre des décisions pour un groupe minoritaire qui n'aurait pas eu droit à la parole. Les discriminations intraminoritaires sont-elles difficiles à entendre dans un groupe qui s'identifie comme minoritaire ?

« Les asso vont s'installer, elles vont faire leur popote et la MACS ce sera autre chose. Mais ce ne sera pas autre chose, ce sera toujours les mêmes qui resteront, comme tu dis, les personnes minorisées vont se fatiguer, se barrer et c'est les mêmes qui resteront. » (Atelier 4 : Décloisonnement ; salariée, association communautaire).

L'exemple de la place des femmes est également le témoin de ces réflexions sur les discriminations au sein même de la communauté LGBTQIA+.

« Pour l'organisation des espaces, j'avais été interpellée. On a reçu un mail pour nous dire qu'il ne reste qu'une après-midi ! Tu te dis tout ça pour les consultations FSF bi and CO, et on se l'était dit, on nous refile ce qui reste ! Or ce n'est pas un public spécifiquement minorisé, mais on voit que les problèmes d'oppressions, discriminations, continuent au sein de la communauté LGBTQIA+. » (Atelier 4 : Décloisonnement ; salariée, association communautaire)

Le risque de voir des personnes impliquées dans la structure comme professionnel·les ou volontaires qui reproduisent des mécanismes d'oppression inquiète certain·es participant·es.

« Ne faudrait pas que le proctologue hyper spécialisé qu'on invite ici ait des propos lesbophobes par exemple, car ça peut tout à fait arriver. » (Atelier 1 : Structure ; salariée, association communautaire)

Enfin, nous avons relevé au cours d'un premier *focus group* des blagues que l'on pourrait qualifier d'« hétérophobes » si le terme renvoyait à une réalité sociologique. En soi, l'ambiance était détendue et amusante. Toutefois, la table était constituée d'une diversité de personnes : quelques personnes présumées hétérosexuelles, des personnes LGBTQIA+, de personnes externes au milieu LGBTQIA+. Des moqueries et critiques de la cis-hétéronorme ont révélé une sorte d'humour partagé dans un semblant entre-soi.

Des règles de respect et d'écoute avaient été émises, nous avons observé et discuté de manière informelle en dehors des *focus groups* avec certaines personnes qui ont ressenti un malaise lors de ces moments, un sentiment d'exclusion et de jugement du groupe à leur rencontre.

Ces réflexions autour de la reproduction de mécanismes d'oppression en intra-minoritaire rendent compte de la complexité de proposer un espace dit *safe*, des impensés au sein d'un milieu militant en matière de discrimination sexistes, racistes et classistes, des conséquences malheureuses d'un entre-soi pourtant nécessaire pour le bien-être des personnes minorisées en genre et sexualité.

### *Féminisme et sexisme : la place des femmes en santé*

Les verbatims suivants expriment la volonté de penser le soin dans une vision féministe. Comme nous l'avons discuté dans l'étude # WECARE I (Gosselin, 2022), adopter une vision féministe dans les soins de santé c'est proposer une structure alternative à ce qui existe dans des institutions hospitalières ou plus généralement des structures qui travaillent en verticalité. Une conception féministe de la santé place les patient·es au cœur du soin, encourage une relation soignant·e – soigné·e qui n'est ni paternaliste ni infantilisante, qui favorise l'agentivité, la capacité d'agir tant des usager·ères que des personnes qui y travaillent. Elle s'appuie sur un partenariat où les connaissances et expériences des soignant·es sont mis au service des soigné·es, lequel·les disposent d'un savoir propre qui serait pris en compte. Il s'agit donc de penser un fonctionnement où tout rapport de pouvoir doit être questionné, évalué, où le leadership est partagé, en adéquation avec la charte politique définie au préalable.

« Être féministe et inclusif, c'est prendre en compte les réalités de vie et les systèmes d'oppression dans le travail individuel, mais aussi dans les moments communautaires ». (Atelier 5 : Une MACS féministe ? ; salariée, association communautaire)

« Pour moi c'est penser la santé en essayant de sortir d'une posture où le soignant sait tout, ça ouvre déjà pas mal d'actions. Ça pose la question de la place des patients dans la fondation du lieu, peut-être être décisionnaires eux-mêmes. » (Atelier 5 : Une MACS féministe ? ; salarié, professionnelle de santé)

« C'est l'idée que les gens soient acteur·ices de ce qui fait santé pour eux. C'est penser la santé dans toutes ses dimensions, c'est politique, social, environnemental

et économique.» (Atelier 5 : Une MACS féministe ? ; salariée, association communautaire)

*Terme féministe : excluant ?*

Les différentes participantes de l'atelier « une MACS féministe ? » sont convaincues de l'importance d'adopter une grille de lecture féministe au projet. Selon elles, une telle maison de santé doit être pensée comme inclusive et intersectionnelle, et donc faciliter l'accès aux soins des femmes. Les participantes rapportent notamment les difficultés spécifiques à certains groupes de femmes comme l'inaccessibilité aux informations concernant l'offre de soins et la prévention.

Si elles s'accordent sur la dimension politique, elles nuancent dans l'ensemble leurs propos en raison d'un flou autour de la définition du terme « féminisme », et par conséquent la réception qui peut en être faite. Estampiller la MACS du terme « féministe » pourrait freiner l'accès à un financement public, pourrait éloigner certains publics.

« Je suis assez d'accord, il faut absolument penser le féminisme, il doit être inclus dans la charte de valeur, et c'est totalement politique. Pas besoin d'être estampillé féministe par contre. » (Atelier 5 : Une MACS féministe ? ; salariée, association communautaire)

Identifier la MACS comme féministe comporterait donc un risque, celui d'être décrédibilisé, celui du déplacement du concept : d'une vision politique de la santé vers un amalgame sexiste qui associe le féminisme aux femmes revendicatrices, militantes, voire enragées.

« Un risque que ça ne soit pas entendu comme féministe, que ça soit vu comme une guerre idéologique ou hystérique. » (Atelier 5 : Une MACS féministe ? ; professionnelle de santé)

*Inclure les femmes c'est inclure les hommes*

Il est intéressant de constater qu'au cours des échanges de ce *focus group* sur la place des femmes dans la MACS, les participantes n'ont eu de cesse d'inclure les hommes dans la réflexion. Ne pas faire sans eux, presque s'excuser de penser leur place à l'avance, prévoir les arguments sexistes. Mais surtout, penser une MACS féministe risquerait d'être entendu comme une MACS « sans les hommes ».

« Je suis venue car je pensais que c'était important, les féminismes doivent être réfléchis, car il y a différents féminismes et certains féminismes pourraient vouloir

dire ne pas inclure tout homme » (Atelier 5 : Une MACS féministe ? ; salariée, association communautaire)

Inclure les hommes dans une maison de santé dite féministe implique de considérer les injonctions à la masculinité, les difficultés qu'ils peuvent rencontrer à l'égard d'une société hétéronormative et les inégalités sociales en santé dont ils peuvent faire l'objet.

« On pourrait accueillir les femmes cisgenres, mais c'est en évolution, on voudrait aussi accueillir les hommes, on a pu aussi rencontrer Praxis qui travaille avec les auteurs de violences » (Atelier 5 : Une MACS féministe ? ; salariée, association communautaire)

Proposer une MACS inclusive et intersectionnelle pourrait passer à côté de son objectif si elle ne se concentre que sur le point de vue des inégalités sociales de santé des personnes dominées dans les rapports de pouvoir. Il s'agirait dès lors de penser une maison de santé qui vise la diminution des inégalités sociales de santé pour toutes et tous.

*Inclure les femmes, toutes ?*

Penser la place des femmes dans cette maison de santé LGBTQIA+, féministe, revient à considérer le fait que bon nombre de femmes présentent des difficultés dans l'accès aux soins et des discriminations sexistes, que ces femmes soient issues de minorités de genre et de sexualité ou non. Cette maison de santé pourra t'elle aussi accueillir des femmes cisgenres, hétérosexuelles ?

« Pour l'ouverture à d'autres personnes que LGBTQIA, les femmes hétérosexuelles, qu'est-ce qu'on en fait, « vous ne pouvez pas rentrer ici, vous ne faites pas partie du public cible ». Il faudrait qu'on réfléchisse à qui on inclut, on pourrait considérer qu'elles sont une minorité de genre et que donc elles ont leur place, mais il faut voir si les dispositifs le permettent, vue que la priorité est mise sur les personnes LGBTQIA+ avec sexualité minoritaire. » (Atelier 5 : Une MACS féministe ? ; salariée, association communautaire)

Il s'agit d'un positionnement politique à définir : proposer une maison de santé pour les personnes minorisées en genre et sexualité, les personnes qui occupent une position sociale dominée en terme de rapports de pouvoir ou proposer une maison de soins de santé inclusive qui prend en compte toutes les inégalités sociales de santé, la manière dont les rapports de pouvoir favorisent ou défavorisent l'accès aux soins et la continuité des traitements selon le contexte historique, géographique, politique ?

### *Intersectionnalité et blanchiment du concept*

La notion même d'intersectionnalité, au cours des différents focus-groupe, est peu élaborée, peu questionnée par les participant·es. Néanmoins, elle fait partie du projet et lorsqu'elle a été abordée, il a d'abord fallu en préciser la définition. Nous avons observé une différence nette entre les divers temps d'échanges. En dehors du *focus group* consacré à l'intersectionnalité, les autres ateliers de réflexion étaient constitués majoritairement de personnes blanches. La parité hommes-femmes (cis\* et trans\*) était peu respectée avec une plus grande proportion d'hommes gay. Certain·es professionnel·les de santé supposé·es cis-hétérosexuel·les ont rejoints aussi les discussions.

Nous avons relevé la présence de mécanismes d'oppression à l'œuvre dans ces discussions. Partager un vécu minoritaire conduit parfois à exclure un groupe social sans tenir compte des individualités de chacun·e. Nous avons observé que l'organisation de ces échanges participe elle-même à l'invisibilisation de certains sous-groupes minoritaires : les tables de discussion étaient constituées de travailleur·euses en santé, pas de bénéficiaires ni de personnes concernées par un vécu de multiples facteurs de discrimination (au-delà des questions de genre et de sexualités). La parole des personnes multi-discriminées n'était pas entendue, la question de leur ouvrir la voix s'est à peine posée, si ce n'est le regret de ne pas avoir autour de la table des personnes potentiellement bénéficiaires d'une telle structure. Il a donc fallu un groupe spécifique pour traiter la question de l'intersectionnalité et de ses enjeux dans une telle maison de santé. Ce groupe a réuni 7 personnes (2 hommes et 5 femmes dont 3 personnes non-blanches, une stagiaire, une observatrice). La discussion entamée lors de ce groupe précis s'est poursuivie lors du 4<sup>ème</sup> *focus group* qui a réuni 10 personnes (6 femmes et 4 hommes, une observatrice dont 3 personnes non blanches) et concernait la manière dont les différentes associations allaient collaborer dans ce projet. Il nous paraît important de préciser la constitution de ces groupes en termes de genre et de race dans l'analyse des propos.

Comme le dit ce participant, la parole n'est pas donnée à toutes les personnes impliquées dans des associations de santé communautaire :

« Je ne sais pas comment aborder cette question sans créer un conflit, mais dès le départ la - *association communautaire* - n'a pas été incluse au projet. Les HSH racisés n'ont pas été consultés. Les autres sont blancs HSH et chez nous ont fait un travail en interne ... Me suis retenu plusieurs fois pour en parler, mais je me demande comment ça se fait que la -*association communautaire*- n'a pas été consultée pour

construire ce projet. C'est un beau projet et ça nous travaille depuis des mois. » (Atelier 4 : Décloisonnement ; salarié dans association communautaire)

« Les associations qui accueillent et donnent la parole aux HSH racisés ils sont en retrait, mais si vous voulez être inclusifs, demandez-nous notre avis parce qu'on fait un travail, on a une expertise pour ce public-là » (Atelier 4 : Décloisonnement ; salarié dans association communautaire)

Le projet de la MACS, tel que pensé en amont, n'a pas permis de tenir compte de la diversité intra-communautaire. L'urgence administrative a été invoquée comme argument par les personnes à l'initiative. Cependant, cet argument d'urgence exclut une partie des personnes concernées, expertes et traduit l'absence de conscientisation des privilèges.

« Mais l'urgence j'entends que c'est une réalité, mais c'est une excuse, ça ne répond pas à la question de pourquoi on n'est pas allé chercher les personnes, même après avoir lancé le projet, après les deux semaines, pourquoi ce n'est pas dans le projet de base qu'on s'est dit on ne va pas faire un projet comme d'habitude où ça va être une station de ski, dans le sens où ça va être tout blanc. » (Atelier 4 : Décloisonnement ; personne « experte » sur la question de l'intersectionnalité)

Il apparaît donc que la question même de l'intersectionnalité comme outil de travail, comme grille de lecture n'est pas essentielle, ne guide pas le projet et servirait plutôt à des fins de communication, de valorisation publique, de *branding*<sup>12</sup> (Bilge, 2015).

« On fait toujours la même chose, c'est à dire on pense l'inclusivité en termes de paillettes, on en rajoute un peu après. Ah ça y est on a fini notre gâteau, c'est parfait, on rajoute un peu de personnes racisées, un peu de personnes voilà, c'est super, vous avez vu on est inclusifs, on peut mettre des personnes racisées sur les affiches et ça donne un air cool à notre structure. » (Atelier 4 : Décloisonnement ; personne « experte » sur la question de l'intersectionnalité)

Le frein majeur à la mise en place d'un dispositif inclusif et intersectionnel semble à première vue se trouver à l'intérieur même de la structure, au sein de l'équipe en place et de ses acteur·ices. Dans cette idée, le risque serait de blanchir le concept de l'intersectionnalité (Bilge, 2015) en excluant les personnes racisées des débats, en les marginalisant de manière certes non intentionnelle, mais guidée par une position sociale majoritaire/dominante. La double conscientisation des personnes minorisées en genre et sexualité, comme nous l'avons vu plus haut, ne serait a priori pas généralisable à d'autres facteurs de discrimination.

---

<sup>12</sup> Branding : Valorisation de la marque

## CONCLUSIONS

L'ensemble de la recherche s'inscrit dans un temps politique avec ses contraintes et ses attentes.

D'une part, nous avons relevé la simultanéité entre le temps dédié à la recherche, au questionnement, à la réflexion et le temps de l'action, la mise en œuvre du projet MACS. Ce premier constat interroge les motivations du pouvoir subsidiant et les considérations que celui-ci porte aux résultats de recherche pour mener des politiques de santé. Cette interrogation est renforcée par le faible financement obtenu pour mener cette recherche avec conscience professionnelle et rigueur scientifique. Il aura fallu répondre à deux demandes de subsides pour obtenir un tiers temps de travail, sur 6 mois pour # WECARE I, un quart temps de travail pour une durée d'1 an pour #WECARE II. Outre l'énergie dépensée et l'investissement en temps pour rédiger les appels à subsides, cela crée une précarisation de l'emploi, une insécurité socio-économique, une dévalorisation du travail de recherche.

D'autre part, nous sommes engagées comme chargée de projet pour l'asbl Ex Aequo pour une mission à durée déterminée d'un an dont la finalité consiste à dresser un cahier des charges. La MACS voit le jour en janvier 2023, les bâtiments sont occupés depuis mai 2022. Les murs sont en place (même s'ils sont encore peu solides). Nous travaillons à la fois en tant que chercheuse à l'Observatoire du sida et des sexualités à la fois comme personne impliquée dans la construction du projet. Nos rencontres ont une double fonction : d'une part, celle de réunir les partenaires, porter les réflexions sur le projet, établir le processus de construction de la MACS, d'autre part, celle d'analyser la faisabilité d'un tel projet inclusif et intersectionnel, établir ses enjeux et ses limites.

Le soutien politique à la mise en place d'une MACS semble donc répondre en urgence à une problématique pourtant dénoncée depuis plus de 30 ans en finançant maigrement et la recherche scientifique et le projet en soi (rappelons que la MACS loue un bâtiment à la ville de Bruxelles dont les normes de sécurité ne sont pas légales, à charge des associations de sécuriser les lieux, de réaliser les travaux nécessaires pour y accueillir les travailleur·euses et les futur·es bénéficiaires. Le bâtiment classé des Grands Carmes est magnifique, mais délabré, squatté pendant plusieurs années et sera rénové par la ville de Bruxelles au terme de trois années d'occupation temporaire par la MACS. Actuellement, le relogement de la MACS au terme de ces trois années est incertain).

L'agenda politique a induit dans notre fonction à porter un double positionnement : chercheuse et chargée de projet. Ce double positionnement a offert la possibilité d'une recherche action au cœur du terrain, au quotidien, mais cette position était parfois trop proche des acteur·ices, trop familière, trop engagée. Elle a empêché une certaine prise de recul.

Les chercheur·euses minoritaires, lorsque leur travail porte sur leur communauté d'appartenance, sont bien souvent enjoint·es à la distanciation, décrétée comme nécessaire à la recherche scientifique. Néanmoins, comme nous l'avons abordé précédemment avec l'épistémologie du point de vue situé, toute recherche est partielle, dépendante du positionnement de la personne qui produit la connaissance, l'objectivité supposée d'une recherche majoritaire n'est qu'un effet de la domination, de rapports de pouvoir. Appartenir au groupe minoritaire étudié, être *insider*, peut à la fois constituer une forme de privilège dans la recherche en facilitant l'accès au terrain, la compréhension et la mise en place d'une relation de confiance, mais aussi, cette position peut entraîner certaines difficultés comme le fait de projeter sa propre expérience sur celle des personnes interviewées (Trawalé, 2023). Tenant compte de ce double positionnement, nous avons proposé une analyse des résultats en deux temps : réaliser le cahier des charges pour l'asbl ex aequo et ensuite reprendre l'analyse des verbatims avec du recul et détachée du projet MACS pour la présente étude. Ce deuxième temps a permis une certaine distance temporelle et personnelle, une position d'*outsider*.

Cette prise de recul a permis de rendre compte d'un autre positionnement : celui de femme issue de la diversité sexuelle et de genre, potentiellement une future bénéficiaire d'une telle maison de santé, féministe et sensible aux actes, gestes, paroles sexistes et

lesbophobes, blanche, professionnelle de santé (psychologue). L'appartenance à une minorité sexuelle, une femme concernée par les inégalités sociales de santé, affecte certainement l'analyse des résultats. L'observation de propos sexistes, racistes au sein d'une communauté diversifiée, mais rassemblée sous la bannière LGBTQIA+ apporte son lot de désillusions et de frustrations. Des attentes à l'égard des partenaires et de leur capacité à mettre en œuvre un tel projet sont élevées et probablement idéalisées. Comme professionnelle de santé ayant travaillé en institution hospitalière dans un modèle très vertical et hiérarchique, nous amenons à plusieurs reprises la nécessité de repenser le système de soins de santé actuel. Même si certains propos tenus par les participant·es au cours de cette recherche rendent compte de problèmes structurels dans le système des soins de santé, notre engagement n'a peut-être pas permis une parole plus libre, divergente.

Enfin, notre positionnement comme femme, féministe, appartenant à la communauté LGBTQIA+ nous a conduit à interroger la méthodologie de la recherche. Le dernier *focus group* avait pour thème « *une MACS féministe ? la place des femmes dans la maison arc-en-ciel de santé* ». Dans le cadre de cette recherche, nous avons hésité à réaliser ce dernier *focus group* présupposant que les échanges concernant l'intersectionnalité avaient déjà répondu d'une certaine manière à la question. En effet, la place des personnes minorisées y était sérieusement questionnée, tant dans l'élaboration du projet que dans sa mise en place et dans l'accueil de ces publics. Ce sont différentes participantes qui ont insisté pour que ce dernier temps d'échanges ait lieu. Notre résistance s'explique en partie par notre position située et le sentiment d'amener un sujet peu présent en amont, un sujet qui importe plus à la chercheuse qu'à la recherche. Nous analysons cette hésitation comme une manière de minimiser l'intérêt porté à la place des femmes ou de dévaluer l'intérêt d'une recherche féministe (ce qui semble cohérent toutefois avec les remarques précédentes concernant le soutien du pouvoir subsidiant et du politique, un soutien dont nous ne doutons pas de l'engagement, mais qui souffre d'une réelle prise de conscience des conséquences du rapport de pouvoir entre pouvoir politique et acteur·ices de terrain et/ou chercheur·se). Une forme de sexisme internalisé peut conduire à banaliser des problématiques soulevées par les personnes concernées, les femmes.

Il s'agit dès lors de compléter un point de vue *émic* d'un point de vue *étic* au sens de Carde<sup>13</sup>, se décaler du groupe « femme » comme groupe social d'appartenance et comme population subissant des inégalités sociales de santé, observer les inégalités au sein des groupes sociaux, qu'ils soient ou non dominants, considérer les injustices en santé sous l'angle des rapports de pouvoir, qu'ils favorisent ou défavorisent ces groupes. De ce point de vue, proposer un *focus group* sur la santé des femmes permet de discuter des discriminations en santé qu'elles subissent ou non. Réaliser un *focus group* sur la santé des hommes dans toute leurs diversités auraient pu aussi être intéressant pour pointer les effets bénéfiques ou non de leur appartenance à un groupe social dit dominant.

La mise en place d'une maison de santé spécifique aux personnes LGBTQIA+ à Bruxelles est une initiative complexe qui nécessite une analyse approfondie des différents axes théoriques et pratiques impliqués. En explorant les concepts d'universalisme, de particularisme et de singularisme, nous pouvons comprendre que la santé des personnes LGBTQIA+ ne peut être abordée de manière uniforme. Au contraire, elle requiert une approche spécifique prenant en considération les expériences vécues et les défis uniques rencontrés par cette communauté diversifiée.

Le défi majeur auquel nous sommes confrontées est la conciliation des luttes interconnectées, parfois perçues comme étant impossibles à mettre en œuvre. L'intersectionnalité, en tant que cadre d'analyse, nous invite à reconnaître les multiples facettes de l'identité et les différentes formes de discrimination et de privilège qui interagissent de manière complexe. Dans le contexte de la santé des LGBTQIA+, cela signifie prendre en compte non seulement l'orientation sexuelle et l'identité de genre, mais également d'autres axes d'oppression tels que la race, la classe sociale, la religion, et bien d'autres encore.

La santé communautaire émerge comme un concept central dans cette réflexion. En effet, les maisons de santé LGBTQIA+ ne devraient pas seulement fournir des services médicaux, mais aussi servir de points de rencontre et de soutien pour une communauté souvent marginalisée et stigmatisée. Cela nécessite un engagement profond envers

---

<sup>13</sup> Le point de vue *émic* est celui des membres du groupe social étudié (selon leurs propres catégories de perception et d'interprétation du monde), tandis que l'*étic* est celui d'un·e chercheur·euse extérieur·e à ce groupe (à partir de catégories applicables à divers terrains d'étude). (Carde, 2021)

l'inclusion et la diversité, ainsi qu'une compréhension des besoins spécifiques de cette communauté.

Les féminismes offrent également des perspectives riches pour aborder les questions de santé des personnes LGBTQIA+. En adoptant une approche féministe, nous pouvons mettre en lumière les inégalités structurelles qui sous-tendent les disparités en matière de santé, tout en reconnaissant les contributions historiques des mouvements féministes à la lutte pour les droits LGBTQIA+.

Cependant, il est crucial de rester vigilant·es face au risque que des idéaux politiques prennent le pas sur la réalité des personnes concernées. Une approche basée sur le vécu des personnes LGBTQIA+ doit primer dans la prise de décision, afin d'éviter que les solutions proposées ne correspondent pas aux besoins réels du terrain. Cela nécessite une gouvernance participative et inclusive, où les voix des personnes concernées sont pleinement intégrées dans le processus décisionnel.

En termes de projet politique et de gouvernance, il est essentiel d'adopter un positionnement situé, qui reconnaît les complexités des rapports de pouvoir et des injustices sociales qui affectent différemment les individus en fonction de leur contexte social et de leur identité. Proposer une structure spécifique aux LGBTQIA+ ne doit pas créer un isolement, mais plutôt favoriser une santé communautaire inclusive, tout en prenant en compte les diversités et en révélant les angles morts à travers un regard féministe et situé.

En conclusion, la création d'une maison de santé spécifique aux personnes LGBTQIA+ à Bruxelles nécessite une approche holistique et nuancée, qui intègre à la fois les luttes intersectionnelles, les expériences vécues et un engagement ferme envers la justice sociale. C'est en adoptant un tel positionnement que cette initiative peut véritablement répondre aux besoins de santé de la communauté LGBTQIA+ dans toute sa diversité.

## BIBLIOGRAPHIE

- Alessandrin, A. (2020). Les lesbiennes, gays, bisexuel·les, transgenres (LGBT) face aux soins. *Revue de l'infirmière*.
- Alessandrin, A., & Meidani, A. (2020). Cancers, minorités de genre et de sexualité : un nouvel élément de mesure dans la santé des LGBTI ? In A. Meidani (Éd.), *Masculinités et féminités face au cancer : Expériences cancéreuses et interactions soignantes* (pp. 161–178). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.meida.2020.01.0161>
- Arrey, A. E., Bilsen, J., Lacor, P., & Deschepper, R. (2016). “We listen to them”: A qualitative study of HIV provider-patient relationship in the management of care. *British Journal of Education, Society & Behavioural Science*, 12(4), 1–10.
- Bearman, S., Korobov, N., & Thorne, A. (2009). The fabric of internalized sexism. *Journal of Integrated Social Sciences*, 1(1), 10–47.
- Berdougo, F., Girard, G., & Marsicano, É. (2022). Santé des personnes LGBTI+ : enjeux scientifiques et perspectives de santé publique. *Santé Publique*, 34, 11–19. <https://doi.org/10.3917/spub.hs2.0011>
- Berlant, L., & Warner, M. (1998). Sex in public. *Critical Inquiry*, 24(2), 547–566.
- Bilge, S. (2009). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogène*, 225(1), 70–88. <https://doi.org/10.3917/dio.225.0070>
- Bilge, S. (2015). Le blanchiment de l'intersectionnalité. *Recherches féministes*, 28(2), 9–32. <https://doi.org/10.7202/1034173ar>
- Boellstorff, T. (2016). Queer techne: Two theses on methodology and queer studies. In *Queer methods and methodologies* (pp. 215–230). Routledge.
- Bourlez, F. (2018). Dé-faire l'analyse. In F. Bourlez, *Queer psychanalyse : Clinique mineure et déconstructions du genre* (pp. 7–59). Hermann.
- Broqua, C. (2005). Du mouvement homosexuel à la lutte contre le sida. In C. Broqua, *Agir pour ne pas mourir : Act Up, les homosexuels et le sida* (pp. 25–51). Presses de Sciences Po.
- Broqua, C. (2018). La « communauté homosexuelle » comme peuple transnational : Une fiction politique. *L'Homme & la Société*, 208, 143–167. <https://doi.org/10.3917/lhs.208.0143>
- Carde, E. (2021a). De quoi les inégalités sociales de santé sont-elles le nom ? *Revue française des affaires sociales*, 107–115. <https://doi.org/10.3917/rfas.213.0107>
- Carde, E. (2021b). Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité. *Sciences Sociales et Santé*, 39, 5–30. <https://doi.org/10.1684/sss.2021.0189>
- Chamberland, L., & Lebreton, C. (2012). Réflexions autour de la notion d'homophobie : succès politique, malaises conceptuels et application empirique. *Nouvelles questions féministes*, 31(1), 27–43. <https://doi.org/10.3917/nqf.311.0027>
- Cognet, M. (2020). Les services de santé : lieu d'un racisme méconnu. In *Racismes de France* (pp. 74–86). La Découverte.
- Collins, P. H. (1986). Learning from the outsider within: The sociological significance of Black feminist thought. *Social Problems*, 33(6), S14–S32.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385–1401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
- Crenshaw, K. (2023). Intersectionnalité. Payot.
- Denis, F., & Rusch, E. (2022). Santé des minorités sexuelles, sexuées et de genre et politiques de santé. *Santé Publique*, 34(HS2), 7–9.
- Donnard, G., & Jung, J. (2017). Quand les discriminations interrogent les pratiques des

- professionnel·les de santé ? Cahiers de la LCD, 5(3), 111–130. <https://doi.org/10.3917/clcd.005.0111>
- Duggan, L. (2002). The new homonormativity: The sexual politics of neoliberalism. In *Materializing democracy: Toward a revitalized cultural politics* (pp. 175–194). Duke University Press.
- Fassin, E. (2020). Campagnes anti-genre, populisme et néolibéralisme en Europe et en Amérique latine. *Revue Internationale et Stratégique*, 119, 79–87. <https://doi.org/10.3917/ris.119.0079>
- Favier, C. (2014). Les combats féministes dans le champ de la santé. *Les Tribunes de la Santé*, 44, 25–34. <https://doi.org/10.3917/seve.044.0025>
- Gilligan, C. (2009). Le care, éthique féminine ou éthique féministe ? *Multitudes*, 37–38(2), 76–78. <https://doi.org/10.3917/mult.037.0076>
- Girard, G. (2021). VIH/sida. In J. Rennes (Éd.), *Encyclopédie critique du genre* (pp. 818–829). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.renne.2021.01.0818>
- Gosselin, I. (2021). *Queeriser l'hôpital public ? Une clinique SOGIE en CHU (Mémoire de master en études de genre)*. UCLouvain, ULB, ULiège, UMon, USL-B, UNamur.
- Gosselin, I. (2022). #WECARE : Quel dispositif de soins de santé pour les minorités de genre et de sexualités ? *Observatoire du Sida et des Sexualités*. Rapport de recherche.
- James, D. (2022). An initial framework for the study of internalized racism and health: Internalized racism as a racism-induced identity threat response. *Social and Personality Psychology Compass*, 16(11), e12712. <https://doi.org/10.1111/spc3.12712>
- Le Berre, C., & Michelet, L. (2021). Des discriminations systémiques. *Plein droit*, 129(2), 24–26. <https://doi.org/10.3917/pld.129.0026>
- Lépinard, É., & Liébert, M. (2020). Ruptures épistémologiques et nouveaux savoirs. In É. Lépinard (Éd.), *Les théories en études de genre* (pp. 23–40). La Découverte.
- Leruth, I. (2008). L'autogestion pensée dans le domaine de la santé. *Santé Conjugée*, 45.
- Marche, G. (2007). Féminisme et politisation de l'homosexualité masculine : contiguïté ou imbrication ? *Revue Française d'Études Américaines*, 114, 88–108. <https://doi.org/10.3917/rfea.114.0088>
- Marche, G., & Wieviorka, M. (2019). *La militance LGBT aux États-Unis : Sexualité et subjectivité*. Presses universitaires de Lyon. <https://doi.org/10.4000/books.pul.25593>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Monheim, M. (2023). Maman\*/Papa\*/Docteur\*/..., j'ai quelque chose à vous dire (\*Biffer la mention inutile). *La Revue Nouvelle*, 4, 57–66. <https://doi.org/10.3917/rn.232.0057>
- Nyamnjoh, F. B. (2015). Beyond an evangelising public anthropology: Science, theory and commitment. *Journal of Contemporary African Studies*, 33(1), 48–63.
- Pachankis, J. E., Clark, K., Burton, C., Hughto, J., Bränström, R., & Keene, D. (2020). Sex, status, competition, and exclusion: Intraminority stress from within the gay community and gay and bisexual men's mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 119(3), 713–730. <https://doi.org/10.1037/pspp0000282>
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147–181. <https://doi.org/10.7202/1002253ar>
- Patton, C. (2013). L'industrie des services sida : La construction des « victimes », des « volontaires » et des « experts ». *Genre, sexualité & société*, 9. <https://doi.org/10.4000/gss.2808>
- Perreault, M. (2013). Communautaire et communautarisme : Concepts et pratiques. L'exemple du Québec. *VST - Vie Sociale et Traitements*, 117, 17–23. <https://doi.org/10.3917/vst.117.0017>
- Pezeril, C. (2017). La sérophobie en actes. Analyse des signalements pour discrimination liée au VIH chez Unia (2003–2014). *Observatoire du sida et des sexualités*.
- Pezeril, C. (2023). Articulations anthropologiques entre sexe, genre et sexualité. *La Revue Nouvelle*, 4, 37–47. <https://doi.org/10.3917/rn.232.0037>
- Pezeril, C., Detandt, S., & Demart, S. (2023). Santé sexuelle. In *Dictionnaire du genre en traduction / Dictionary of Gender in Translation / Diccionario del género en traducción*.
- Puig de la Bellacasa, M. (2003). Divergences solidaires : Autour des politiques féministes des savoirs situés. *Multitudes*, 12(2), 39–47. <https://doi.org/10.3917/mult.012.0039>
- Quéré, L. (2023). *Un corps à nous : Luttes féministes pour la réappropriation du corps*. Presses de Sciences Po.

Richard, C. (2021). La santé autrement : Expériences communautaires, féministes et antiracistes. *Revue du Crieur*, 18(1), 30–. <https://doi.org/10.3917/crieu.018.0030>

Speight, S. L. (2007). Internalized racism: One more piece of the puzzle. *The Counseling Psychologist*, 35(1), 126–134. <https://doi.org/10.1177/0011000006295119>

Trawalé, D. (2023). Enquêter sur son groupe minoritaire d'appartenance : Avantage

épistémique et production de la face interne de la frontière du groupe. *Raisons Politiques*, 89, 43–59. <https://doi.org/10.3917/rai.23.0043>

Vergès, F. (2019). *Un féminisme décolonial*. La Fabrique Éditions.

Zoldan, Y. (2023). Clinique queer : Corps et sexualités hors territoires. *Chimères*, 103, 177–188. <https://doi.org/10.3917/chime.103.0177>

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>5</b>
<b>UNE MACS À BRUXELLES ?</b>	<b>7</b>
HISTOIRE ET SANTE LGBTQIA+	8
MILITANTISME GAY, LUTTES FEMINISTES ET SANTE COMMUNAUTAIRE	8
SPECIFICITES LGBTQIA+ ET SANTE	11
STRESS (INTRA)-MINORITAIRE	12
UNE GRILLE DE LECTURE INTERSECTIONNELLE	13
<b>MÉTHODOLOGIE</b>	<b>17</b>
ÉPISTÉMOLOGIE DU POINT DE VUE	17
QUESTIONS DE RECHERCHE	18
#WECARE I (Février 2022 – Août 2022)	19
#WECARE II (Septembre 2022 – Juillet 2023)	19
PROCEDURE ET ANALYSES	20
#WECARE I : Analyse par secteurs	20
#WECARE II : Une analyse thématique et transversale	22
<b>ANALYSE DES RÉSULTATS</b>	<b>29</b>
#WECARE I	29
Une santé féministe, antiraciste ?	30
Une gestion alternative au modèle biomédical et vertical	31
Des garanties de financement	32
Conclusions, limites et critiques - #WECARE I	33
<i>Un timing paradoxal...</i>	33
<i>Vers une éthique du Care</i>	34
<i>Une grille de lecture intersectionnelle : un idéal ?</i>	34
#WECARE II	35
Une position sociale majoritaire au sein des minorités	36
Féminisme et sexisme : la place des femmes en santé	39
Terme féministe : excluant ?	40
Inclure les femmes c'est inclure les hommes	40
Inclure les femmes, toutes ?	41
Intersectionnalité et blanchiment du concept	42
<b>CONCLUSIONS</b>	<b>45</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>51</b>

# #WECARE

## Vers une maison de santé LGBTQIA+ inclusive et intersectionnelle à Bruxelles

Cette étude de terrain porte sur la création d'un dispositif de soins de santé spécifique, inclusif et intersectionnel pour un public minorisé en genre et sexualité.

Compte tenu des inégalités sociales de santé, des besoins spécifiques des publics LGBTQIA+ et des conséquences du stress (intra-) minoritaire sur les trajets de soins, une telle structure peut-elle répondre aux constats soulevés par la littérature et par les actrices de terrain ?

En utilisant une méthodologie qualitative, nous avons mené une recherche-action en deux temps mêlant des entretiens et focus groupe avec le secteur associatif LGBTQIA+, puis avec des membres du secteur des soins de santé bruxellois.

Ces rencontres permettent de relever les atouts et les limites à la création d'une maison de santé « arc-en-ciel » inclusive et intersectionnelle à Bruxelles.

Cette publication revient sur l'analyse des différents enjeux contemporains (offre de soins spécifiques, intersectionnalité, etc.) de ce projet, à partir de la position située de l'autrice.

Une publication de l'Observatoire du sida et des sexualités avec le soutien equal.brussels