

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé - educationsante.be
Chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles

N° 429 / FÉVRIER 2026



Je vois, j'agis:
l'empowerment
en salle d'accouchement

Sommaire



3

—
OUTILS

Je vois, j'agis:

l'empowerment en salle d'accouchement



10

—
RÉFLEXIONS

Participation:

la clé de la robustesse pour les organisations de santé



7

—
RÉFLEXIONS

Diabète:

passer les déterminants sociaux au stéthoscope



14

—
INITIATIVES

Non-demande:

le projet HORIZON Fxmme sert d'accroche



educationsante.be

- Retrouvez tous nos articles et des inédits en ligne.
- Abonnez-vous à notre newsletter et découvrez d'autres articles, ressources et informations épingleés pour vous.

Retrouvez-nous aussi sur: facebook.com/revueeducationsante

linkedin.com/company/education-sante

MENSUEL (11 numéros par an, ne paraît pas en août). **ABONNEMENT:** gratuit pour la Belgique. Pour l'étranger, nous contacter. **RÉALISATION ET DIFFUSION:** Mutualité chrétienne (MC). **ONT COLLABORÉ CE MOIS-CI:** Clotilde de Gastines, Julie Luong, Bernard Voz. **RÉDACTRICE EN CHEF:** France Gerard (education.sante@mc.be). **ÉQUIPE:** Clotilde de Gastines, Maryse Van Audenhaege, Marie Lennerts. **CONTACT ABONNÉS:** education.sante@mc.be. **COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT:** Martin de Duve, Dominique Doumont, Sirine El Khoury, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Célestine Gallez, Estelle Georgin, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Denis Mannaerts. **COMITÉ OPÉRATIONNEL:** Tania Antonioli, Nathalie Cobbaut, Dominique Doumont, François Negrel, Anne-Sophie Poncelet. **ÉDITEUR RESPONSABLE:** Georges Gilkinet, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **MISE EN PAGE:** Émergence Cauchie. **ISSN:** 0776 - 2623. Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord de la revue et moyennant mention de la source. **POUR TOUS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES:** Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET:** educationsante.be. **COURRIEL:** education.sante@mc.be. Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site educationsante.be. Notre site adhère à la plate-forme **promosante.net**. Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt: Charleroi X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrément: P401139. Crédit photos: AdobeStock.

Je vois, j'agis : l'empowerment en salle d'accouchement

OUTILS

Une coalition menée par des sages-femmes vient d'éditer le manuel pratique « Je vois, j'agis : intervenir en tant que témoin de violences obstétricales » et déploie aussi des formations *ad hoc*. L'objectif est de repérer le cadre légal, de créer un milieu plus favorable aux parturientes et de militer pour l'établissement d'une politique publique protectrice.

► CLOTILDE DE GASTINES

Absence de consentement, manque de confidentialité, défaut d'information complète, remarques déplacées, contention, épisiotomie imposée, agressions physiques et viols, ces situations se déroulent parfois en salle d'accouchement. « Les violences gynécologiques et obstétricales sont très fréquentes, mais les personnes qui nuisent délibérément et volontairement aux femmes sont très rares », rappelle Myriam Ben Jattou, fondatrice de l'association Femmes de droit, le 2 décembre – lors du salon Tools for care à la Haute école Vinci.

Si l'utilisation du terme « violence gynécologique obstétricale » (VGO) a émergé en Amérique Latine au début des années 2000, ce n'est qu'en 2014, que l'Organisation Mondiale de la Santé a dressé la liste des comportements considérés comme des violences gynécologiques et obstétricales. À partir de là, le sujet a percolé en Europe avec une déferlante de témoignages sur la plateforme Twitter (devenue X) sous les hashtags #PayeTonUterus, #genoegzwegen et #payetongyneco. (Lire notre encadré p. 6)

L'impact des violences obstétricales

« On fait face à un problème de santé publique, décrit Svetlana Sholokhova, chargée de recherche en santé au Service d'études de la MC, lors d'un webinaire de présentation du manuel intitulé "Je vois, j'agis : intervenir en tant que témoin de violences obstétricales", le 8 octobre dernier. Les recherches internationales montrent l'impact important des violences obstétricales sur la qualité de vie post-partum et notamment sur la santé mentale, l'estime de soi, le risque de dépression et de troubles de stress post-partum. Il y a également un impact très important sur la santé physique des personnes qui accouchent, notamment un cas d'usage de force excessive ». Avec pour conséquences : la perte de confiance envers les professionnels de santé et le système

JE VOIS, J'AGIS INTERVENIR EN TÉMOIN DE VIOLENCES OBSTÉTRICALES



© Plateforme citoyenne pour une naissance respectée

de soins de santé en général, qui peut entraîner une réticence à consulter et un report des soins y compris ceux qui sont nécessaires à la santé de l'enfant.

Par ailleurs, les violences substantielles ont aussi « un impact direct sur le bien-être des professionnels de santé », rappelle la chercheuse, qui faisait partie du comité de rédaction et a notamment co-rédigé la partie théorique du manuel. Être témoin de ces transgressions peut « contribuer au mal-être des soignants et constituer un risque important de burn out ».



Car le plus souvent, les soignants qui assistent à des actes violents ne savent pas comment s'interposer pour protéger la patiente et garantir le respect de ses droits. Parfois, des actes a priori bien intentionnés peuvent même être profondément transgressifs. « *Reconnaitre et nommer ces expériences est un premier pas vers la transformation des pratiques* », décrit Charlotte Verdin, coordinatrice de la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée (PCNR).

Pour tenter de changer les choses, trois associations : la PCNR, Femmes et Santé et l'asbl Garance ont mobilisé une centaine de praticien·nes, usagères, représentant·es des institutions, universitaires et des pouvoirs publics. La réflexion, entamée fin 2018, vient d'aboutir à la publication en novembre de ce manuel pratique grâce au soutien financier de l'AVIQ et de la COCOF.

L'ouvrage est construit en deux parties : une partie théorique décrit les violences obstétricales dans leur contexte systémique (émergence du concept VGO, reconnaissance en Belgique, aspect juridique du respect des droits des patients), et une partie pratique présente quatre vignettes cliniques et des grilles d'action.

Briser la culture du silence

L'idée de créer un manuel naît en octobre 2018. Lors d'un congrès de l'Union professionnelle des sages-femmes belges, Alice Van D., qui exerce depuis 5 ans au CHU Saint-Pierre à Bruxelles comme sage-femme, interroge le panel. « *Comment réagir si on observe un·e collègue effectuer un acte non médicalement nécessaire ou sans anesthésie ? Quelle est notre marge d'action ? Pour les étudiant·es sage-femmes c'est encore plus dur. Elles sont en bas de l'échelle hiérarchique* ». Une intervenante conseille : « *Tu peux tenir la main de la femme et lui signifier ta présence... ».*

Effarée par cette réponse qui lui paraît insuffisante, la jeune femme se rapproche de Fabienne Richard, alors sage-femme et membre de la PCNR, qui a assisté à l'échange. Elle lui propose de contacter l'asbl Garance qui est à l'époque en train d'élaborer un guide d'auto-défense féministe grand public que les femmes peuvent utiliser lors des consultations en santé sexuelle et reproductive (« *Zones à défendre* » paru en 2020). Très rapidement, elles envisagent de l'adapter aux besoins des professionnel·les témoins.

Une dynamique participative pour identifier les obstacles

La dynamique se met alors en branle, avec la mise en place d'un comité de pilotage qui décide d'objectiver la situation des violences obstétricales en Belgique, encore peu connue. Le comité met sur pied quatre focus groups, deux en intra-muros dans des structures hospitalières en région wallonne et deux en extra muros, dont un en haute école. « *On n'entre pas si facilement dans un hôpital avec une telle thématique. Il faut être recommandé pour ouvrir la discussion, et qu'il y ait déjà une forme d'adhésion au sein des équipes mêlant sage-femmes, gynécologues, psychologues, anesthésistes et obstétriciens* », reconnaît Charlotte Verdin. Les réunions duraient 2 à 3h, « *c'était des moments assez intenses et intensifs* ».

Des échanges menés en parallèle auprès d'élèves sage-femmes ont permis de dresser un constat saisissant. « *Les étudiantes sages-femmes sont formées sur les VGO tout au long des 4 années au travers des cours de droit, d'éthique, de bioéthique et de déontologie* » décrit Célinie Mathot, enseignante en Haute École qui participait au webinaire de présentation. Par exemple : « *Quand est-ce qu'un toucher vaginal est vraiment utile ? Comment favoriser l'empowerment des patientes ?* ». Mais le passage de la théorie à la

pratique s'avère périlleux. « *Elles arrivent en stage avec une grande sensibilité et c'est là que ça se complique. Une de nos étudiantes a encore vu un Kristeller cette semaine* (NDLR : manœuvre qui consiste à appuyer sur le ventre lors de la phase d'expulsion). Alors qu'on sait que c'est interdit. Elle a bien réagi parce que finalement elle posé la question à la sage-femme : "mais c'est pas interdit le Kristeller ?" La sage-femme a voulu noyer le poisson. Mais une troisième a confirmé que la manœuvre était interdite et inadaptée à la situation».

Braver la résignation et la loyauté

Les *focus groups* ont permis de constater qu'il n'existe pas de grand écart dans la perception des actes qui font violence, mais qu'en revanche, il existe un fossé entre les générations. « *Plus le praticien exerce depuis longtemps, plus il a du mal à utiliser le terme "violence." C'est comme s'il y avait une adhésion à la structure et au système de soins, mêlant résignation, loyauté et sentiment d'appartenance. À tel point que les soignants aguerris qui travaillent en milieu hospitalier ne peuvent pas imaginer que ça puisse se passer autrement* », ajoute Charlotte Verdin.

Les personnels extrahospitaliers qui travaillent notamment en maison de naissance font exception à cette tendance, car ils ont pu être témoin d'autres manières de faire, et ont parfois réussi à faire évoluer leur pratique. « *Ce n'est pas facile pour les soignants d'admettre qu'il y a des VGO, du fait de l'usure professionnelle et d'une sorte d'habituat, pour cela, il faut qu'ils laissent leur blouse au vestiaire* », souligne-t-elle.

« *Le terme "violence" est vraiment très difficile à intégrer pour les professionnels de la santé qui ne font pas leur métier pour violenter les gens, au contraire* », confirme Charline

Marbaix, médecine généraliste lors du webinaire. Malgré tout, elle relève des « *pratiques d'apprentissage malheureuses* » dans les filières de médecine, qui peuvent provoquer un dégoût de l'exercice du métier. « *On propose à des étudiants et étudiantes de faire des touchers vaginaux sur des femmes endormies, pour apprendre. Mais qu'est-ce qu'on apprend en fait à ce moment-là ? Que c'est OK de faire un toucher vaginal à une personne endormie ?* » alerte-t-elle.

Le système des drapeaux

Les échanges en *focus group* ont aussi permis d'identifier une trentaine de situations de transgression. Pour une question de lisibilité et d'accès au plus grand nombre, les auteurs ont développé quatre situations dans la partie pratique : un refus d'acte (prise d'antibiotique par rapport au streptocoque B), l'accueil en salle d'accouchement, la prise en charge de la douleur et la contrainte physique (toucher vaginal).

Chaque vignette comprend une description succincte de la situation clinique, puis l'analyse selon 6 critères d'un système de drapeaux (« *flag system* ») inspiré d'un outil développé en Flandre par Sensoa, le Centre flamand d'expertise sur la santé sexuelle. Les drapeaux donnent des repères pour apprécier le niveau de gravité d'une situation. « *C'est une observation pluridisciplinaire de la situation, qui permet de lisser les rapports de pouvoir liés à la détention des savoirs et de remettre la femme qui accouche et son travail au centre* » précise Charlotte Verdin.

Il existe quatre couleurs de drapeaux.

- **Vert**: tout va bien.
- **Jaune**: quelque chose cloche, un petit problème.
- **Rouge**: problème grave.
- **Bleu**: très grave, pouvant justifier une plainte.



La difficile position du témoin

« Sur base de la gravité identifiée, on peut décider d'agir, soit sur le moment, soit a posteriori. Ce n'est pas toujours possible d'intervenir immédiatement, parfois on n'a pas la position ou la présence d'esprit pour le faire. Et c'est normal, on n'est pas des super-héros », précise Dorothée Van Avermaet de l'asbl Garance.

Pour chaque situation, les auteurs·rices proposent des modes d'intervention et des alternatives à la confrontation directe qui pourrait mener à des représailles. « On peut intervenir sans forcément dire à la personne ce qui ne va pas, mais en valorisant ce qu'elle fait bien et en espérant un changement de comportement », précise-t-elle.

- ➊ Visibiliser: poser une question qui paraît un peu naïve pour déminer le terrain. Cela consiste à rendre visible ce qui se passe, en posant une question d'éclaircissement, parfois naïve. « Ah bon, on peut faire ça ? », « Ce n'est pas ce qu'on m'a appris à l'école... »
 - Avantage: accessible même quand on est peu légitime hiérarchiquement.
 - Inconvénient: inefficace si la personne visée n'est pas prête à se remettre en question.
- ➋ Interrrompre le comportement de façon plus ou moins subtile pour détourner l'attention, demander un ralentissement, arrêter un geste, soupirer ou manifester un malaise.
 - Avantage: met la personne concernée en sécurité.
 - Inconvénient: ne règle pas le problème de fond.
- ➌ Trianguler pour impliquer une tierce personne dans l'intervention :
 - la patiente: lui poser des questions (« Madame, est-ce que vous avez mal ? »), lui expliquer ce qui se passe, ou décrire ce qui va arriver.
 - un autre professionnel: demander des éclaircissements à une autre personne présente.
 - la hiérarchie: solliciter un cadre ou une autorité.

Cette approche permet de visibiliser la situation sans être seul à intervenir.
- ➍ Confronter: c'est l'approche la plus directe et souvent la plus efficace, mais aussi la plus risquée. Elle consiste à nommer clairement le problème. Attention: elle peut entraîner des représailles, à utiliser avec prudence.

Enfin, le manuel insiste sur l'importance de créer des espaces de *debriefing* et de médiation avec des patientes expertes, ou à minima un référent qui comprenne et forme – idéalement par équipe complète – au *flag system*, ce qui permettrait d'apporter des réponses plus collectives et plus structurelles.



Pour aller plus loin

- Le manuel « *Je vois, j'agis: intervenir en tant que témoin des violences obstétricales* » est téléchargeable en ligne ou disponible sur commande en format papier.
- Un module de formation pensé sur 2 jours s'adresse aux équipes et aux professionnels de la périnatalité au sens large. Il combine théorie, mise en situation et réflexion collective. Une trentaine de professionnels ont participé aux deux premières sessions qui se sont déroulées à Namur et Bruxelles. La prochaine formation aura lieu les 6 et 13 mars 2026 à Liège.
- naissancerespectee.be



Les VGO en Belgique: longtemps taboues et niées

En février 2024, le Sénat belge publiait 89 recommandations pour lutter contre les VGO. Dans une enquête menée en 2021 auprès de 4200 femmes en Wallonie et à Bruxelles par la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée, 41 % rapportaient au moins un acte de violence en maternité. La forme la plus courante de violence rapportée sont les soins non consentis. Dans 62 % des cas, l'acte médical n'est pas expliqué, dans 49 % des cas le consentement n'était pas demandé. Une femme sur trois évoque une manœuvre de Kristeller. Une femme sur cinq témoigne d'un manque d'accès à l'analgésie, de cris et réprimandes de la part du personnel, de demandes d'aide ignorées.

Dans cet échantillon, les femmes issues de minorités ethniques ou ayant un niveau d'éducation plus faible sont largement plus exposées aux VGO. « *Les violences gynécologiques et obstétricales se trouvent à la jonction des violences institutionnelles et des violences de genre*, précise Svetlana Sholokhova, chargée d'études à la MC. *Elles sont liées au fonctionnement du système de soins de santé, au manque de personnel, aux conditions de travail qui sont difficiles et stressantes, aux relations de pouvoir entre les différentes disciplines du corps médical ou aux lacunes de formation. Les violences obstétricales, c'est une facette des violences de genre que les femmes subissent dans ce système de soins très androcentré* ».

Source : senate.be/informatieverlagen/7-245/Senat-rapport-violences-obstetriciales-2024.pdf

Diabète : passer les déterminants sociaux au stéthoscope

RÉFLEXIONS

Les déterminants sociaux de la santé (DSS), et en particulier le niveau socio-économique, jouent un rôle déterminant dans le risque d'être atteint de diabète de type 2, de même que dans l'évolution de la maladie. Deborah Lauwers propose une étude de cas en contexte francophone belge riche en enseignements pour les acteurs du système de soins. Elle a réalisé son mémoire de master de spécialisation en médecine générale à l'ULB sur le sujet. Interview.

► JULIE LUONG

Éducation Santé: Pourquoi le diabète de type 2 est-il devenu une préoccupation majeure de santé publique ?

Deborah Lauwers: Le diabète est une maladie non-transmissible jouant un grand rôle dans la morbi-mortalité mondiale. En Belgique, sa prévalence atteignait 7,1 % de la population en 2022, sans compter la proportion vraisemblablement élevée de malades qui s'ignorent. Le diabète de type 2 représente par ailleurs la majorité des cas de diabète et se distingue du diabète de type 1 par le fait qu'il est lié non seulement à des facteurs de risque non modifiables, tels que l'âge et la génétique, mais également au « mode de vie », avec des facteurs de risque tels que le surpoids, la sédentarité, le tabac, une alimentation trop riche en sucres libres. C'est cette évolution des modes de vie – et l'augmentation du surpoids – qui expliquerait l'augmentation des cas de diabète de type 2.



En quoi le diabète de type 2 est-il une maladie liée aux déterminants sociaux de la santé ?

Les déterminants sociaux de la santé (DSS) sont définis par l'OMS comme « le contexte dans lequel les individus naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, et toutes les forces et les systèmes plus larges qui influencent les conditions de vie de tous les jours ». On observe donc une différence, un « gradient » de santé et d'espérance de vie en fonction de ces déterminants.

Cette différence se marque particulièrement en fonction du statut socioéconomique des individus. Ainsi, il a été mis en évidence que les personnes issues de milieux socio-économiques défavorisés étaient plus à risque de diabète de type 2. C'est ce que l'on nomme les inégalités sociales de santé (ISS). Cette réalité s'applique au diabète de type 2 mais aussi à plusieurs autres maladies chroniques liées aux modes de vie (surpoids, sédentarité) et à ce qu'on appelle le « syndrome métabolique ». C'est aussi le cas pour les maladies cardiovasculaires, autre cause majeure de morbi-mortalité dans le monde.

Le niveau socioéconomique a-t-il aussi une influence sur l'évolution du diabète de type 2 ?

Oui, de nombreuses études font état d'une influence des déterminants sociaux de la santé sur l'évolution de la maladie. Pourtant, aujourd'hui, les recommandations en trajet de soins restent essentiellement comportementales, basées sur le respect de normes diététiques, sur l'activité physique ou encore la prise de médicaments. Or on constate que les « changements de mode de vie » sont très difficiles à mettre en œuvre, *a fortiori* pour des personnes qui se trouvent dans des situations sociales complexes. Une revue de la littérature¹ montre non seulement que la majorité des interventions du système de soins visant une amélioration des comportements alimentaires sont individuelles, mais que ces interventions auraient pour effet d'augmenter les inégalités de santé : les personnes à même d'effectuer les changements attendus vont obtenir une amélioration de

¹ McGill R, Anwar E, Orton L, Bromley H, Lloyd-Williams F, O'Flaherty M, et al. Are. Interventions to promote healthy eating equally effective for all? Systematic review of socioeconomic inequalities in impact. BMC Public Health. 2015 May 2;15:457

leur santé, tandis que les personnes qui se trouvent dans un environnement défavorable et limitant leur marge de manœuvre ne pourront pas effectuer ces changements.

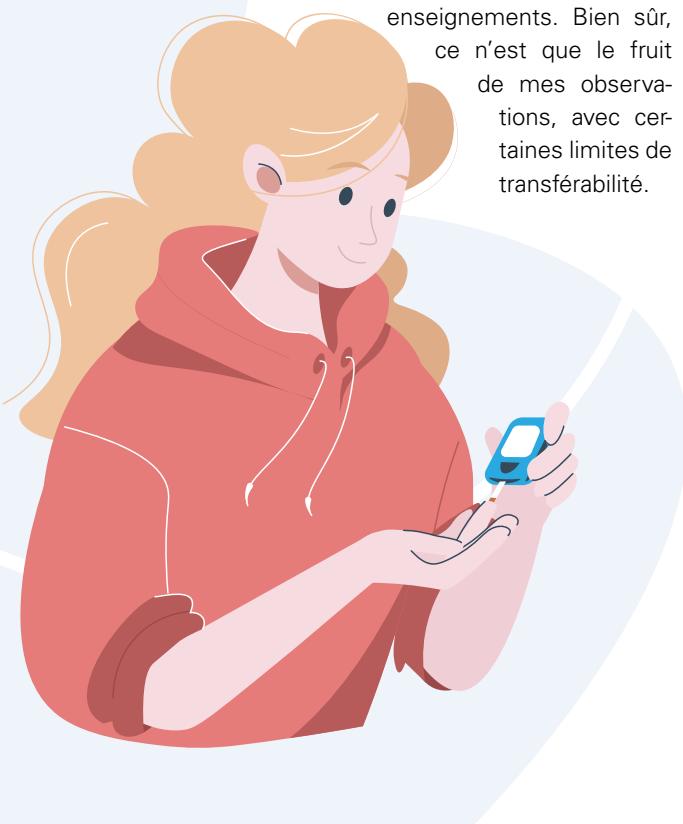
Cette individualisation des soins se perçoit dans l'injonction à une autogestion de sa santé et de sa maladie par le patient lui-même. Comme elle ne tient pas compte des déterminants sociaux de la santé, elle est parfois nommée « victim blaming ».

Comment les soignants peuvent-ils mettre en œuvre les valeurs de la promotion de la santé, malgré et en fonction des contraintes qui sont les leurs ?

Tout d'abord, rappelons les valeurs fondamentales de la promotion de la santé: santé perçue de façon large et positive, reconnaissance des déterminants sociaux de la santé et action engagée pour une réduction des inégalités sociales de santé. Les moyens identifiés sont multiples. Pour rappel, la charte d'Ottawa cite cinq axes: l'acquisition de compétences individuelles, le renforcement de l'action communautaire, la création de milieux favorables, la réorientation des services de santé, et l'établissement d'une politique publique saine.

Mais bien sûr, l'ensemble de ces axes ne doit pas être porté par tous les acteurs: par exemple, renforcer les compétences individuelles, c'est déjà agir en faveur de la promotion de la santé. Dans mon étude, j'ai ainsi voulu dresser un panel des moyens appliqués au sein de diverses

structures en Belgique, les mettre en lien avec des pratiques citées dans d'autres études, et en tirer les enseignements. Bien sûr, ce n'est que le fruit de mes observations, avec certaines limites de transférabilité.



Cependant, à partir de ces observations, on peut dire que les aspects structurels d'une pratique sont aussi des moyens d'action: se rendre accessible financièrement, via l'application du tiers payant ou un système de forfaitisation, est à la portée de tout·es soignant·es. Le renforcement des collaborations interdisciplinaires, au sein d'une structure ou via des collaborations externes, permet aussi d'agir en synergie sur les aspects bio-psychosociaux de la santé. Des collaborations tournées vers les autres acteur·ices du social-santé intégré·es aux soins de santé primaire permettent par ailleurs de participer à des démarches communautaires et autres axes plus macroscopiques de la promotion de la santé.

En Belgique francophone, quelle place occupe spécifiquement la santé communautaire, définie par l'OMS comme «le processus par lequel les membres d'une collectivité géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des actions qui visent à y répondre»?

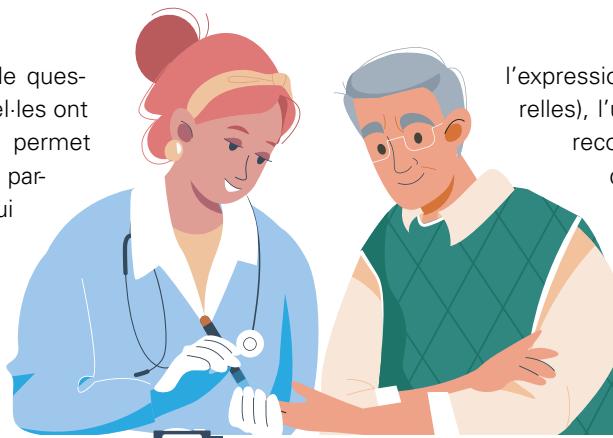
La question de la santé communautaire est une notion complexe, à grande divergence d'interprétation. Cette notion cristallise aussi une série de tensions parmi les soignants interrogé·es dans mon travail: préjugés de la part de certains qui n'en connaissent généralement pas la définition, peur d'une perte de temps, questionnement sur la pertinence, fait que les soignant·es soient occupé·es en priorité par des actions curatives dans un contexte de pénurie, etc. Dans mes prochains travaux de recherche, j'aimerais d'ailleurs me focaliser spécifiquement sur cet aspect de prise en charge collective des maladies chroniques visant à un *empowerment* collectif (une action sur les déterminants sociaux), en partant de la santé communautaire en Belgique.

Pourquoi est-il important que les soignants évaluent les déterminants sociaux de la santé de leurs patients? Est-il parfois difficile de le faire sans tomber dans une forme de stigmatisation?

Des limites ont été exprimées de la part de certain·es professionnel·les, comme la nécessité de garder une distinction des rôles («ne pas jouer les psychologues ou les assistant·es sociaux·les»), le fait de ne pas savoir comment gérer certaines informations et de se sentir démunis·es, la peur d'être intrusifs... Tandis que d'autres expriment à l'inverse la nécessité d'avoir connaissance des dimensions bio-psychosociales et perçoivent cette évaluation comme partie intégrante de leur métier de soignant·es.

Bien sûr, ces craintes exprimées par les professionnel·les ne traduisent aucunement une réalité vécue par les patient·es. Par ailleurs, on constate que certain·es patient·es expriment parfois spontanément différentes dimensions de leur vie : cette expression serait facilitée si le·la professionnel·le

se situe dans l'ouverture et le questionnement. Les professionnel·les ont par ailleurs parlé du lien qui permet la confiance: selon elle·eux, parler des autres dimensions qui composent la personne et en valoriser les aspects positifs permettrait d'humaniser la relation et de rétablir ainsi un équilibre face à un cadre purement biomédical où les échecs de prise en charge risqueraient d'induire des ruptures relationnelles. Nous sortons aussi d'une dimension « check-list » ou « interrogatoire » qui pourrait mener à une forme de stigmatisation.



L'évaluation des DSS est en effet fondamentale. D'abord, elle permet d'agir sur la capacité à faire remonter des besoins (« stéthoscope social ») vers des instances décisionnelles ou de recherches et/ou de construire directement un plaidoyer. Ensuite, elle permet de comprendre qui est la personne, sa réalité, ses priorités, mais également de co-construire un parcours de soin. Il s'agit aussi de pouvoir éventuellement référer les personnes à des structures d'assistance professionnelles ou communautaires, mais aussi d'évaluer les besoins de la communauté. Ce diagnostic communautaire est une étape longue, s'effectuant auprès d'un certain nombre de membres de la communauté et via différentes méthodes. Cela nécessite des compétences, des ressources et du temps. Et dépasse donc la responsabilité individuelle des professionnel·les: nous sommes ici dans des tensions structurelles.

La prise en compte des déterminants sociaux de la santé permet-elle aussi aux soignants d'adapter leur communication et notamment de ne pas donner des conseils « hors sol » aux patients ?

Dans la posture collaborative, qui serait l'apanage de certaines démarches de soins telles l'Aide et les Soins Centrés sur les Objectifs de vie de la Personne (ASCOP) ou certaines écoles d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP), le·a patient·e, ses besoins et ses réalités sont placés au centre de la dynamique de soins. Il en découle que les objectifs thérapeutiques doivent être adaptés aux réalités des patient·es. La communication devrait donc être adaptée aux réalités perçues ou connues des patient·es. Mais la simplification est à manier avec précaution: il est nécessaire d'avoir un discours accessible, tout en évitant de sous-estimer ou d'« infantiliser » les personnes perçues comme issues de milieux « défavorisés ».

Plusieurs pistes peuvent être envisagées pour contrebalancer les difficultés de compréhension comme la médiation communautaire (réunir des personnes d'une même communauté au sein des interventions pour faciliter la participation d'autres membres de cette communauté ainsi que

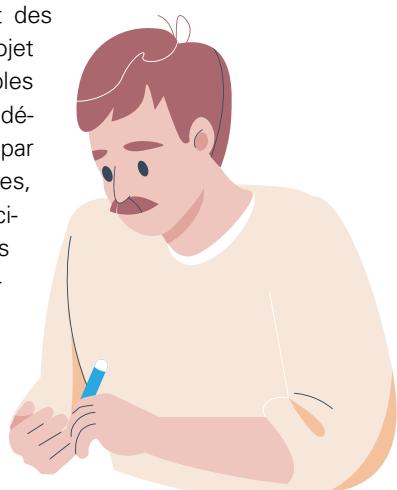
l'expression de diverses croyances culturelles), l'utilisation de médiums visuels, le recours à des interprètes, l'utilisation d'outils numériques tels que l'application « Yuka » qui propose des analyses nutritionnelles visuelles de produits alimentaires. La notion des coûts devrait notamment être prise en considération, que ce soit pour éviter de formuler des propositions inaccessibles.

Comment capitaliser sur les méthodes et initiatives qui se développent dans le sens d'une prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans le diabète ?

En Belgique, face aux multiples menaces pesant sur le système de soins, telles que le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques (dont le diabète) et la complexification des situations cliniques, les démarches de promotion de la santé et de prise en charge des déterminants sociaux font l'objet d'un intérêt grandissant. Les soins de santé primaire sont identifiés comme les sites privilégiés d'action agissant sur les déterminants sociaux, dans une logique de réduction des inégalités sociales de santé. Car il est question de justice: comment éviter de reproduire les inégalités de santé par nos pratiques ?

Pour cela, il est nécessaire d'adopter des outils et des postures qui tiennent compte et agissent sur les différents déterminants sociaux qui entourent nos patient·es. En ce sens, certain·es professionnel·les font état d'un manque de formation dans le domaine des déterminants sociaux de la santé et de la promotion de la santé et plaident pour une prise en compte de ces sujets au sein des cursus d'enseignement. La prise de connaissance des DSS permettrait aussi une collaboration avec les autres acteur·ices du social-santé, pour agir sur ces facteurs sociaux.

Ces données pourraient ainsi être utilisées à un niveau communautaire ainsi que par les instances étatiques de santé publique. Les processus de santé communautaire sont longs et soutenus, nécessitant des compétences de gestion de projet et de coordination des multiples acteur·ices impliqué·es. Si ces démarches étaient coordonnées par des professionnel·les formé·es, on peut imaginer que cela faciliterait leur application dans les lieux de soins. À terme, la perspective est que les démarches de promotion de la santé deviennent partie intégrante des fonctions normales des soignant·es.



Participation : la clé de la robustesse pour les organisations de santé

RÉFLEXIONS

Et si la participation en santé ne nous amenait pas là où nous le pensions ? Par-delà les annonces de démocratisation ou de managérialisation du système de santé, une recherche empirique sur le dispositif des comités de patients nous invite à repenser ses contributions. La participation peut sans doute contribuer à la robustesse des organisations de santé en renforçant leur fonction immunitaire.

▶ **BERNARD VOZ** est sociologue et chercheur en Sciences de la santé publique à l'Université de Liège.

Le système de santé à l'ère du participatiocene

La planète Terre est entrée dans l'ère de l'anthropocène depuis que l'activité humaine y est devenue la principale force de changement. Le secteur de la santé, à l'instar d'autres secteurs, pourrait bien être entré dans le *participatiocene* depuis plus de deux décennies maintenant. En effet, la par-

ticipation des publics y est présentée, par presque tout le monde et à tous les niveaux, comme un puissant moyen de transformation du secteur et de ses organisations. À tel point que l'idée de participation s'impose comme une forme d'impératif, tant moral que rationnel.

Depuis la Charte d'Ottawa, l'idée de participation¹ s'est largement diffusée et diversifiée dans ses usages et

¹ Nous utilisons ici le terme de participation de manière générique. De nombreuses notions aux contours sensiblement différents co-existent dans la littérature francophone et anglophone. Pour une clarification de ces termes, voir entre autres: « "Patient participation" and related concepts: A scoping review on their dimensional composition. » (Ortiz Halabi et al., 2020).





conceptions. Après les années 2000 particulièrement, les pratiques de participation en santé se sont multipliées. Des dispositifs qui semblent avoir peu de points communs les uns avec les autres relèvent de cet élan : « cafés papote », siège à l’assemblée générale d’un centre de santé de première ligne, mandats politiques dans des organismes publics régionaux ou fédéraux, implication active dans des équipes de recherche, passation de questionnaires d’expérience rapportée par les patients dans un hôpital... Tous prennent la couleur de la participation. L’idée reste sous-tendue par des justifications variées (Cleemput et al., 2019), qui peuvent être synthétisées en un mouvement soit de démocratisation soit de managérialisation du système de santé (Voz et al., 2021).

L’ambiguïté et la dispersion des initiatives qui en découlent ne semblent pas embarrasser la littérature scientifique qui continue de se concentrer principalement sur deux questions : les initiatives de participation sont-elles « véritables » ou symboliques ? Les initiatives de participation performent-elles ? Répondre à ces questions ne peut pourtant se faire valablement sans s’être d’abord penché sur celles qui les précèdent : que *font* les initiatives de participation et comment *funktionieren*-elles ? Si nous voulons déceler le potentiel transformateur des pratiques de participation, la recherche doit tenter de comprendre la contribution effective de la participation au secteur de la santé.

Le cas des « comités de patients »

En Belgique, la participation des patients à l’hôpital n’est réglementée d’aucune manière. L’hôpital est bien entendu incité par diverses voies à la mettre en œuvre mais sans aucunement y être contraint. L’absence de cadre législatif ou réglementaire ne signifie cependant pas l’absence d’initiatives sur le terrain hospitalier. Depuis 2014, des « comités de patients » naissent sur le territoire belge francophone^{2, 3}. Ils s’organisent au sein des hôpitaux et à leur initiative.

Les membres patients sont recrutés de diverses manières parmi les patients de l’hôpital ; les membres professionnels sont désignés ou cooptés. La proportion de patients et de professionnels est variable d’un comité à l’autre, avec le plus souvent une majorité de patients. Tous poursuivent un objectif général d’amélioration de la qualité. Ils le font à travers une étonnante diversité de tâches assignées ou d’initiatives. Les comités de patients représentent des cas particulièrement éclairants de participation par leur inscription dans la durée, leur insertion dans une organisation complexe (l’hôpital), et l’engagement relativement élevé qu’ils demandent aux différents membres.

Méthode de recherche

Les résultats présentés dans cet article proviennent d’une recherche empirique menée auprès de trois comités de patients, dans trois établissements hospitaliers distincts. Le travail de collecte de données s’est déroulé durant plusieurs années (de 2018 à 2024). Il a consisté en la réalisation d’entretiens individuels, de nombreuses séances d’observation directe, et d’une importante collecte documentaire. L’analyse du matériau prend appui sur la théorie des systèmes sociaux de Niklas Luhmann (Luhmann, 2010, 2021). Celle-ci considère les organisations comme des systèmes sociaux opérationnellement clos et séparés de leur environnement par des frontières. Les processus communicationnels qui s’y déroulent remplissent une fonction de différenciation, entre l’organisation et son environnement.

La participation comme fonction immunitaire de l’organisation⁴

L’analyse menée auprès des comités de patients en hôpitaux de soins généraux nous engage sur une voie qui n’est pas celle entrevue au départ. Le processus à l’œuvre dans les dispositifs étudiés ne relève, du point de vue de l’organisation, ni d’une forme de démocratisation, ni d’un élan de managérialisation. Les comités de patients remplissent plutôt la fonction immunitaire de l’organisation hospitalière. Aussi surprenant soit-il, le terme n’est pas employé ici de manière métaphorique. La fonction immunitaire n’est pas une image ; l’immunisation de l’organisation est la fonction sociale concrète que réalisent les mécanismes de participation étudiés.

L’emploi du lexique de l’immunité découle d’une proximité avec celle des systèmes vivants : des systèmes de défense, pour partie adaptatifs, qui protègent de pathogènes diversifiés à travers deux activités principales de reconnaissance et de réponse (Kindt et al., 2008). Le système immunitaire d’un système social, tel que nous l’avons analysé, partage ces caractéristiques. Pour le reste, le système immunitaire social dispose de mécanismes de fonctionnement propres qui diffèrent des mécanismes immunitaires du vivant. Nous les présentons ici brièvement.

Reconnaissance des « menaces » pertinentes

Un hôpital, sous couvert de l’unité du terme, recouvre de nombreux systèmes sociaux distincts. Il est un employeur,

² Des échanges avec des collègues néerlandophones nous ont renseigné une situation peu ou prou similaire de l’autre côté de la frontière linguistique : quelques initiatives isolées, sans être réglementées. Nous ne savons pas de quand y datent les premières expériences.

³ À notre meilleure connaissance, au moment de la recherche, une dizaine de comités de patients étaient en activités en Belgique francophone.

⁴ Les résultats présentés sont issus du travail de thèse de l’auteur de cet article. Des résultats plus détaillés sont disponibles dans le manuscrit au lien suivant : hdl.handle.net/2268/326338 et dans l’article suivant : « Improving the hospital or immunizing its organization? Patient and Public Involvement at the service of quality.» *Frontiers in Sociology*, 9 (Voz et al., 2024).



un ensemble de relations thérapeutiques, un concurrent sur le marché de la santé, un ensemble de groupes sociaux constitués aux intérêts potentiellement divergents (la corporation médicale, la profession infirmière, la communauté des patients...) etc. Dans les comités, le processus communicationnel opère afin de ne cibler les irritations adressées qu'à un seul de ces systèmes : l'organisation hospitalière.

L'analyse des communications dans les comités met en évidence un processus central de tri (de *différenciation*) des critiques et des irritations. Deux mécanismes de tri principaux sont à l'œuvre : dépersonnalisation et dépoltisation. Le premier opère afin d'évacuer les discours portant sur une expérience strictement individuelle de la relation thérapeutique.

Si les personnes présentes accueillent avec bienveillance la critique, la procédure n'est pas destinée à en tenir compte. Le rôle du comité ne sert pas nécessairement à faire émerger des plaintes individuelles, ou à internaliser une critique portant sur le système de la relation thérapeutique. À ce titre, la participation peut s'avérer éprouvante pour les personnes qui prennent part à ce type de dispositif dans le monde de la santé ou ailleurs (Charles, 2016). Au cours des réunions, les interventions régulières invitant les personnes à ne pas parler de « leur cas », à « prendre du recul » ou à ne pas laisser libre cours à leurs émotions marquent une séparation entre tout ce qui donne du contenu au rôle de patient et ce qui est attendu

des membres des comités. Le deuxième mécanisme, de dépoltisation, opère afin de trier les irritations situant le groupe des patients « face » à d'autres groupes constitués. Cela exclut toute possibilité de jouer un rôle militant dans la représentation d'un collectif. L'inestimable diversité des expériences reste un donné incontournable (pour le dispositif de participation) dont découlent la richesse supposée du mécanisme ainsi que ses faiblesses (selon les participants).

Ces opérations de tri indiquent clairement le système organisationnel de l'hôpital comme le système pertinent, celui dont les usagers doivent parler. À travers leurs discussions, les comités concentrent leur travail sur l'expérience de l'ensemble des services déployés par l'hôpital pour permettre à ses utilisateurs de s'y connecter (service de facturation, système de prise de rendez-vous, configuration des espaces d'attente et de circulation etc.). En optant pour la singularité (contre le collectif) et l'exhaustivité (contre la spécificité d'un service), la procédure établit l'usager (et non le patient, ou le militant) comme rôle de référence.

Réponse automatique et prévention des irritations

Une fois la « bonne menace » identifiée - à savoir, celle qui porte sur l'organisation de l'hôpital et non sur les relations thérapeutiques privées qui s'y déplient ou sur les relations politiques qui y ont cours – l'activité de réponse se déroule en deux temps. Premièrement, les échanges en comité alimentent l'identité de l'organisation hospitalière

comme organisation à visage humain (son auto-description). Toute l'activité des comités est centrée sur la discussion de cette identité, sur son observation. Les comités de patients accomplissent cette activité de manière tout à fait transversale, dans la grande diversité de leurs tâches. Ils réagissent à l'organisation « comme si » elle était cette organisation à visage humain. Les comités lui permettent par là de développer cette identité.

Deuxièmement, à partir de l'observation qu'ils font de l'organisation, les comités développent un répertoire d'anticorps ; ils préparent un répertoire de réponses qui anticipent et canalisent les conflits potentiels entre l'organisation et son environnement d'usagers. Le mécontentement relayé par un membre à propos de la réduction imposée de l'utilisation d'un service permet à l'organisation d'anticiper la réponse à apporter pour se protéger du conflit. L'activité reste la même lorsqu'un coordinateur parle de l'organisation d'une « semaine de l'accueil » pour les professionnels. Le récit des nombreuses critiques formulées à l'encontre de l'accueil à l'hôpital conduit à la nécessité de sensibiliser les travailleurs et de prévenir les conflits potentiels.

Au participatiocene, vers plus de robustesse des organisations de santé ?

Au début de cet article, sans doute étiez-vous armés de convictions quant au bien-fondé de la participation, pour des raisons de démocratisation ou pour d'autres justifications. Sans aucun doute, ces convictions vous habiteront toujours à la fin de votre lecture. Pouvons-nous cependant envisager vers quelle transformation du système de santé et de ses organisations l'analyse proposée nous oriente ? La procédure de participation telle que nous l'avons analysée contribue au maintien des frontières d'une organisation de santé. L'accomplissement de la fonction immunitaire de l'organisation hospitalière lui permet de poursuivre ses opérations en absorbant les irritations de son environnement. Par-là, la fonction immunitaire accomplie par les comités de patients contribue à la *robustesse organisationnelle* de l'hôpital.

La notion de robustesse a largement été popularisée dans l'espace francophone au cours des dernières années par Olivier Hamant (Hamant, 2022). Appliquée à une organisation (Xie et al., 2023), elle prend un sens concret tant empiriquement que théoriquement. Elle décrit la caractéristique d'un système qui parvient à maintenir ses fonctions principales malgré des perturbations provenant d'un environnement donné. Selon l'analyse proposée, c'est bien ce que *fait* la participation des patients et du public aux organisations hospitalières. Elle leur permet de prévenir les heurts et de maintenir leurs communications avec les usagers dans leur insaisissable complexité. La question des violences obstétricales ou des discriminations, sont un exemple typique d'événements qui pourraient être triés par le comité, non pour être étouffés, mais pour

être transmis vers des mécanismes de traitements adapté : médiation hospitalière, signalement, etc.

Présentée comme une voie alternative à la performance (Hamant, 2024; Hamant et al., 2025), la robustesse organisationnelle peut devenir une voie de transformation des organisations de santé. Un tel choix impliquera de reconnaître l'instabilité des environnements au sein desquels évoluent les organisations de soins pour sortir d'une vision du monde : celle du vécu perpétuel de la crise. Les systèmes de santé occidentaux semblent en effet affectés par l'expérience continue d'épisodes critiques depuis les années 80 (épidémie de sida, crise économique de 2008, crise du COVID-19) et de changements structurels (chronicité des maladies, vieillissement de la population, austérité budgétaire). Plus qu'un « état de fait », la situation rend certainement beaucoup plus compte d'une crise de la connaissance et d'une propension à penser que la normalité est l'état de stabilité des environnements (qui fait que chaque rupture est vécue comme une crise). La robustesse peut modifier notre manière de penser les organisations : la normale est l'instabilité des environnements, il faut donc bâtir des organisations capables de robustesse face à ceux-ci. La participation des patients peut y contribuer en rendant le système plus sensible à son environnement et plus tolérant à ses irritations.

Bibliographie

- ▶ Charles, J. (2016). *La participation en actes: entreprises, ville, association / Julien Charles; préface: Laurent Thévenot*. Éditions Desclée De Brouwer.
- ▶ Cleemput, I., Dauvin, M., Kohn, L., Mistiaen, P., Christiaens, W., & Léonard, C. (2019). Position of KCE on patient involvement in health care policy research. In *KCE Reports*. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- ▶ Hamant, O. (2022). La troisième voie du vivant. In *La troisième voie du vivant*. Odile Jacob.
- ▶ Hamant, O. (2024). De l'incohérence: Philosophie politique de la robustesse. In *De l'incohérence: Philosophie politique de la robustesse*. Odile Jacob.
- ▶ Hamant, O., Charbonnier, O., & Enlart, S. (2025). L'entreprise robuste: Pour une alternative à la performance. In *L'entreprise robuste: Pour une alternative à la performance*. Odile Jacob.
- ▶ Kindt, T. J., Goldsby, R. A., & Osborne, B. A. (2008). *Immunologie. Le cours de Janis Kuby avec questions de révisions.* (6^e éd.). Dunod.
- ▶ Luhmann, N. (2010). *Systèmes sociaux – Esquisse d'une théorie générale*. Les Presses de l'Université Laval.
- ▶ Luhmann, N. (2021). *La société de la société* (F. Le Bouter & D. Laurent, Eds.) [Book]. Exils Editore.
- ▶ Ortiz Halabi, I., Scholtes, B., Voz, B., Gillain, N., Durieux, N., Odero, A., Baumann, M., Ziegler, O., Gagnaire, R., Guillaume, M., Bragard, I., & Pétré, B. (2020). «Patient Participation» and related concepts: A scoping review on their dimensional composition. *Patient Education and Counseling*, 103(1), 5-14.
- ▶ Voz, B., Orianne, J.-F., & Pétré, B. (2021). Comités de patients en Belgique: Un forum hybride au service de l'hôpital? *Revue Belge de Sécurité Sociale*. hdl.handle.net/2268/29006
- ▶ Voz, B., Pétré, B., & Orianne, J.-F. (2024). Improving the hospital or immunizing its organization? Patient and public involvement at the service of quality. *Frontiers in Sociology*, 9, 1444955. doi.org/10.3389/fsoc.2024.1444955
- ▶ Xie, Y., Desouza, K. C., & Jabbari, M. (2023). On organizational robustness: A conceptual framework. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 31(1), 105-120. doi.org/10.1111/1468-5973.12423

Non-demande : le projet HORIZON Fxmme sert d'accroche

INITIATIVES

Dans le cadre du projet HORIZON Fxmme, DoucheFLUX déploie des activités pour les femmes sans chez soi grâce à de nombreux partenaires associatifs et bénévoles.

► CLOTILDE DE GASTINES

« Désolée monsieur, aujourd’hui on est mercredi, l’espace est réservé aux femmes », dit gentiment une volontaire qui distribue des colis de Noël de Zelle (le collectif des femmes du PTB) à l’entrée du centre de jour de DoucheFLUX. « Ah oui c’est vrai j’avais oublié, bon et bien je reviendrai demain » s’exclame l’homme, qui fait demi-tour, un peu pénaud.

Situé à 5 minutes à pied de la gare du midi, dans un ancien bâtiment industriel, DoucheFLUX propose un accueil à bas seuil pour les personnes sans chez soi ou en très grande précarité.

Le mercredi, les lieux sont réservés aux femmes et à des activités de santé communautaire. Passé le sas, où des affiches annoncent l’agenda des rencontres et des permanences, les usagères longent un puits de lumière qui abritent un grand escalier central. Une large sériographie du dessinateur Philippe Geluck rappelle sur un ton humoristique la raison d’exister de l’association, dont il est le parrain : « J’en avais marre de me laver en devant me lécher, merci DoucheFLUX » déclare le Chat en slip léopard sous la douche.

Une dizaine de femmes discutent par petits groupes dans la salle de vie. Certaines boivent un thé et grignotent des biscuits. Des enfants dessinent. Au fond de la salle, une femme et ses deux filles sollicitent les conseils d’une Digital Buddy de Bibliothèque sans frontières qui assure la permanence numérique. Des téléphones chargent aux quatre coins de la pièce. Une dame âgée somnole – des sacs de courses contenant probablement tout ce qu’elle possède à ses pieds. Une autre place quelques objets dans son casier, qui sert de consigne.

Créer un espace de répit sûr

« Ici les femmes qui vivent en rue ou dans une très grande précarité peuvent trouver du répit. Nous avons voulu créer

un safe space, car les femmes sans chez soi sont très vulnérables et ont tendance à se cacher tant le jour que la nuit », décrit Marie Zune, chargée du projet HORIZON Fxmme, avec un X pour inclure les personnes en transition qui s’identifient comme femme. Entre 2020 et 2024, le dispositif s’appelait 100 % Femmes.

Les mercredis, elles sont entre 20 et 30. C'est deux fois moins que les pics de 2024. « La baisse de fréquentation est directement liée au contexte politique, explique Léa Courtois, chargée de communication de l’asbl. En effet, le durcissement des règles de l’accueil conduit à davantage d’expulsion et de détention en centre fermé, et les réformes sociales aggravent la précarité des familles, d'où l'arrivée des enfants».

Lorsque le lieu est en mixité, l’activité est plus intense. 80 ou 90 personnes affluent, surtout des hommes. À peine une dizaine de femmes osent venir. Le lieu a beau disposer de deux couloirs de douches différents, l'espace d'attente entre la douche et le vestiaire est relativement restreint, ce qui est dissuasif pour les femmes particulièrement fragiles, qui ont parfois connu des violences conjugales ou dans la rue.

Au sous-sol ce jour-là, cinq douches sont occupées. Une bénévole donne à une femme un kit d’hygiène (savon, shampoing et essuie) et celle-ci indique qu’elle aurait besoin d’une culotte propre. Deux autres personnes attendent la fin de leur lessive.

Un public dans la non-demande

DoucheFLUX a longtemps cherché la bonne formule pour accueillir les femmes. À partir de l’ouverture en mai 2017, l’équipe leur réservait d’abord le mercredi après-midi, avant de l’élargir au matin. La période Covid a joué un rôle majeur dans l’identification des besoins, car DoucheFLUX

a assuré l'hébergement en hôtel pour des femmes, ce qui a permis de mieux les connaître. En 2024, l'association a été reconnue par la COCOF comme acteur de promotion de la santé. Elle a renforcé le travail communautaire au sein du centre de jour, notamment pour le projet HORIZON Fxmme.

« Notre public est très... dans la non-demande parce qu'il a l'habitude d'être invisibilisé, il a aussi subi trop de victimisation secondaire dans les services, où on lui demande la plupart du temps de raconter son histoire encore et encore, explique Marie Zune qui est en charge des activités de promotion de la santé. Il faut un temps d'accroche puis un temps pour créer un lien de confiance ».

Les mercredis, DoucheFLUX propose donc ses services habituels : l'accès aux douches, à la laverie et aussi des activités communautaires « prétextes » qui servent d'accroche en mêlant bien-être, culture et convivialité : table ouverte, coiffure, cosmétique, vélo, théâtre action, écoute musicale ou encore de la broderie avec l'asbl Entr'âges.

Ces activités permettent de faire émerger des besoins et de relayer vers les équipes sociales ou médicales. « *Le lieu est surtout un point d'accroche pour l'orientation et le suivi, car il est ardu de faire du collectif pur et dur et de l'empowerment collectif quand les besoins vitaux ne sont pas couverts* » constate-t-elle. L'enjeu est de débloquer la non-demande. Cela implique de tenir des permanences régulières (sociale, juridique, logement) pour rester accessible quand la personne décide de franchir le pas. Sur les questions de prévention et promotion de la santé en particulier, DoucheFLUX organise des ateliers le 4^e mercredi du mois sur la ménopause, les maladies chroniques, le diabète, les menstruations.

Une dynamique partenariale

L'association a ainsi développé de nombreux partenariats : la Plateforme Prévention Sida propose des dépistages en santé sexuelle et reproductive via le projet FABSS (Lire le n° de janvier d'Éducation Santé), Médecins du Monde des consultations médicales, SOS Jeunes un accompagnement spécifique pour les mineurs étrangers non accompagnés qui connaissent de fortes comorbidités. En parallèle l'équipe mobile d'experts du vécu de Fedasil suit les demandes liées à la protection internationale.

Comme les femmes qui fréquentent le centre de jour ont souvent été exposées à des violences de genre, l'équipe de DoucheFLUX a aussi développé un panel d'activités sur la réappropriation du corps. « *La plupart des femmes ont des problèmes de dissociation, liée à des parcours traumatiques très lourds. Quand la dissociation est trop forte, la personne risque de développer des problèmes de santé mentale ou des addictions, c'est pour cela que cela nous paraît essentiel* » précise Marie Zune.

Des massothérapeutes de l'asbl Dana, qui pratiquent aussi en centre de prise en charge des violences sexuelles, donnent des séances de massages bénévolement. Avec Equal Brussels, le GAMS Belgique et la Féda, les équipes travaillent enfin sur un protocole d'accueil des victimes de violences sexuelles.

Que ce soit pour le projet HORIZON Fxmme, ou le fonctionnement du centre de jour, l'instabilité tant financière que des équipes au sein des associations impacte régulièrement la dynamique, rendant toutes ces tentatives d'accroche et d'accompagnement éminemment politiques.



© Claire Bourquin DoucheFLUX ASBL



© Julie de Bellair - Ki-vi asbl - DoucheFLUX

- Vous voulez partager une expérience dans Éducation Santé?
- Vous avez rédigé un texte que vous souhaitez voir publier?
- Vous lancez une campagne en promotion de la santé que vous aimeriez mettre en évidence?
- Vous avez travaillé sur un projet dont le processus de mise en place ou d'évaluation mérite d'être mis en évidence?

► Contactez-nous: education.sante@mc.be



Avec le soutien de: