

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé - educationsante.be
Chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles
N° 423 / JUILLET 2025



PB-PP
BELGIE(N)-BELGIQUE
CHARLEROI X | P401139



**Prison
et traumas:**
le déclic de
la pair-aidance

Sommaire



3

INITIATIVES

Prison et traumatismes :

le déclic de
la pair-aidance



9

INITIATIVES

Santé mentale :

quand soignés
et soignants dansent
ensemble



6

INITIATIVES

Intégrer les patients-experts

dans le cursus de
formation des soignants



12

INITIATIVES

L'auto-santé comme parade aux discriminations



educationsante.be

- Retrouvez tous nos articles et des inédits en ligne.
- Abonnez-vous à notre newsletter et découvrez d'autres articles, ressources et informations épinglés 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, Camille Guiheneuf, Julie Luong, Déborah Flusin. **RÉDACTRICE EN CHEF** : France Gerard (education.sante@mc.be). **ÉQUIPE** : Clotilde de Gastines, Maryse Van Audenheaege. **CONTACT ABONNÉS** : education.sante@mc.be. **COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT** : Pierre Baldewyns, Martin de Duve, Dominique Doumont, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Célestine Gallez, Estelle Georgin, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Denis Mannaerts. **COMITÉ OPÉRATIONNEL** : Tania Antonioli, Pierre Baldewyns, Nathalie Cobbaut, Dominique Doumont, François Negrel, Anne-Sophie Poncelet. **ÉDITEUR RESPONSABLE** : Alexandre Verhamme, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **MISE EN PAGE** : Émerance 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.

Prison et traumas :

le déclic de la pair-aidance

Une dizaine de femmes détenues à la prison de Mons ont participé à des groupes de parole pour évoquer les violences qu'elles ont pu subir avant leur incarcération. Le partenariat d'I.Care avec des pairs-aidantes a été décisif pour libérer leur parole et attirer l'attention des autorités sur le besoin aigu de soins psychologiques en détention.



INITIATIVES

► CLOTILDE DE GASTINES

« À la prison de Mons, la majorité des femmes détenues ont vécu des violences de tout type, physiques, psychologiques, sexuelles, conjugales. Elles ont des parcours de vie traumatisants, mais elles n'ont accès à rien » décrit Rachel Rousseaux, chargée de mission chez I.Care. L'asbl qui développe des projets de promotion de la santé en milieu carcéral constate une détresse psychologique importante et une grande frustration liée à la quasi-impossibilité d'accéder à un accompagnement psychologique adapté.

« Aux assises, on s'intéresse à la trajectoire de vie des personnes, on fait des liens avec les violences vécues, mais une fois incarcérées, il n'y a plus rien » regrette Gwendoline Faravel, pair-aidante de Brise Le Silence, un Centre d'aide aux victimes de violences sexuelles basé à Mons, partenaire du projet.

En détention, la consultation d'un psychologue est en général limitée à l'évaluation du dossier de la personne condamnée : son aptitude à la détention, la préparation au respect des conditions permettant les sorties provisoires, l'évaluation du risque de consommation de substances psychotropes. « Ça n'a rien de thérapeutique, constate Charlotte Beco, infirmière en santé publique chez I.Care. Au mieux les femmes détenues peuvent consulter un psy en visio une fois par mois en présence d'un gardien, mais le plus souvent, elles doivent se débrouiller toutes seules avec leurs traumas ».

La prison de Mons étant surpeuplée, la cinquantaine de femmes détenues est rarement prioritaire pour l'accès aux activités. Toutefois, au cours de l'année 2024, I.Care a pu mener le projet pilote intitulé « WoW Resilience » pour Wonder Women Resilience. Il s'inscrivait dans le cadre d'un appel à projets de l'AVIQ sur la santé mentale et la promotion de la santé en milieu carcéral pour renforcer

les compétences psycho-sociales (CPS) des femmes détenues. Ce projet d'une durée d'un an s'est clôturé début février 2025.

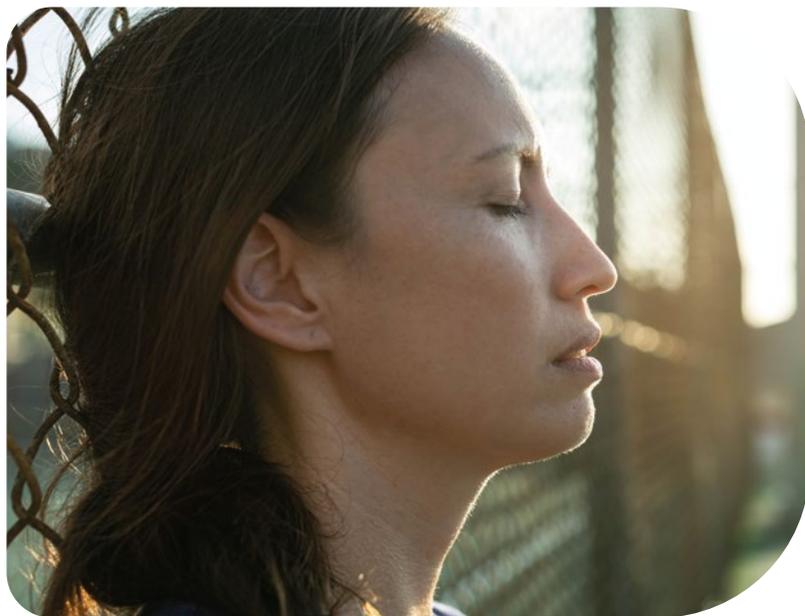
Une dizaine de femmes condamnées à de longues peines allant de 5 à 20 ans ont participé à des ateliers d'art-thérapie et à un groupe de parole. Pour aborder le sujet, I.Care a noué un partenariat avec des pair-aidantes de Brise Le Silence qui sont spécialisée sur les violences sexuelles et intrafamiliales.

Légitimité et safe space

Au cours d'une première partie exploratoire, les intervenantes ont réuni les femmes volontaires dans un *focus group* pour identifier leurs besoins avant de mettre en place des ateliers d'art-thérapie complétés par des groupes de parole. Mais rapidement, le projet patine.

« Très vite, certaines "résistances" sont apparues pour des raisons de légitimité et de sécurité », explique Gwendoline Faravel. En effet, les participantes ne se sentaient pas légitimes de faire le lien entre les violences qu'elles avaient subies dans leur enfance ou dans leur passé et leurs parcours de vie avec des passages à l'acte et des conduites à risque qui avaient mené à leur condamnation. « C'était impressionnant de voir à quel point elles ne s'autorisaient pas à reconnaître leur statut de victime parce qu'elles sont en prison » ajoute-t-elle.

Par ailleurs, même si les intervenantes avaient pris soin de créer un cadre commun sous forme de charte pour assurer la bienveillance et la confidentialité des échanges, les participantes craignaient que le groupe ne soit pas véritablement une *safe place*. « Nous avons beau cadrer et dire que : "Tout ce qui se dit ici reste ici", dans leur réalité, elles pensaient : "Tout ce qui se dit ici peut se retourner contre



moi au préau" » explique Gwendoline Faravel, qui décrit « une logique de la survie en milieu fermé où la honte et la culpabilité sont reines ».

Unir ses forces face aux vents violents

Aux cours des ateliers d'art-thérapie et des groupes de parole, les intervenantes ont eu beaucoup de mal à amener la thématique des violences. Difficile de parler du passé quand le présent est aussi envahissant : le fait de ne pas avoir eu accès au préau, une dispute avec les agents, la cantine qui n'est pas arrivée, une détenue qui est libérée et qu'elles auront interdiction de revoir au dehors. « *Tout cela est vécu comme des micro-violences. À cela s'ajoute la violence d'une mise au cachot après des crises d'anxiété, le sentiment pour certaines de se sentir exposées quand les familles des agents viennent en visite annuelle dans la prison. Par conséquent, les participantes profitaient de cet espace libre de parole pour exprimer tout ce qui pouvait les frustrer* » ajoute Rachel Rousseaux.

À mi-parcours, I.Care et Brise le Silence se sont appuyées sur le jeu collaboratif de plateau « Vents violents », qui permet de parler de la violence familiale et de ses conséquences. Les joueurs, répartis en quatre bateaux doivent le mener vers le continent des relations égalitaires. Le but est que tous les bateaux arrivent au continent, en s'entraînant. Le jeu a permis à certaines femmes d'identifier des situations qu'elles avaient pu vivre : emprise, dépendance, peur de représailles, silenciation, sans pour autant avoir à parler de leur propre vécu. Les participantes ont identifié les différents types de violence avec facilité. Une des participantes connaissait déjà certains services d'aide pour les femmes victimes de violences conjugales qui sont mentionnés dans le jeu. Une autre a confié : « *J'ai vécu plusieurs fois la lune de miel moi* ». Dans le cadre des violences intrafamiliales ou conjugales, c'est la phase qui suit

l'épisode de violence. L'agresseur s'excuse et promet de ne plus recommencer.

La bascule des pair-aidantes

Puisqu'il était difficile pour les femmes d'aborder leur passif de violences depuis le début du projet, les pair-aidantes de Brise le Silence ont proposé de raconter leur parcours. « *Dans nos histoires, on retrouve de l'emprise, de l'errance, des mauvaises fréquentations, des conduites à risques, on frôlait parfois la limite à bien des égards. Nous avons parlé de nos propres foyers de honte et de culpabilité, autrefois très dominants dans nos systèmes respectifs. Peut-être pour leur montrer que des "trajets" sont possibles vers une compréhension profonde de soi et de certains actes qu'on a pu faire qui nous ont menés vers des voies sans issue, condamnées, sans estime de soi, décredibilisées. Les participantes ont été très réceptives. À partir de là, je pense que certaines ont pu faire des liens avec leur propre histoire* » précise Gwendoline Faravel.

Au fil de leurs témoignages, les participantes ont posé des questions : « Comment se défait-on de ses traumatismes du passé ? » ; « Comment se désintoxique-t-on des relations du passé ? » ; « Quels sont les *warnings* d'une relation toxique ? » ; « Comment les pair-aidantes ont-elles réussi à s'en sortir et à passer au-delà de toutes leurs difficultés ? ». Leurs questions prenaient racine dans leur vécu.

À la suite de ce partage, pour la première fois au sein du groupe, une participante a raconté une enfance parsemée d'agressions sexuelles, d'inceste, de violences intrafamiliales et de précarité extrême. « *Elle était plus que bouleversée et emportait tout le groupe dans l'horreur de ce parcours de vie où au final, la "case prison" arrive et devient le premier lieu où elle ne subira plus autant de violences au quotidien* », relate la pair-aidante.

Réparer les failles avec de l'or

Après cette séance, et en accord avec les participantes, les ateliers et les groupes de parole ont fusionné en un atelier dit « mixte » de 3 heures et l'ambiance a changé : la confiance était de mise. Lors de ces dernières séances, les femmes ont exprimé plus de liens entre les activités proposées et leurs vécus de violences du passé. Les intervenantes ont proposé un atelier de Kintsugi, un art japonais symbolique de résilience. « *En réparant des objets cassés, en les recollant avec de l'or, on embellit les fissures et les failles apparentes. C'est le symbole de réparer des parts de soi cassées et de travailler à les percevoir avec le temps, comme des parts de soi qu'on a acceptées* » dit Gwenaëlle Faravel.



Repère : Pair-aidance et apprentissage social

La théorie de l'apprentissage social (Bandura) met en avant que « l'observation d'un modèle entraîne une modification des représentations (s'il y arrive, pourquoi pas moi ?) ; cette modification des représentations facilite les tentatives d'imitation de ce modèle, encouragées par le modèle lui-même ; lorsque ces tentatives réussissent, elles constituent des expériences de maîtrise guidée qui augmentent à leur tour le sentiment d'efficacité personnelle » (de Almeida Carapato & Petot, 2004).

Ces réalisations s'accompagnaient de questionnement sur leur passé avant l'incarcération, signe qu'elles réussissaient à outre-passer les micro-violences du quotidien. « *Les femmes ont également fait preuve d'optimisme quant à leur futur, exprimant que les témoignages des pair-aidantes leur avaient donné de l'espoir quant à la suite de leur propre chemin* » ajoute Rachelle Rousseaux. La dernière séance a consisté en des échanges libres pour que les femmes puissent s'exprimer sur leur vécu du projet et sur les revendications qu'elles voudraient porter au niveau hiérarchique et politique pour une meilleure offre d'accompagnement psychologique et de gestion émotionnelle en prison.

Le projet s'est clôturé en février, en ayant prouvé l'utilité de créer un groupe de parole sur la question des violences de genre. « *Dans un chemin de réparation, la stabilisation*

intérieure est l'étape la plus longue, décrit Gwendoline Faravel. *Le fait de pouvoir exprimer sa part émotionnelle a un intérêt dans un processus de réhabilitation et de réinsertion* ». Pour le moment, faute de réforme structurelle sur l'accès aux soins, les détenues concernées postposent ce chemin à leur libération.



Pour aller plus loin

- ▶ JORIS M., Prison: un médecin dénonce l'impossibilité de soigner correctement les détenus malades, RTBF, rtbf.be/article/prison-un-medecin-denonce-l-impossibilite-de-soigner-correctement-les-detenus-malades-11537151
- ▶ Carte blanche dans le Soir: La santé en prison, un enjeu pour nous toutes et tous, lesoir.be/678035/article/2025-05-27/la-sante-en-prison-un-enjeu-pour-nous-toutes-et-tous
- ▶ Au cours de l'année universitaire 2024-2025, les 55 étudiant-es du Equity Health Lab ont développé des outils spécifiques pour renforcer l'accès aux soins et aux droits des détenu-es et ex-détenu-es.
 - Le site de l'Equity Health Lab et la démarche interdisciplinaire qui anime 6 facultés: **Equity Health Lab: présentation | LinkedIn**
 - Lire aussi notre article sur la promotion 2023-2024 du Equity Health Lab: **Des étudiant-es, vent debout contre les inégalités sociales de santé - Éducation Santé**



Le Kintsugi, un art japonais symbolique de résilience.

Généré par l'IA

Intégrer les patients-experts dans le cursus de formation des soignants

Nathalie Kaisin est patiente-formatrice. Le 27 mars dernier, elle donnait un cours à la faculté de santé publique de l'UCLouvain dans le cadre du module sur les interventions en éducation thérapeutique du patient. Les étudiants ont ainsi pu entendre la voix d'une patiente qui se bat pour une médecine centrée sur le patient. Un témoignage rare, tant l'expertise des patients est souvent invisibilisée au cours de la formation initiale des soignants.

INITIATIVES

► CAMILLE GUIHENEUF

Cet article est le premier d'une série d'entretiens menés auprès d'intervenantes du cours *Comportements et Compétences de santé* de la faculté de santé publique de l'UCLouvain. Ce cours s'adresse aux étudiants désireux d'approfondir leur connaissance des dimensions relationnelle, pédagogique et éthique de la santé aux côtés d'acteurs du terrain. Camille Guiheneuf, chargée de projets au RESO – Service de promotion de la santé – a interrogé ces trois intervenantes sur leur expérience et expertise au regard des principes et méthodes du champ de la promotion de la santé.

Camille Guiheneuf (RESO): Vous êtes patiente-experte et patiente-formatrice. Qu'est-ce qui vous a amené à endosser ce rôle ?

Nathalie Kaisin: Je suis diabétique. Ma maladie a été diagnostiquée lorsque j'avais 9 ans. J'ai donc traversé l'enfance, l'adolescence et entamé ma vie d'adulte avec le diabète. Petit à petit, j'ai découvert les limites qu'il m'imposait et les perspectives qu'il m'octroyait. J'ai consulté et fréquenté beaucoup d'hôpitaux, assisté à de multiples séminaires, colloques et conférences concernant le diabète.



Puis, j'ai eu le souhait d'apporter aux patients ce que je n'avais pas reçu. J'ai donc poussé, il y a quelques années, la porte du coaching pour commencer à me former. Et aujourd'hui, je pense être devenue la « patiente-experte » que j'aurais voulu rencontrer pour m'accompagner tout au long de ma vie de diabétique, celle qui aurait pu me rassurer, me soutenir dans les moments difficiles et m'aider à me sentir bien.

Vous avez créé une Asbl «DiaCoach» à destination des patients-experts, des patients-formateurs, des patients-facilitateurs ou encore des patients qui interviennent dans la recherche. Puis, vous avez intégré l'«Association du Diabète» qui réunit des personnes diabétiques et des soignants. Souhaitez-vous compléter cette courte présentation à propos de vos expériences ?

En tant que membre de l'Association du Diabète, j'ai pu récemment bénéficier d'une formation supplémentaire, dispensée par le Patient Expert Center, pour être mieux identifiée en tant que patiente-experte. C'est une formation qui est de plus en plus considérée par les hôpitaux, les instances politiques, les firmes pharmaceutiques et le secteur de la recherche. L'Association du Diabète fait aussi partie de la Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS). C'est en partie grâce à la LUSS que j'ai rencontré, en tant que patiente-formatrice, des institutions publiques et beaucoup d'enseignants d'universités ou de hautes écoles qui m'ont proposé d'intervenir auprès d'infirmiers, de pharmaciens, de médecins...



Repère: Le patient-expert

Un patient-expert est une personne qui a acquis des connaissances nées de son expérience en tant que patient. Sans se substituer au rôle des soignants, il contribue activement dans un contexte de soins : avec une équipe soignante pour améliorer un programme d'éducation thérapeutique ; pour des projets de recherche ; ou encore pour la formation des (futurs) soignants... (Pomey et al., 2015). L'engagement dans une démarche partenariale patients-soignants incarne une manière de travailler fondée sur la collaboration et la reconnaissance mutuelle des expertises (Dans et al., 2025).

Lorsque vous intervenez auprès de futurs soignants, qu'est-ce qu'il est essentiel de leur enseigner pour que le partenariat avec le patient s'ancre dans leur pratique ?

Il peut être très difficile pour un patient de mettre en pratique les informations ou les conseils transmis par des soignants. Personnellement, j'ai ressenti à plusieurs reprises un manque de connexion entre ce que les soignants attendaient de moi et ce que je pouvais réellement mettre en œuvre dans mon quotidien. Ils ne se rendent pas toujours compte de cette déconnexion, car pour certains leur cursus est orienté sur l'apprentissage théorique plutôt que pratique. Même si les soignants ont beaucoup d'empathie, leur formation ne leur permet pas toujours de comprendre la réalité de ce que les patients vivent vraiment. Et quand bien même un enseignant tenterait de leur expliquer, son explication n'aurait pas le même impact que le témoignage d'un patient qui partage ses expériences avec toute la charge émotionnelle qui les accompagne. C'est pourquoi je pense que la transmission, dans la formation, doit se faire

en partie par des patients qui soient en mesure d'expliquer leur réalité de vie, y compris toutes les difficultés rencontrées dans le quotidien, et cela sans être dans la colère ou la révolte.

Comment qualifieriez-vous la visibilité des patients-formateurs en Belgique ?

Pour moi, elle est encore inexistante. Peut-être que certains enseignants sont mal à l'aise avec le changement ou qu'ils craignent que nous prenions leur place. Alors qu'en nous rencontrant, ils verraient que ce n'est pas le cas, le but n'est pas de les remplacer. Au contraire, nous souhaitons travailler en co-construction avec eux, pas sans eux. Contrairement aux enseignants, ce ne sont pas les patients-formateurs qui dispensent la théorie.

J'observe que, pour remédier à ce manque de visibilité, il y a tout un travail de communication qui s'opère de plus en plus et qui s'appuie sur des données scientifiques pour démontrer les bénéfices de l'intégration des patients-experts et des patients-formateurs dans l'organisation du système de santé. Quant à l'enseignement, c'est en partie grâce à la LUSS que de plus en plus de patients-formateurs se retrouvent maintenant dans les universités et les hautes écoles en Belgique.



Repère: Le patient-formateur

Le patient-formateur, aussi parfois appelé « patient-enseignant », est amené à intervenir auprès de (futurs) professionnels de la santé. L'objectif poursuivi est de repenser les formations initiales et continues des soignants en prenant en compte la perspective des patients-formateurs (Lartiquet et al., 2023).





Une des difficultés à laquelle nous faisons face pour améliorer notre visibilité est le rythme des cours. Par exemple, dans une université, les cours d'un quadrimestre débutent en février et se terminent au mois de mai avec un cours par semaine. C'est un rythme fatiguant pour une personne vivant avec une maladie chronique, d'autant plus pour ceux qui travaillent ou qui ont une vie de famille. C'est pourquoi nos interventions peuvent nécessiter des adaptations en fonction de nos besoins et de ceux des enseignants. Il est donc important qu'elles soient préparées en amont, en co-construction avec les enseignants. Par exemple, un format commun pour un cours peut être une intervention du professeur dans une première partie et d'un patient-formateur dans une seconde partie.

Actuellement, les patients participent-ils à la formation des soignants de manière structurée en Belgique ?

Il n'y a aucun cadre législatif pour le moment, ni au niveau de la recherche, ni de l'enseignement et des instances politiques. Contrairement à la France par ailleurs. Pour le moment, les législateurs belges se sont peu prononcés, alors qu'il est urgent de trouver un cadre légal, car l'enseignement fera de plus en plus appel aux patients-formateurs. Agir dans un cadre formel assure à un patient-formateur d'intervenir dans un processus pédagogique qui lui assure une légitimité et une reconnaissance dans sa contribution à la formation des soignants. C'est de cette manière qu'il peut ressentir qu'il est sur un pied d'égalité avec l'enseignant.

J'ai fait et je fais énormément de bénévolat. Ce qui me dérange de plus en plus, car il y a un recours abusif au bénévolat. Au bout d'un moment, ça créera un essoufflement des patients-formateurs qui risquent de ne plus pouvoir assurer toutes leurs missions. J'ai pu aussi constater que ce manque de formalisation réduit la diversité des profils des patients-formateurs. Par exemple, des personnes avec des moments de disponibilité flexibles, comme des personnes

pensionnées, peuvent plus facilement s'adapter à l'absence de cadre. Mais cette absence réduit les possibilités pour les soignants de rencontrer des personnes plus jeunes qui devront peut-être prendre un jour de congé pour être présentes.

L'idéal serait de tendre vers la professionnalisation. Mais en attendant, il y aurait au moins des niveaux de contribution qu'il faudrait légiférer. Et peut-être qu'en légiférant le statut de patient-formateur, les enseignants auraient davantage confiance en nos capacités et ils feraient davantage appel à nous.

En quelques mots, quel serait votre message pour tendre vers un système de santé où la voix du patient serait bien plus entendue ?

J'aimerais dire aux enseignants et aux soignants « Essayez, lancez-vous ! ». Travailler à plusieurs, en co-construction, c'est beaucoup plus riche que seul. Vous n'avez rien à perdre à faire appel aux patients-formateurs.

Bibliographie

- ▶ Dans, C., Bragard, I., & Aujoulat, I. (2025). Quand les patients et les soignants s'engagent vers des pratiques de partenariat dans les soins. Dans P. Bonneels, & A. Laugrand (Dirs.), *Petite introduction à l'anthropologie médicale et de la santé : Perspectives contemporaines* (Tome 1). Académia. (À paraître).
- ▶ Lartiguet, P., Broussal, D., & Saint-Jean, M. (2023). L'invention du patient formateur: repenser l'ingénierie de formation et promouvoir le partenariat en santé. *Phronesis*, 12(4), 129-146. doi.org/10.7202/1106791ar
- ▶ Pomey, M-P, Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M-C., Débarges, B., Clavel, N., & Jouet, E. (2015). Le « Montreal model »: enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, S1 (HS), 41-50. doi.org/10.3917/spub.150.0041

Santé mentale : quand soignés et soignants dansent ensemble

À Lyon, patients et professionnels en santé mentale se sont réunis pendant plusieurs mois pour mettre sur pied le spectacle de danse « DS-Déesse », sous la houlette de la chorégraphe Anne Martin, longtemps membre de la compagnie de Pina Bausch. Sur un air de musique folklorique grecque, ce projet participatif questionne de manière sensible la place du corps et du collectif dans le soin psychique.



INITIATIVES

► JULIE LUONG

Dans le 8^e arrondissement de Lyon, à quelques encablures du Vinatier – le plus grand hôpital psychiatrique de France après Sainte-Anne (Paris) –, au fond d’une cour intérieure baignée de soleil, un studio de danse accueille chaque lundi après-midi une curieuse compagnie composée d’une quinzaine de danseur·euses amateurs, patient·es et professionnel·les de la santé mentale.

Depuis janvier, la troupe élabore le spectacle qui sera présenté en mai à la Maison de la danse de Lyon. « *Enfoncetoï dans de la guimauve, bien molle, bien agréable et un peu collante* », suggère lors de l’échauffement Juliette Beauviche, qui assiste la chorégraphe Anne Martin. Ici, la danse est d’abord expérience, sensualité, imagination. « *Lors de la première répétition, j’ai demandé aux participants de se présenter et ils n’ont parlé que d’une chose : le fait qu’ils n’étaient pas danseurs, leur incapacité à danser* », raconte cette dernière. Car la danse demeure une pratique intimidante, associée à l’idée de discipline, d’excellence, de dépassement de soi, de contrôle du corps. « *Pour moi, la danse, c’est un état d’être*, affirme Anne Martin. *Si ce n’est que de la technique, ça ne m’intéresse pas du tout.* »

Exigence artistique

À 72 ans, la danseuse a une carrière prestigieuse derrière elle au sein de la compagnie de la chorégraphe allemande Pina Bausch, considérée comme l’une des figures majeures de la danse contemporaine. Après avoir vu le film documentaire « *À l’Intérieur* » réalisé par Claire Juge en 2023

à propos d’un projet antérieur, déjà porté par le psychiatre lyonnais Emmanuel Monneron, Anne Martin s’est proposée pour prendre le relais chorégraphique. Responsable du Centre d’activités thérapeutique (CATTP) du pôle Centre rive gauche, une structure ambulatoire rattachée au Vinatier, Emmanuel Monneron, également danseur et chorégraphe, a encore du mal à cacher son enthousiasme : travailler avec Anne Martin, il n’osait pas en rêver.

Il faut dire qu’une telle collaboration, soutenue par le dispositif Éclats d’art – qui fédère différents acteurs du Vinatier autour d’une dynamique artistique et culturelle –, a de l’étoffe. « *Nous travaillons avec une certaine exigence artistique, dans une idée de co-construction et de valorisation du résultat*, explique Coline Rogé, responsable de la Ferme du Vinatier, la structure qui met en place la politique culturelle de l’hôpital. *À travers Éclats d’art, l’idée est de soutenir les unités dans leur propre projet artistique et de les accompagner sur un plan technique et financier.* » Le travail avec des structures partenaires d’envergure comme la Maison de la danse permet par ailleurs d’appuyer l’inclusion dans la cité « *et de briser l’autocensure de certains patients face aux lieux culturels* ».

Rythme intérieur

Mettre à la danse des personnes qui sont persuadé·es de ne pas savoir danser n’effraie pas Anne Martin, au contraire. « *Bien sûr, si l’on considère que la danse, ce n’est que la danse classique, ça ne marche pas*, explique-t-elle. *On donne à beaucoup de petites filles l’illusion*

qu'elles pourraient être danseuses étoile alors que peu de personnes sont faites pour ça. Mais on peut être fait pour autre chose ! Tout le monde a le sens du rythme. On a tous en soi un cœur qui bat. C'est ça le rythme. Le problème, c'est que très tôt, on nous demande de ne pas bouger, alors qu'en tant qu'être humain, on est fait pour bouger ! À l'intérieur de nous, nos cellules dansent entre elles... » Pour des personnes qui se sentent souvent « en décalage » avec les autres et la société, renouer avec ce sens du rythme est d'autant plus essentiel.

À partir de son double regard de psychiatre et de danseur, Emmanuel Monneron souligne d'ailleurs que « *beaucoup d'angoisses s'expriment par des symptômes corporels* ». Au sein du CATT, il a ainsi mis en place un atelier intitulé « Informer le corps », dans lequel les patients sont invités, à partir d'exercices et d'observations, à informer – et s'informer sur – leur propre corps. Grande absente des approches en santé mentale, la dimension somatique s'avère en effet une puissante ressource. « *J'ai remarqué que presque tous les patients sont plus libres avec eux-mêmes que les soignants, qui passent beaucoup par le mental...* », commente d'ailleurs Anne Martin. Pour la chorégraphe, l'aînée du groupe de danseur-euses, une patiente qui se décrit elle-même comme « *apathique* », « *capable de rester assise sur sa chaise toute la journée sans bouger* », n'est d'ailleurs rien moins qu'une « *poésie sur pattes* » : « *Quand elle est là, ce qu'elle fait est toujours juste, toujours direct.* »

Se nourrir les uns les autres

Pendant la répétition, Fabrice, qui hésite et se corrige, répète que « *ça va aller* », qu'il va « *y arriver* ». Comme la

majorité des participant-es, il n'avait jamais dansé avant. Ingénieur et père de deux enfants, il a décompensé brutalement vers la quarantaine. C'était il y a dix-sept ans. Après plusieurs longs séjours en psychiatrie, il est aujourd'hui pair-aidant au sein du Vinatier. « *La pair-aidance porte de l'espoir*, nous raconte-t-il lors de la pause. *Le message, c'est de dire que vous pouvez mener une vie satisfaisante en fonction de vos propres critères.* » Une approche inscrite dans la philosophie du rétablissement, qui envisage le parcours de la personne atteinte de troubles psychiques comme un processus non linéaire visant moins la « guérison » – qui cultive souvent un ressenti d'échec – qu'une qualité de vie retrouvée, un équilibre à cultiver. « *Au CATT, j'anime des groupes de psychoéducation autour du trouble bipolaire*, poursuit Fabrice. *Au CMP (Centre médico-psychologique), je fais aussi des accompagnements individuels pour aider les personnes à savoir ce qu'elles veulent, de quoi elles ont envie, que ce soit retrouver une petite copine ou un logement.* »

Passionnée par les musiques et danses traditionnelles – aujourd'hui largement absentes de nos quotidiens –, Anne Martin a choisi pour sa chorégraphie un morceau folklorique grecque (« Hasapiko », interprété par le violoniste Jean-Guihen Queyras). S'y ajoutera en cours de route la voix de Ray Charles avec son « Night time is the Right Time », la chanson favorite de l'une des participantes. La chorégraphe a en effet voulu partir des goûts et du langage propre des danseur-euses amateur-es pour construire le spectacle, notamment à partir d'une question simple : qu'est-ce que tu aimes ? Très vite, les réponses ont penché du côté des plaisirs gustatifs, une telle évoquant sa passion pour le pâté en croûte, une autre pour le tiramisù,



© Claire Juge



© Claire Juge

un troisième pour le gratin dauphinois, une autre encore pour les chocolats Malakoff, une friandise d'Occitanie devenue presque introuvable...

« Il a été beaucoup question de nourriture au cours de ce projet, observe Emmanuel Monneron, lui-même fin pâtissier. Le spectacle énumère d'ailleurs au moins deux recettes de cuisine. Et chacun a apporté beaucoup de gâteaux et de plats fait maison au fil des répétitions. Or prendre la peine de préparer quelque chose, vouloir faire plaisir à travers la nourriture, se nourrir les uns les autres est quelque chose de très personnel et de très intime. » Pour le psychiatre, l'intérêt d'un tel projet réside précisément dans ces à-côtés, davantage que dans un supposé pouvoir thérapeutique de la danse. « Pour moi, la danse est déjà quelque chose de tellement 'sacré' qu'en faire un outil de médiation, ce serait vider la pratique de sa substance », estime-t-il.

Se dévoiler

C'est donc par un autre chemin, fait d'interstices et de hors-scène, qu'arrivent les effets bénéfiques, dont des participant-es témoignent. Une patiente a ainsi confié que le spectacle lui avait permis de ressentir de la joie pour la première fois depuis son hospitalisation. Sans compter les effets au niveau collectif et relationnel. « Au cours des répétitions, entre soignants et soignés, il y a des choses

qui échappent, qui reviennent, notamment par rapport au tutoiement, observe Emmanuel Monneron. On ne sait pas trop sur quel pied danser ! Il y a les moments où c'est inconfortable et puis il y a les moments où l'on monte sur scène, où l'on s'encourage et là, cela devient une évidence qu'on se tutoie tous. » Une convivialité dont il restera ensuite des traces dans la relation de soin. « Quand je rencontre un patient, on va parler de ses symptômes dépressifs, etc. Mais au fond, c'est quoi sa vie, qui est-il en tant que personne ? », interroge le psychiatre, qui souligne que la chose est plus vraie encore dans l'autre sens.

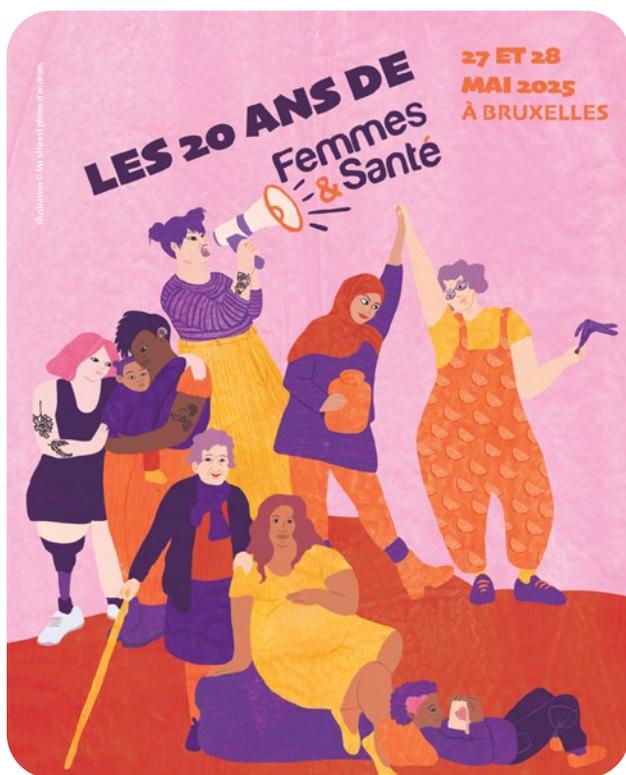
« Avec ce projet, les patients se rendent compte que les psys et les infirmières ont aussi une famille, qu'on peut faire des gâteaux, qu'on écoute telle ou telle musique... Cela réhumanise : on cesse d'être juste une fonction ou une place. » La recherche s'intéresse d'ailleurs depuis quelques années à ce rôle du dévoilement du soignant dans la relation thérapeutique. « Qu'est-ce qui se passe quand le soignant s'autorise à dire 'telle chose que vous me dites me fait penser à cet épisode que j'ai vécu et pour lequel telle ou telle chose m'a aidé ? Les études semblent montrer que ce dévoilement de soi renforce la confiance, le lien thérapeutique et la possibilité de collaborer. » Une ouverture qui pourrait aussi soutenir dans leur pratique les professionnel·les de la santé mentale, souvent encombré·es par une aura de perfection et d'invulnérabilité... toutes choses que la danse rappelle que personne ne possède.

L'auto-santé comme parade aux discriminations

Dans le monde des soins de santé, être une femme est parfois un risque. Pour fêter ses 20 ans, l'asbl Femmes & Santé a multiplié les éclairages sur les expériences d'adversité et les discriminations croisées que rencontrent les femmes. L'après-midi était consacré à des ateliers d'auto-santé pour montrer que des solutions réparatrices existent.

INITIATIVES

► CLOTILDE DE GASTINES ET DÉBORAH FLUSIN



« Quand j'avais 16 ans, mes parents et un médecin ont décidé de me ligaturer les trompes. Ils ont pensé que mon handicap rendait déjà ma vie compliquée », raconte Sylvie, 46 ans qui a une sclérose tubéreuse de Bourneville, une maladie génétique qui touche le cerveau et provoque des crises d'épilepsie et une déficience mentale légère. « On m'a demandé si j'étais d'accord. J'ai dit oui pour qu'on me laisse tranquille. Mais je ne savais même pas si j'avais le droit de dire non. C'est seulement, il y a peu de temps, lors

d'un atelier d'auto-santé, que j'ai compris que c'était irréversible. Le droit de choisir pour mon corps, pour ma vie, on me l'a pris, » constate Sylvie qui était invitée par Femmes & Santé à témoigner en cette journée internationale de la santé des femmes.

En 2022, un rapport du Forum européen des personnes handicapées signalait que des cas de stérilisation non consentie se produisaient encore en Belgique. « Nous pouvons confirmer puisque nous avons des exemples encore très récents sur de très jeunes femmes » explique Morgane Selves, qui anime des ateliers d'éducation à la vie relationnelle et affective à L'Heureux Abri, à Momignies où réside Sylvie. Le plus souvent les familles redoutent une grossesse, et « la contraception est aussi une condition d'admission en établissement pour les femmes, mais pas pour les hommes, qui à notre connaissance, ne sont pas soumis à des vasectomies forcées » explique Émilie Vigneron, sa collègue.

Présomption d'incompétence

La présomption d'incompétence est le « dénominateur commun » des discriminations que subissent les personnes porteuses de handicap. Dès leur plus jeune âge, elles font le constat de leur impuissance : leur corps est disponible, objet de soins examinés, manipulés, soignés, souvent sans leur consentement éclairé, sans même qu'on leur explique ce qu'il se passe.

Lors d'une consultation, le médecin va s'adresser à leur accompagnant. Par conséquent, beaucoup sont déconnectées de leurs sensations, n'ont pas appris à nommer la douleur, à exprimer leur malaise, à identifier les violences.



Repère

Parmi les découvertes cliniques récentes, il s'avère que :

- ▶ Les personnes de genre féminin, indépendamment de leur sexe, présentent un risque plus élevé de récurrence d'accident cardiovasculaire.
- ▶ Le chromosome X renferme 1669 gènes, et le chromosome Y, 426. Toutefois, uniquement 33 % des études d'association pangénomique tiennent compte des chromosomes sexuels.
- ▶ Le risque de développer un cancer du poumon est 20 % plus élevé chez les femmes que chez les hommes, à nombre égal de cigarettes fumées.
- ▶ Les femmes âgées de 85 ans et plus sont plus susceptibles (47 %) de se faire prescrire des médicaments inappropriés.

(Source: institut canadien de recherche en santé : cihr-irsc.gc.ca/f/51310.html)

Pour tenter d'y remédier, l'Heureux Abri organise deux ateliers EVRAS en non-mixité choisie par semaine : des ateliers d'auto-santé sur le cancer du sein, des ateliers contraception, ou encore de décryptage des violences dans le cadre de la relation amoureuse. Les groupes ont adapté le violentomètre en mode facile à lire et à comprendre (FALC) car les femmes porteuses de handicap ont quatre fois plus de risques d'y être exposées (Lire l'article « Libérer la parole des femmes en situation de handicap grâce à l'outil du violentomètre » de Jehanne Bergé sur le site de la RTBF).

Speculum et speculoos

« *En promotion de la santé c'est chacune d'entre nous qui est experte. Méfiez-vous des gens qui prétendent savoir mieux que vous. Vous connaissez votre corps ses forces et ses fragilités. L'auto-santé est un outil de libération et de résistance à l'injonction médicale* » précisait Catherine Markstein, fondatrice de l'asbl, dans une vidéo enregistrée pour introduire la journée anniversaire.

Ces ateliers de *self help*, développés dès les années 70 en Belgique, étaient « *très subversifs* » explique Vanessa D'Hooghe qui a fait un petit historique sur l'auto-santé. Ils consistent à créer et partager des savoirs sur la santé sexuelle et gynécologique. « *Ce savoir vient remplacer celui des médecins qui est souvent paternaliste, répressif et violent* » dit-elle. Le mouvement venu des États-Unis permettait à chaque femme initiée de créer sa propre clinique de *self help* en aidant les autres femmes à se servir d'un spéculum et d'un miroir pour l'auto-consultation.

Les archives permettent de se figurer l'ambiance de l'époque imprégnée par le modèle freudien de la psychologie féminine. En 1974, lorsque les premières militantes belges veulent importer des speculums en plastique du Royaume-Uni, elles prennent la précaution d'indiquer « *specul...* » sur les papiers de douanes, pour laisser penser qu'il s'agit de speculoos, et ainsi éviter la saisie.

Un ciné-débat pour parler de la santé des femmes belges

La veille, la projection du film « La Santé des femmes – De l'ignorance à la reconnaissance » d'Ursula Duplantier et Marta Schröer revenait sur le paradigme de la médecine androcentrée qui a historiquement façonné les connaissances médicales et la pratique du soin. En plaçant l'homme, son corps et son point de vue au centre de sa démarche, la médecine a longtemps négligé les spécificités sexuées et l'influence des normes sociales sur les pathologies et la santé des patientes. Même la médecine centrée sur la santé reproductive et sexuelle et le contrôle des naissances, occultait encore des pans entiers de la santé des femmes.

« *Les femmes sont globalement en bonne santé en Belgique par rapport à la moyenne européenne, mais il reste de nombreuses lacunes notamment sur les maladies cardio-vasculaires, ou l'endométriose*, explique Aline Scohy, sociologue

et démographe chez Sciensano, l'institut de recherche fédéral, qui s'efforce de faire évoluer les indicateurs et d'en créer de nouveaux plus inclusifs.

Ainsi, l'Enquête de santé, dont les résultats commencent tout juste à être publiés, révèle que les problèmes de santé des femmes commencent dès le début de l'adolescence et que les inégalités augmentent à chaque année d'âge. Le score de qualité de vie est d'ailleurs le plus bas chez les femmes de plus de 75 ans en Wallonie et à Bruxelles. Elles rapportent plus de maladies chroniques et de douleurs qui les gênent dans leur vie quotidienne. Et plus leur statut socio-économique est faible, plus ces chiffres sont accentués.

« *Les femmes vivent plus longtemps, certes, mais en plus mauvaise santé*, précise Svetlana Shokholova, chargée de recherche en santé au service d'études de la MC qui participait au ciné-débat. *Elles rencontrent plus d'obstacles, que ce soit en termes de diagnostic tardif, de mauvais diagnostic ou de prises en charge non adaptées sous prétexte que les femmes ont des « symptômes atypiques », une expression problématique en soi* ».

Discriminations croisées et système patriarcal

Au fait d'être femme, se surajoutent des facteurs de risques de discrimination. « *Cela découle des biais et de la hiérarchisation des vies qui imprègnent nos sociétés*, explique Myriam Mhamedi, consultante en Intersectionnalité, experte dans la médiation pour amener au changement de pratiques professionnelles. *Pour comprendre ces biais, il faut remonter aux racines de la médecine qui a été créée par et pour l'homme blanc dans un contexte colonial, sexiste, raciste et validiste* ». Le système de santé est construit



pour une norme masculine, blanche, valide, cis-hétéro et de classe moyenne : comme si ce patient « neutre » était la norme et que tout le reste était « la diversité ».

En 2013, deux chercheuses suisses Chloë FitzGerald & Samia Hurst ont d'ailleurs développé le concept de « désavantage corrosif » pour parler du fait que les personnes qui sont déjà discriminées dans la société le seront aussi dans les soins et vont donc être en plus mauvaise santé (à lire L'urgence du genre : sensibiliser les soignants – Éducation Santé).

« *Le stress chronique généré par des discriminations subies dans la vie quotidienne vient créer des risques pour la santé qui sont ensuite aggravés par une discrimination vécue dans les soins* », précise Myriam Mhamedi, qui y voit une « double-peine ».

Lorsqu'elle intervient auprès des soignants, elle leur explique qu'ils ne sont « *pas responsables de leur première pensée* ». Ils reproduisent les schémas stéréotypés de façon automatique, sans avoir la distance critique nécessaire pour pouvoir les modifier. « *Cela permet de les déculpabiliser, en revanche, j'insiste sur le fait qu'ils sont responsables de leur seconde pensée* », ajoute-t-elle, en rappelant un des fondamentaux : un système de santé qui fonctionne pour les personnes marginalisées, c'est un système qui fonctionne mieux pour tout le monde.

Aller au-delà de la médecine bikini en repensant les 3 M

L'expression « médecine Bikini » désigne une approche médicale androcentrée qui réduit les femmes à leur capacité reproductive. Apparue dans les années 80, elle permet à la cardiologue américaine Nanette Wenger de dénoncer le fait que la médecine se focalise sur les seins et les organes reproducteurs et néglige le reste du corps féminin.

Malgré cette focale, trois moments propres à la zone bikini restent imprégnés de tabous : les 3 M, menstruation, maternité et ménopause. Le terme a émergé dans des études consacrées aux inégalités de genre au travail, qui

constatent que ces trois sujets sont peu abordés voir impensés alors qu'ils peuvent être à l'origine de maladies ou de symptômes invalidants et impacter les conditions de travail et la carrière des femmes.

En effet, le caractère tabou et les stigmatisations liés à des préjugés de genre affectent les femmes en limitant les possibilités de soutien, d'information, d'accès à des soins de santé adéquats, humanisés et humanisants (au-delà des gestes médicaux techniques) tenant compte de la sécurité psychique des personnes. Ils ont aussi un impact économique : limitation des carrières professionnelles, coût financier des errances médicales, impact sur la scolarité, précarité mensuelle, vieillissement avec des maladies chroniques, etc...

Maternité et justice reproductive

En 2023, la Belgique a connu 117 914 naissances. Or celles-ci ont pu s'accompagner de violences obstétricales et gynécologiques. Une enquête menée en 2021 en Belgique francophone par la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée montre qu'elles sont courantes. Deux répondantes sur cinq ont été victimes d'actes tels que l'expression abdominale (soit faire pression sur le fond de l'utérus pour accélérer la venue au monde du bébé), d'actes à vifs (sans anesthésie ou avec une anesthésie inefficace) et du point du mari (points de suture supplémentaires après une épisiotomie), de violences verbales, physiques ou psychologiques qui n'ont pas lieu uniquement lors de l'accouchement mais ont pu s'étendre tout au long du suivi. Pour prévenir ces violences, la plateforme forme d'ailleurs les soignants pour qu'ils puissent s'interposer en cas de violences obstétricales en particulier lorsque les situations sont marquées par des rapports de pouvoir et/ou hiérarchiques.

Clée travaille comme doula communautaire pour la communauté LGBTQIA+ et les personnes racisées. Impliqué dans la justice reproductive, il anime des ateliers d'auto-gynécologie et d'observation des cycles menstruels basé sur la symptomatologie. Observant que « *bien souvent les personnes ne connaissent que peu leurs corps* » Clée décrit ses ateliers d'auto-santé comme « *des moments très empouissant qui permettent de mieux se connaître et prendre soin de sa santé menstruelle. L'objectif n'est pas de s'affranchir des médecins ou de refuser leurs pratiques, mais plutôt d'être capable de comprendre et de demander ce qui est juste pour soi* ». Le pouvoir ainsi redonné sur son corps permet de lutter contre les inégalités d'accès aux soins, en particulier pour « *certain-e-s membres de la communauté LGBTQIA+, qui n'a pas toujours un accueil adapté en structure* ».

Menstruations et endométriose

Les menstruations concernent 3 millions de femmes et personnes transgenres. Parmi celles-ci, 3,1 % des femmes âgées de 15 à 54 ans déclarent souffrir d'endométriose comme le décrit la toute dernière Enquête de Santé menée par Sciensano. Ce chiffre correspond aux personnes pour lesquelles un diagnostic a été posé, or les estimations

considèrent qu'en moyenne une femme sur dix en âge de procréer serait touchée.

L'endométriome est une affection dans laquelle des tissus similaires à la muqueuse utérine se développent en dehors de l'utérus, provoquant une inflammation chronique et des douleurs. Décrite en médecine dès 1860, ce n'est que depuis quelques années que le sujet émerge dans les médias. La recherche est encore balbutiante. Il n'existe pas à ce jour de traitement de la maladie et l'errance médicale dure en moyenne 7 ans. Les préjugés de genre dans l'écoute des plaintes et des douleurs liés aux règles interfèrent dans le diagnostic et la prise en charge médicale.

L'âge est aussi un facteur discriminant. « *Plus la patiente est jeune et plus l'errance diagnostique est longue* » constate Delphine Langlois de l'asbl Toi mon Endo. Lorsque les patientes décrivent leurs symptômes et leurs douleurs, elles ne sont pas toujours prises au sérieux par les médecins, ce qui retarde d'autant une prise en charge appropriée. « *Il arrive régulièrement que des médecins rient au nez des femmes qui viennent avec notre brochure descriptive des symptômes de l'endométriome et la mette à la poubelle sous leurs yeux ou la déchire* », regrette Delphine Langlois.

Ménopause: le plus grand tabou

La ménopause signe la fin des capacités reproductives pour les femmes et est perçue dans la littérature médicale en termes de déficits (carence hormonale) associés à des troubles. Elle est parfois considérée comme le plus tabou des 3 M, car lié à la disqualification du corps stérile, et au fait que la ménopause est associée au vieillissement du corps féminin qui va de pair avec l'invisibilisation des femmes seniors. Le manque d'études et d'interventions pratiques concernant cette phase de la vie des femmes témoignent de cette invisibilisation. Conséquence du déficit d'information et de connaissance, 40 % des femmes présentant plus de trois symptômes relatifs à la ménopause ne seraient pas diagnostiquées en Belgique (Securex). Et 12 % des femmes ménopausées mal diagnostiquées se voient prescrire à tort des antidépresseurs ou des somnifères, ce qui ne soulage en rien leurs symptômes. Un quart des femmes souffriraient de symptômes sévères (Inserm) et selon une étude anglaise menée en 2021, une femme sur 10 quitterait le monde du travail en raison des symptômes non maîtrisés.

« *Si elle n'est pas difficile pour toutes les femmes, la ménopause n'est agréable pour aucune* », explique Salomé Mulongo, naturopathe et doula de transition qui accompagne des femmes ménopausées. Celles-ci sont bien souvent submergées par ce qu'elles vivent : bouffées de chaleur, prise de poids, perte de libido, manque de sommeil, fatigue, identité féminine brouillée etc. Elle partage le constat d'« *un grand manque d'informations accessibles* ». Mais surtout « *l'image qu'on a de cette période ne reflète pas la réalité* ». Avec la libération de la contraception et des règles, les enfants qui grandissent, « *c'est un passage important qui devrait être une fête* ». Contrairement à l'image



Muriel Renders © Femmes et Santé

sociale négative dominante, la ménopause est un nouveau commencement et non une fin que les femmes doivent se réapproprier. Aussi, Salomé Mulongo promet dans ses accompagnements l'image positive de la « sexygénaire ». En référence aux travaux de Cécile Charlap, elle rappelle ainsi que la ménopause n'est pas seulement physiologique mais est aussi une construction sociale dont le vécu est très variable d'une culture à une autre.

Les deux jours se sont achevés par une conférence gesticulée de Clémentine Thébaux « Mes pieds dans les étriers » qui parle des violences gynécologiques et obstétricales. Sage-femme de métier, elle n'a jamais voulu rejoindre la pratique hospitalière de son métier. Un peu traumatisée par des expériences qu'elle a pu vivre et voir durant ses études, elle préfère un autre chemin : celui d'animer des ateliers d'auto-observations gynécologiques. Avec comme buts : que les personnes qui viennent se réapproprient leurs corps et trouvent une autre manière de prendre soin !

Cette journée a montré que l'intention initiale de l'association qui s'est montée en réponse à la surmédicalisation du corps des femmes, aux rapports de pouvoir entre les soignant-es et les soigné-es, et au manque de compréhension systémique de la santé des femmes est toujours intacte.



Pour aller plus loin

- ▶ **Sciensano : les premiers résultats de l'Enquête de santé de Sciensano, notamment le rapport sur les maladies chroniques avril 2025**
- ▶ **Sciensano : première enquête sur la santé des femmes en Belgique – avril 2024**
- ▶ **toimonendo.com/etude-scientifique-du-kce**
- ▶ **radiofrance.fr/franceinter/endometriose-l-héritage-sexiste-d-une-maladie-qui-fait-mal-depuis-l-antiquite-8767441**

- 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 :

