

« MASTERS DE SPÉCIALISATION »
PREMIER PRIX EX-ÆQUO

ÉVALUATION DE L'IMPACT DU RÉFÉRENTIEL D'AUTO- SANTÉ DES FEMMES APRÈS UN AN DE DIFFUSION.

ARTICULER UNE DÉMARCHE VERS LES FEMMES ET VERS LES OPÉRATEURS DE SANTÉ ?

Dorothee BOUILLON

Master en études de genre interuniversitaire,
2019-2020



Comment travailler l'autonomie des femmes en matière de santé, en éducation permanente, au départ des pratiques de terrain existantes et des outils produits en la matière ? Dorothee Bouillon a consacré à ces questions une analyse de critique constructive indispensable tant aux consultantes qu'aux praticien-ne-s de la santé, en partant à la rencontre de bénéficiaires des pratiques d'auto-santé et de leurs expressions.

Lorsque j'ai entrepris cette recherche je travaillais depuis plusieurs années dans le secteur de l'éducation permanente et je terminais le master complémentaire en études de genre. A travers les différentes approches du genre découvertes, j'étais particulièrement séduite par celle des féministes matérialistes françaises et notamment celle de Danièle Kergoat parce qu'elles donnent à voir des « déjà-là » de résistances, du « potentiel subversif ». Lors d'un séminaire, j'ai rencontré Catherine Markstein qui avait œuvré avec deux autres femmes issues du secteur de la santé à la réalisation et la diffusion d'un outil : le référentiel d'Auto-santé des femmes. Ce « support didactique, structurel et de contenu dont la visée est de permettre à des groupes et des collectifs d'organiser et de travailler de façon autogérée sur les thématiques de santé et de bien-être » s'attalait pragmatiquement à des enjeux doublement longs et périlleux : intégrer le genre dans la santé et la santé dans les approches féministes. J'ai d'abord étudié leur démarche en analysant les manières dont elles articulent les cadres conceptuels du genre et de la promotion de la santé. J'ai poursuivi par l'analyse des manières dont elles les traduisent dans trois options de travail : *la non-mixité, l'empowerment et la remise en question des rapports de pouvoirs entre soignant et soignée*. Pour ces premières étapes, j'ai rencontré les trois instigatrices, j'ai analysé l'outil papier et j'ai participé à des moments de sensibilisation à celui-ci. Dans un second temps, il s'agissait d'observer la réception et les effets sur les publics de l'outil. Les instigatrices ont développé une stratégie de diffusion relativement hors normes dans son ampleur : par le nombre de lieux où il a été présenté et par sa forme qui repose sur l'expérimentation d'un atelier. La diffusion passe majoritairement par des structures instituées de santé, des associations généralistes et de femmes. Au moment où j'entreprends ma recherche, il a été

présenté et parfois expérimenté dans plus de cinquante lieux. J'ai constitué un panel de quatorze femmes issues de ces différentes structures et les ai interrogées afin de mettre au jour les manières dont l'articulation des cadres du genre et de la promotion de la santé s'harmonisent ou s'opposent sur le terrain. J'ai ensuite tenté de dégager les effets spécifiques de la démarche sur les relations de pouvoir entre soignant et soignée. Enfin, j'ai évalué la pertinence d'une démarche qui met sur un pied d'égalité professionnel-le et public.

La démarche a fait bouger les lignes dans toutes les structures que j'ai pu rencontrer. Je pointerai quatre éléments ci-dessous qui peuvent baliser des démarches futures ou en cours dans des groupes de femmes.

SANTÉ DES FEMMES VERSUS GENRE ET SANTÉ

« Lors d'une évaluation, il ressortait qu'il n'y avait pas assez d'activités mixtes et d'activités pour des personnes qui travaillaient et donc en soirée. Donc on s'est dit avec ma collègue, on pourrait tester trois fois deux soirées sur base du référentiel et ma collègue me dit on ne pourrait pas le faire en groupe mixte ? Elle n'avait pas compris la démarche »

L'intention des instigatrices du référentiel est d'employer le genre comme cadre conceptuel et au-delà comme cadre opérationnel, c'est-à-dire comme un « outil de travail utilisé non seulement pour la réflexion, mais aussi, plus concrètement, pour guider et mener l'action »¹. En ce sens, elles s'inscrivent dans une approche « genre et santé » qui est à distinguer d'une approche « femme et santé ». La première vise un changement profond de société, elle déconstruit et analyse les rapports de pouvoir établis entre les femmes et l'institution médicale. Elle rend visible les rapports entre les politiques et les approches de santé. La seconde repose sur des stratégies d'accueil des femmes, de constitution de groupes de femmes pour travailler ensemble les questions d'intimité et stimuler l'écoute, la participation et l'expression des besoins collectifs et individuels.

Cette distinction ne semble pas être perçue par les destinataires du référentiel qui élaborent une approche *hybride* des deux

précitées. En ce sens, ce premier constat, nous invite à être particulièrement attentives à élaborer des pistes pragmatiques de diffusion de pédagogies du genre qui place sur un pied d'égalité « celles/ceux qui rendent aux femmes un service construit sur ce concept » et « celles/ceux qui bénéficient de ce service »².

LE TRAVAIL EN NON-MIXITÉ

« *Oui il faut des lieux pour renforcer les femmes mais il ne faut pas qu'elles restent dix ans à se renforcer, il y a un moment où il faut qu'elles aillent se confronter à la réalité et surtout qu'elles fassent entendre leurs voix à l'extérieur.* »

Les instigatrices font de la non-mixité une option de travail, c'est-à-dire qu'elles préconisent des ateliers entre femmes. Les femmes interrogées en font effectivement des espaces favorables « temporaires ». Cependant, la non-mixité n'est pas toujours employée dans une perspective de genre et avec des finalités de transformation. Elle est tantôt imposée historiquement et non questionnée, tantôt portée par une animatrice mais non comprise par l'équipe ou encore, elle est « choisie » par l'équipe comme un moyen de favoriser l'auto-émancipation³. Une première difficulté à dépasser est celle de la prise en compte des autres rapports sociaux qui s'imbriquent avec le genre comme la classe ou la « race ». Cet aspect est renforcé par le fait de passer par des associations qui ont des publics « spécifiques » par exemple des groupes d'alphabétisation ou de femmes plus aisées et plus âgées. C'est tout le défi de faire se rencontrer ces divers groupes et d'ouvrir ceux-ci pour accueillir les femmes « extérieures ». Un autre enjeu est lié à une certaine forme de torpeur qui peut s'installer dès lors que ces espaces sont compris comme des « espaces safe » et qu'ils glissent vers un modèle de réparation plutôt que de transformation. Ici encore, les femmes rencontrées ont développé des formes hybrides entre ces deux pôles, j'y reviendrai plus bas.

L'EMPOWERMENT

« *Elle n'a plus d'huile de friture à mettre à la déchetterie, depuis qu'on fait les ateliers cuisine, toute sa famille mange plus sain mais c'est difficile de l'évaluer parce que je ne sais pas d'où ils parlaient. Mais je sais qu'ils vont moins à la déchetterie pour ça.*

Et c'est tous des petits indicateurs comme ça qui me font voir que ça marche.

Le référentiel permet un renforcement des aptitudes individuelles des femmes par rapport à leur santé, essentiellement à travers un double processus de prise de conscience de leur savoir propre et collectif et de l'importance du soin de soi. Cependant, les entretiens ont attiré mon attention sur trois tensions à travailler. La première se cristallise autour d'un objectif de santé qui perdrait de vue ou entrerait en contradiction avec une perspective plus large d'émancipation des femmes. La seconde tension se tisse autour du difficile équilibre entre une démarche personnelle pour sa propre santé qui se comprend parfois comme du développement personnel et le nécessaire travail en amont de celles qui ont œuvré pour la mise à l'agenda de la santé de toutes les femmes. Enfin, la stratégie d'empowerment proposée s'appuie sur le renforcement des ressources positives et sur la résilience, mais, ce faisant elle peut limiter d'emblée toutes articulations avec une déconstruction des rapports sociaux inégalitaires qui sont à son origine. Ces tensions se posent à l'intérieur des groupes et entre les groupes mais des pistes pour les dépasser y voient également le jour comme le décloisonnement des groupes ou un temps long investi dans des approches collectives de déconstruction des rapports sociaux de sexe en santé.

LA REMISE EN QUESTION DES RAPPORTS DE POUVOIR ENTRE SOIGNANT ET SOIGNÉE

« *J'ai pris conscience qu'elles sont beaucoup plus émancipées qu'on ne le pense, beaucoup plus. Qu'elles ont énormément de pouvoir dans le foyer mais qu'elles jouent le jeu de la culture. (...) On a une vision stéréotypée à leur égard, il faut la déconstruire, on pense que c'est chez eux qu'on doit déconstruire des choses mais je crois qu'on doit commencer par nous* »

Avec le référentiel, les instigatrices visaient, dans l'action, lors de la sensibilisation, à poser l'horizontalité entre les travailleur·ses et usager·e·s en l'occurrence soignante / soignée à plusieurs endroits et à démontrer sa pertinence sans forcément la théoriser. Cette stratégie porte des fruits puisque ces rapports de pouvoirs sont questionnés à

deux niveaux. D'abord à l'intérieur des groupes, qui deviennent des sortes de laboratoires de reconfiguration de légitimité où se jouent entre les animatrices et les « animées » des préfigurations de la déconstruction du rapport de pouvoir avec le médecin. Ensuite dans les équipes : la sensibilisation peut amener les travailleuses à se questionner sur leurs rapports avec les soignées. Mais au-delà, le rapport au care que partagent toutes ces femmes tantôt de manière gratuite, est une occasion, s'il est mis sur la table, de rendre visible un continuum. Or « ce lien » qu'elles établissent « entre travail salarié et travail domestique est subversif pour le salariat et le patriarcat, et potentiellement émancipateur »⁴. L'étape suivante serait de travailler à l'élaboration d'une organisation collective qui permette de transformer les résistances individuelles en pratique combatives et revendicatrices.

Les trois instigatrices du référentiel d'Auto-santé des femmes et de sa diffusion ont articulé leurs visions et stratégies en vue de déployer des pistes concrètes qui permettent de travailler la promotion de la santé et le genre. Les femmes réceptrices et actrices de ces démarches ont bricolé des modèles propres qui attirent notre attention sur toute une série de balises pour travailler à la construction d'un mouvement qui allie le genre et la santé et qui peut inspirer au-delà les démarches qui visent à s'attaquer aux inégalités dans une perspective de rapports sociaux.

1 Dussuet, A., Flahault, É. & Loiseau, D., Le genre est-il soluble dans les associations féministes : Introduction, *Cahiers du Genre*, 55(2), p.11, 2013.

2 *Idem*

3 Delphy C., « La non-mixité : une nécessité politique. Domination, ségrégation et auto-émancipation », Les mots sont importants, URL : lmsi.net/La-non-mixite-une-necessite, 2006.

4 Galerand, E. & Kergoat, D., Le potentiel subversif du rapport des femmes au travail, *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 27(2), 67-82, 2008.

Le travail de Dorothée Bouillon est consultable en ligne : <https://www.femmesetsante.be/ressources/evaluation-referentiel-auto-sante-des-femmes/>