

MASTER DE SPECIALISATION EN ETUDES DE GENRE

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 ?

Professeure Annalisa Casini

Dorothee BOUILLON

I.	INTRODUCTION	4
II.	CADRE THEORIQUE GENERAL	5
	A. Le genre en santé	5
	1) L'approche du « genre » en médecine, un domaine émergent ?	5
	2) Panorama belge	7
	3) Petite histoire, grande Histoire, le traitement hormonal de substitution comme déclencheur	8
	B. La promotion de la santé	9
	1) La Charte d'Ottawa : cadre de référence de la promotion de la santé	10
	2) Les inégalités sociales de santé, un angle spécifique de la promotion de la santé ?	11
	3) Panorama belge	11
III.	PRESENTATION DE L'OBJET D'ETUDE ET DES QUESTIONS	13
	A. Le contenu	14
	B. Trois éléments significatifs pour mieux situer le référentiel	14
	1) Une étape charnière	14
	2) Trois instigatrices	15
	3) Un outil entre deux autres	15
	4) La diffusion	15
IV.	LA MÉTHODE.....	17
	A. Étape 1 – Les intentions des instigatrices	18
	B. Étape 2 – Le choix du panel.....	18
	C. Étape 3 – Élaborer un questionnaire	19
	D. Quelles grilles utiliser pour mobiliser le genre et la promotion de la santé ?	19
V.	LES RÉSULTATS.....	20
	A. Vue d'ensemble : du général au panel.....	21
	1) Les différentes configurations de présentation	21
	2) Les types d'institutions touchées	22
	3) Conférences et sensibilisations s'adressent-elles à des équipes ou à des publics ?.....	22
	4) Toutes les femmes ?	23
	5) Ce qui s'est créé dans les dix structures	23
	6) Sensibilisation et référentiel, transmission orale, transmission écrite	24
	B. Articulations des cadres et stratégies des instigatrices	24
	1) Cadres conceptuels	25
	2) Les modalités de diffusion de la démarche : un outil, plusieurs stratégies	26
	3) Les modalités d'opérationnalisation des cadres conceptuels.....	28
	4) Au regard des grilles du genre et de la promotion de la santé	28
	C. Les effets du référentiel dans les dix structures rencontrées à l'aune des cinq axes de la Charte d'Ottawa.....	29
	1) L'acquisition des aptitudes individuelles	30
	2) Le renforcement de l'action communautaire	31
	3) La création de milieux favorables	34

4) La réorientation des services de santé	36
5) L'élaboration d'une politique publique saine	38
VI. LA DISCUSSION	39
A. Le référentiel, un outil de promotion de la santé des femmes ?	39
1) Un outil de promotion de la santé	39
2) Un outil de promotion de la santé des femmes ?	41
B. Le référentiel, une démarche de catalyseur qui met sur un même pied les femmes et les professionnel·le·s de santé ?	47
1) La démarche a-t-elle entamé les rapports de pouvoir entre soignant / soigné·e et comment caractériser les relations entre ces différents protagonistes de la santé ?	48
2) L'emploi d'un même outil pour s'adresser « au public » et aux professionnels constitue-t-il une stratégie pertinente en promotion de la santé et du genre ?	49
3) Le référentiel, un catalyseur ?	50
VII. CONCLUSION	53
VIII. ANNEXES	59
A. Annexe 1	59
B. Annexe 2	60
C. Annexe 3	61
D. Annexe 4	63

I. INTRODUCTION

Nous avons découvert le référentiel d'Auto-santé des femmes avec une équipe de professionnel·le·s de la santé en avril 2018. Lors de cette rencontre, la sensibilisatrice proposait d'expérimenter collectivement une animation dans laquelle elle articulait le genre et la promotion de la santé.

Cette tentative pragmatique nous a intéressée d'une part parce que la santé des femmes ne nous semble pas occuper une large place dans la recherche féministe francophone et d'autre part parce que l'approche du genre en santé demeure marginale.

Le référentiel est un support didactique, structurel et de contenus « qui permet à des groupes et des collectifs de s'organiser et de travailler de façon autogérée sur des thématiques de santé et de bien-être » (Référentiel, p.5). Il a été élaboré par trois femmes issues des secteurs de la santé. Sa promotion s'organise autour d'une sensibilisation qui permet d'expérimenter les trois options de travail préconisées pour sa mise en œuvre : la non-mixité, la remise en question du rapport de pouvoir entre soignant et soignée et l'*empowerment*. Il a été diffusé largement auprès de structures instituées de santé, d'associations généralistes et de femmes.

Dans la présente recherche, nous tenterons d'analyser les articulations spécifiques déployées par les instigatrices entre les cadres conceptuels du genre et de la promotion de la santé. Nous examinerons dans un deuxième temps les modalités d'opérationnalisation de ceux-ci. Nous poursuivrons en étudiant la réception de cette démarche et son intégration dans les structures sensibilisées. Nous nous intéresserons enfin, plus spécifiquement, aux effets sur les rapports entre le public et les opérateurs de santé.

Pour explorer ces questions, nous avons d'abord mené des entretiens auprès des instigatrices de la démarche. Nous avons également assisté à une sensibilisation. Sur la base de ces deux étapes, nous avons par la suite interrogé dix animatrices et quatre participantes ayant assisté à des sensibilisations au référentiel.

Nous nous proposons d'analyser ces résultats à l'aune d'une grille du genre et des cinq axes de la Charte d'Ottawa qui définissent la promotion de la santé.

Dans un premier chapitre nous présenterons notre recherche en situant d'abord le cadre général du genre en santé et de la promotion de la santé. Dans le deuxième nous poursuivrons en présentant notre objet d'étude et nos questions de recherche. Le troisième sera consacré à l'exposé de la méthodologie de travail et des cadres conceptuels que nous avons retenus. Dans le quatrième, nous passerons à la présentation des résultats et le cinquième sera consacré à la discussion autour de nos deux questions de recherche. L'une interrogera la capacité du référentiel à constituer, tant dans sa production que dans ses processus de diffusion, un outil de promotion de la santé des femmes. L'autre s'attachera à évaluer le référentiel dans sa démarche de catalyseur aspirant à mettre sur un même pied femmes et professionnel·le·s de santé.

II. CADRE THEORIQUE GENERAL

A. Le genre en santé

Pour situer notre objet de recherche, nous allons dans un premier temps évoquer la place du « genre » en santé puis présenter la promotion de la santé.

Pour aborder le genre, nous allons rapidement parcourir une généalogie de la santé plus générale. Nous nous focaliserons ensuite sur l'émergence du genre dans la santé en Belgique. Nous présenterons par après l'analyse d'un événement significatif – l'affaire de la THS – qui permet de mieux saisir les rôles d'un mouvement de santé des femmes dans la reconfiguration des rapports entre État, industries pharmaceutiques et patient·e·s.

1) L'approche du « genre » en médecine, un domaine émergent ?

« Chausser les lunettes du genre » en santé ne relève pas encore de l'automatisme ni dans la recherche ni dans la pratique. Il nous semble important de souligner quelques étapes qui ont permis d'amener cette question dans la santé et les réticences rencontrées.

La notion de *genre* survient et est de plus en plus utilisée à partir des années 1970 dans les sciences humaines et sociales. Elle porte sur l'analyse des rôles sociaux attribués aux femmes et aux hommes et sur les rapports de pouvoir régissant les relations entre ces deux catégories sociales. Elle implique la distinction entre *sexe* et *genre* la première renvoyant au biologique, la seconde renvoyant aux caractéristiques et aux rôles respectivement attribuées aux femmes et aux hommes et socio-historiquement construites. Elle pose une remise en question du « déterminisme biologique qui a présenté l'infériorisation sociale des femmes comme un produit de la Nature et de leur nature » (Fussinger, 2010).

Elle va mettre plus de vingt ans à pénétrer le champ de la santé et à s'immiscer lentement dans les diverses instances officielles pour percoler ensuite diversement sur le terrain. L'approche de la santé par le genre va à la fois questionner les définitions de la santé et secouer les formes de naturalisations promulguées par la médicalisation.

On observe en 1990 des changements dans la recherche biomédicale avec la création aux États-Unis d'un Office of Research on Women's Health par le National Institute of Health sous la pression du mouvement de santé des femmes. Dans les années qui suivent, certaines revendications de ce mouvement s'institutionnalisent à travers la mise en œuvre du plan d'action pour l'égalité entre femmes et hommes adopté lors de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes de l'ONU qui s'est déroulée à Pékin en 1995.

Le processus semble enclenché et l'intégration du genre semble le fruit d'action interne et externe au champ.

Nous mobiliserons un exemple de mouvement interne, l'intégration du genre dans l'épidémiologie. L'*épidémiologie*, outil méthodologique par excellence en santé publique, repose sur l'étude des variations – prévalence, incidence, mortalité – dont l'examen permet de valider des hypothèses et de d'élaborer un modèle de prédiction de l'occurrence d'une maladie. Il s'agit d'isoler et de mesurer un certain nombre de facteurs de risque qui peuvent être assimilés à des causes de la maladie. Dans ce modèle, il faut prédire mais pas expliquer comment l'enchaînement des causes / critères de causalité altère ou non la santé (Potvin et Frohlich, 1998, p. 143-144). Cette approche spécifique entraîne une forme de déterminisme biologique, croyance selon laquelle les associations observées entre le sexe et la santé sont le reflet, principalement, de processus physiologiques inhérents à la différenciation sexuelle. Il est bien question de sexe ici et non de genre. Des voix vont s'élever à l'intérieur même de la discipline dès les années 1990, pour intégrer le genre comme en atteste par exemple l'article de 1998 de Louise Potvin et Katherine N. Frohlich. Elles y avancent l'idée du « genre comme déterminant de la santé ». Elles soulignent « qu'en focalisant l'analyse sur les facteurs de risques, on occulte leurs relations avec les facteurs qui leur ont donné naissance » (Potvin et Frohlich, 1998, p.147). Elles évoquent ensuite la contribution des mouvements et de la recherche féministe, de la sociologie et de l'anthropologie médicale pour sortir de cette logique du sexe comme marqueur biologique du risque. L'objectif initial de la discipline avec l'intégration du genre se trouve modifié, si « les rapports à l'environnement et l'accès aux ressources sont liés au genre, il s'agit d'identifier lesquels parmi ces éléments se répercutent de façon consistante sur la santé » (Potvin et Frohlich, 1998, p. 149). Cette approche permet de dépasser les déterminismes, d'explorer les mécanismes sociaux qui maintiennent les inégalités de santé entre les hommes et les femmes et de sortir d'une vision dans laquelle les facteurs individuels occupent tout l'espace.

Ces mouvements de remises en question issues de la santé s'articulent avec des revendications des mouvements pour la santé des femmes qui donneront lieu à des recherche féministes. Delphine Gardey, dans un article de 2013, évoque l'émergence d'un mouvement social féministe – le *Women Health Movement* – qui débute aux États-Unis dans les années 1970-1980. Les activistes qui s'y engagent jouent sur plusieurs tableaux : le développement de techniques de *selfhelp* en santé, la critique des sciences comme savoir et institutions et la production de connaissances ou de pratiques de soins alternatifs (Gardey, 2013).

Dans le champ féministe francophone en dehors de la santé sexuelle et reproductive, la santé n'occupe pas une vaste place. La revue *Nouvelles Questions Féministes* y a consacré un n° en 2006 « Santé ! ». Dans l'introduction de celui-ci, Marillène Vuille, Séverine Rey, Catherine Fussinger et Geneviève Cresson invitent à étendre la définition de la santé à la référence aux professions, métiers, activités

dans lesquels femmes et hommes n'occupent pas les mêmes positions et encore au-delà, en intégrant la place prépondérante des femmes en tant que groupe social assigné au maintien de la santé et aux soins, sous forme de travail rémunéré ou gratuit. Elles y intègrent également l'accès à la santé, la reconnaissance des différentes manières de soigner et finalement le rôle prépondérant de création et d'entretien des représentations et de stéréotypes notamment sexuels : les professionnels de santé « disent » ce que sont les rapports sociaux de sexe (Vuille, Rey, Fussinger, Cresson, 2006, p. 4). Elsa Dorlin franchit un pas supplémentaire en invitant à déconstruire les postulats biologiques des sciences médicales qui utilisent autant que créent des catégories dont elles ont besoin pour se perpétuer : des malades, des vieux, des fous, ... et la femme (Dorlin, 2006).

2) Panorama belge

La Belgique ne peut pas compter sur un mouvement pour la santé des femmes aussi bien ancré et développé qu'aux États-Unis ou au Canada. Le *self-help* arrive en 1973 en Belgique par l'intermédiaire d'un groupe de féministes de langue anglaise qui invite trois américaines pour une tournée de présentation européenne. Quelques groupes voient le jour mais on perd ensuite leur trace. Ils ne disparaissent probablement pas complètement mais ne se structurent pas en un mouvement plus large de contre-pouvoir comme aux États-Unis. Pour Lucile Quéré, chercheuse qui travaille sur la pratique collective de l'auto-examen gynécologique comme symbole du *self-help* féministe, dans trois pays européens, la Belgique, la France et la Suisse dans les années 1970 et dans les années 2010, le *self-help* n'était pas une part centrale du militantisme féministe des belges francophones (communication personnelle, 12 mars 2019). Il n'a semble-t-il pas joué un rôle majeur historiquement pour amener le genre en santé. Ce dernier est dès lors arrivé dans les politiques belges de santé suite à la proposition de l'approche intégrée de l'égalité des hommes et des femmes, le *gender mainstreaming*. La Belgique intègre cette approche d'égalité à divers niveaux, en 2002, en modifiant les articles sa constitution et en y intégrant l'égalité des femmes et des hommes et notamment l'égal exercice de leurs droits et de leurs libertés. Une loi du 12 janvier 2007 intègre de manière structurelle la dimension de genre dans l'ensemble des politiques définies au niveau fédéral. Cette politique s'est ensuite déclinée dans les entités fédérées, ce qui comme nous l'exposerons pour la promotion de la santé ci-dessous prend plusieurs années.

Ce cadre général doit ensuite être décliné à l'intérieur des divers secteurs, dont la santé, eux-mêmes subdivisés selon les niveaux de pouvoirs. Cette intégration plus récente est également le fruit d'un travail de lobbying féministe principalement structuré autour de la Plateforme pour la Santé des femmes.

La question des inégalités de genre et celle de la santé des femmes sont intégrées dans le dernier plan de promotion de la santé bruxellois qui invite les acteurs à mettre en place des projets spécifiques à

destination des femmes et de leur santé, mais aussi à intégrer une préoccupation pour le genre de manière transversale à travers la constitution d'un réseau spécialisé en la matière.

3) Petite histoire, grande Histoire, le traitement hormonal de substitution comme déclencheur¹

Parce que les instigatrices du référentiel d'Auto-santé des femmes s'inscrivent dans ce mouvement global de santé des femmes et plus particulièrement autour de cette question des hormones, il nous semble important d'effectuer un détour par « l'affaire des THS ». L'affaire permet en effet de souligner l'importance du mouvement de la santé des femmes aux États-Unis et ses effets dans de nombreux autres pays mais elle attire également l'attention sur les tensions entre ces différents rôles des femmes : comme utilisatrices des hormones, comme expertes ou comme militantes des mouvements pour la santé des femmes. Elle permet également de mettre au jour des typologies de comportements des femmes par rapport à leur santé dans leurs rapports à l'individuel ou au collectif. L'affaire débute avec la publication d'un essai clinique réalisé aux États-Unis sur la THS – traitement hormonal de substitution – à l'initiative de Women's Health Initiative (WHI) en 2002. Ilana Löwy et Jean-Paul Gaudillière étudient en 2006 les effets de cette publication dans de nombreux pays. Leur recherche s'intéresse aux interactions et positions perçues des soignants, soignés et organismes de régulation des médicaments dans une perspective historique et pose la question des canaux de diffusion contemporain des pratiques alternatives et / ou contestataires. La publication des essai THS génère une sorte de crise qui sera l'occasion d'un renouveau d'intérêt pour questionner le fonctionnement, les habitudes, les hiérarchies, l'importance et les modalités d'intervention collective des femmes dans les processus d'expertise. L'essai qui voit le jour dans un contexte américain poussé par le mouvement pour la santé des femmes est interrompu prématurément au regard de l'augmentation du nombre de cancers et d'événements cardio-vasculaires chez les femmes traitées. Les auteurs vont en analyser les effets dans trois contextes locaux différents : les États-Unis, la France et l'Allemagne. Dans un premier temps, ils historicisent les positions et perceptions des usagères, praticiens et fabricants de médicaments. Plusieurs visions coexistaient parmi les femmes : certaines percevaient la THS comme un moyen de se libérer des contraintes imposées aux femmes par la biologie, d'autres y voyaient des dangers liés aux hormones artificielles et une médicalisation inutile des fonctions normales du corps féminin (Löwy et Gaudillière, 2006, p.51). Du côté médical, la ménopause devient avec le développement de l'endocrinologie à la fin du XIXe siècle une « carence

1 « Petite histoire/grande Histoire » fait allusion à une méthode d'atelier collectif de récits élaborée par Ricardo Montserrat dans laquelle chacun raconte les événements marquants de son histoire personnelle et de la « grande » Histoire (dimension plus collective et plus large) pour pouvoir ensuite mettre en commun des savoirs critiques et mobilisateurs politiquement, issus de ces expériences. Il s'agit d'un des ressorts de la conférence gesticulée (Morvan, 2017).

hormonale » allant de pair avec l'apparition d'une nouvelle manière d'opposer le masculin et le féminin, avec la mise en évidence d'une infériorité « manifeste » et « naturelle » de la femme âgée (Löwy et Gaudillière p.49). Dès lors qu'il s'agit d'une *carence*, on peut imaginer son traitement. Peu prescrit au début, c'est sa transformation en source de mieux-être et en traitement préventif protégeant la santé des femmes et réduisant les risques de maladie qui va véritablement conduire à une forte progression de prise de THS dès les années 1970. 40 à 50% des femmes ménopausées sont sous traitement hormonal pour des motifs de prévention lors de la survenue de l'étude. Celle-ci conduira à une réduction très importante (entre 30 et 50 %) et générale des quantités d'hormones prescrites aux États-Unis et en Europe. Si aux États-Unis, cette réduction est directement liée au mouvement pour la santé des femmes, en France, où les organisations de femmes n'ont rien écrit à l'époque sur le THS et où le mouvement pour la santé des femmes est bien plus faible notamment parce que le médecin est souvent perçu comme un allié et que les combats se focalisent davantage sur l'accès et le financement que sur les actes et les pratiques, on y voit plutôt la somme de décisions individuelles basées sur les nombreux articles de la presse féminine consacrés au sujet. En Allemagne, on observe une situation intermédiaire, le mouvement de la santé des femmes a développé des centres de santé des femmes alternatifs axés autour du réductionnisme biomédical mais la contestation est davantage venue d'un groupe de professionnelles engagées. Elles ont écrit et diffusé à propos des difficultés de la médecine à prendre en charge les femmes et à tenir compte des rapports de genre mais aussi sur le respect des règles d'évaluation scientifique et les liens trop proches avec l'industrie pharmaceutique. Pourtant, il semble que la réduction de la prise de THS chez les Allemandes résulte davantage de décisions prises par les consultantes elles-mêmes au vu des présentations et des commentaires de la WHI publiés dans les médias féminins. Comme les situations française et allemande le montrent, cette « fuite » intervient souvent contre l'avis des spécialistes de la ménopause et via des décisions fondées sur des articles relayés par la presse féminine et le rôle des féministes et des mouvements pour la santé des femmes dans la remise en question de la légitimité du recours au THS. L'analyse de cette affaire, même si elle n'aborde pas spécifiquement le cas de la Belgique, permet de repérer la multiplicité des acteur·trice·s impliqués autour de la santé des femmes et les modalités plus individuelles ou collectives de l'aborder.

B. La promotion de la santé

Après cette première partie consacrée à l'approche du genre en santé, nous poursuivons avec la promotion de la santé, nous allons d'abord en proposer une définition et un rapide historique au niveau institutionnel de l'OMS, nous exposons ensuite l'angle spécifique des inégalités sociales de santé et nous terminons avec le développement de la promotion de la santé en Belgique.

1) La Charte d'Ottawa : cadre de référence de la promotion de la santé

La *promotion de la santé* recouvre deux réalités complémentaires pour les professeurs O'Neill et Stirling. Le concept désigne d'une part, une manière large de comprendre la santé, ses déterminants, et les actions à poser pour la préserver ou la restaurer comme dans la Charte d'Ottawa, et d'autre part, de manière plus spécifique, « il désigne également un sous champ de pratique du domaine de la santé publique / communautaire / des populations, dont l'objet est le changement planifié des habitudes et des conditions de vie ayant rapport avec la santé au moyen de techniques d'intervention précises (éducation pour la santé, marketing social, communication publique, action politique, développement communautaire, développement organisationnel) » (O'Neill et Stirling, 2006 as cited in promosante.org²).

La charte d'Ottawa est le document de référence qui définit et balise le champ, elle a été rédigée par 150 délégués représentant 38 nations lors de la conférence mondiale de la promotion de la santé initiée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1986. Elle spécifie « La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. ». La charte définit ensuite la santé, neuf conditions préalables à celle-ci, trois principes et cinq axes de travail qui entérinent les principes, les valeurs et les ambitions de ce nouveau champ de la promotion de la santé (Sandrin Berthon, 2007). D'une certaine manière, la promotion de la santé s'inscrit dans la continuité de la définition de la santé de l'OMS de 1946 – « état de complet bien-être physique, mental et social » - et des déclarations des rencontres comme celle d'Alma Ata en 1978 sur la primauté des soins de santé primaires. Mais elle va au-delà en intégrant ce qui détermine la santé et se situe en amont du continuum santé-société en explosant l'unique périmètre « biomédical ». Il s'agit d'outiller les individus en vue d'obtenir, d'améliorer et de maintenir la santé perçue comme une ressource. Pour se faire, la charte souligne la nécessaire prise en compte des facteurs qui l'affectent et qui se situent en dehors du système et des politiques de santé, il s'agit des neuf conditions préalables : la paix, un abri, l'éducation, la nourriture, un revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité. Cinq axes viennent préciser l'orientation du travail à mener : acquérir des aptitudes individuelles ; renforcer l'action communautaire ; créer des environnements favorables ; réorienter les services de santé ; construire une politique publique saine. Soulignons qu'un seul de ces axes fait référence au système de santé, les autres s'organisent autour de différents niveaux d'action : de l'individuel, à travers le développement de compétences personnelles ; au communautaire, à travers des environnements de vie favorables pour les individus et l'action communautaire en passant par le sociétal au moyen des

2 <http://promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/definition/> para. 4 Consulté le 5 février 2019.

politiques publiques qui, conjointement, promeuvent la santé. Ces actions s'inscrivent dans trois principes : la santé comme agent de développement, l'équité et l'intersectorialité.

La charte a suscité des critiques et des débats dès sa publication et ses anniversaires sont l'occasion d'état des lieux des débats et des résultats eux-mêmes marqués par le contexte sociopolitique mondial. Aujourd'hui, les observateurs et les acteurs de la promotion de la santé oscillent entre confiance et inquiétude.

2) Les inégalités sociales de santé, un angle spécifique de la promotion de la santé ?

D'autres concepts parfois parallèles ou déclinant des aspects de la Charte vont être développés dans la santé public et constituer des points d'attention et de priorité. Didier Fassin, anthropologue, sociologue et médecin soutient depuis de nombreuses années une lecture de la santé à travers les inégalités sociales. Elle invite la société à se positionner par rapport à ses propres responsabilités dans les situations dénoncées. Il postule que « les inégalités sociales de santé sont essentiellement le résultat, le produit final des autres inégalités sociales structurelles qui caractérisent un pays à un moment donné de son histoire et de son développement économique » (Aïach, Fassin, 2004, p. 2225). Selon Aïach et Fassin, « deux conditions doivent être remplies pour que l'on puisse parler d'inégalités sociales s'agissant de santé ou d'un tout autre objet. La première est qu'il doit s'agir d'un objet socialement valorisé : la vie par opposition à la mort, la santé et le sentiment de bien-être par opposition à la maladie, (...). La seconde est que cet objet socialement valorisé concerne des groupes sociaux hiérarchisés dans une position de dominant/dominé ; à ce titre, les classes sociales, les catégories socioprofessionnelles, les groupes différenciés en fonction du revenu, de la richesse, de l'instruction, mais aussi en fonction du sexe ou de l'origine peuvent être comparés sous l'angle des inégalités sociales de santé. » (Aïach, Fassin, 2004, p.2225) Comme les inégalités sociales de santé sont inscrites dans les corps, il est souvent difficile de distinguer ce qui relève de la dimension sociale et ce qui se situe dans l'ordre du biologique. Plusieurs mécanismes rendent ces inégalités de santé invisibles : la fatalité ou l'idéologie du don naturel, la santé serait liée à des qualités innées de la personne, des facteurs culturels ou de résistances culturelles, phénomène dans lequel on essentialise la culture et on recherche une explication culturelle en dernière instance (Fassin, 1999, p. 126). Cette approche en termes d'inégalités sociale de santé entraîne un changement de regard et permet de mettre l'accent sur les responsabilités politiques collectives d'une société et d'un système de soins inégaux en évitant de faire porter la responsabilité de la situation sanitaire très défavorable aux membres du groupes eux-mêmes (Fassin, 1999, p. 127).

3) Panorama belge

La Belgique est représentée lors de la rencontre d'Ottawa et parmi les signataires. La traduction de cet engagement dans des textes législatifs sera cependant compliquée par la stratification institutionnelle belge. Il y a un niveau de santé fédéral, un niveau de santé régional et un niveau de

santé communautaire. La promotion de la santé se retrouve davantage à ce troisième niveau. Le secteur est marqué par une disparité des moyens entre curatif et préventif. Près de dix ans plus tard, le 14 juillet 1997, la promotion de la santé fait officiellement son entrée en communauté française par un décret qui la définit à partir des éléments de la Charte d'Ottawa³.

Cette évolution émane notamment du constat des limites de l'impact de l'éducation à la santé et de l'importance d'agir sur les environnements. Ce nouveau paradigme qui vise à dépasser la prévention en l'intégrant dans une approche globale va mettre du temps à s'implanter et les processus éducatifs et informatifs auxquels on ajoutera une touche participative resteront longtemps les stratégies les plus répandues. Le Conseil supérieur de la promotion de la santé va donner le ton à travers trois plans quinquennaux : 1998-2003 ; 2004-2008 ; et un troisième qui ne verra jamais le jour. À l'issue du premier plan, un décret acte en 2003 l'intégration de la médecine préventive dans la promotion de la santé ainsi que l'apparition d'un Système d'information sanitaire (SIS), système de *preuves*, sur lequel reposera la prise de décision et les évaluations. En 2013, un processus d'évaluation qui devait déboucher sur l'écriture du « Code de la santé » est interrompu par la sixième Réforme de l'État qui prévoit le glissement de compétences liées à la santé de l'État fédéral vers les Communautés et les régions. Entre la réforme rendue effective en 2014 et sa mise en application dans les régions, plusieurs années vont s'écouler pendant lesquelles les mandats des dispositifs de médecine préventive et de promotion de la santé se prolongent. La compétence promotion précédemment organisée au niveau de la Communauté française migre vers la Région wallonne au sein d'un nouvel organisme d'intérêt public, l'AVIQ et vers le Gouvernement francophone bruxellois. La régionalisation va se concrétiser par l'émergence d'un nouveau cadre législatif - décret de promotion de la santé de février 2016 pour Bruxelles et décret modifiant le Code wallon de l'action sociale et de la santé en ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé voté le 30 avril 2019⁴ et programmatique, Plan de promotion de la santé de juin 2017 pour Bruxelles et Plan wallon de prévention et de promotion de la santé, Ensemble pour une vie de qualité en Wallonie (pas encore validé). Chaque organisme a déterminé un plan stratégique et des objectifs opérationnels à échéance variable : le plan wallon porte ainsi jusqu'à 2030 et le plan bruxellois court de 2018 à 2022. Ces changements, lents et complexes dans leur mise en œuvre, ont probablement participé à la motivation des acteurs de terrain à se rassembler

3 La promotion de la santé est « processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques. » (Décret, p.1).

4 Nous soulignons le temps très long pour la mise en place de ce cadre législatif et l'incertitude dès lors générée chez les opérateurs dans cette période de standstill particulièrement longue. Le décret a été voté à la date limite avant les élections. Les arrêtés d'exécution ne pourront pas être passés avant les élections.

(Malengreaux, 2018) en deux plateformes, l'une bruxelloise et l'autre wallonne qui évoluent en fédérations en 2016. Leurs objectifs dans un contexte incertain s'articulent autour du fait de ne pas être réduits aux rôles de simples opérateurs dans les logiques de planification qui semblent se généraliser (Malengreaux, 2018).

Ainsi, nous pouvons par exemple relever deux éléments qui nous semblent significatifs à Bruxelles : d'une part un plan qui prévoit que l'initiative soit dorénavant du côté du Ministre, afin de permettre un pilotage cohérent et centralisé de la politique de promotion de la santé et d'autre part, l'intégration de la question des inégalités de genre⁵. Enfin, le secteur doit prouver son efficacité bien souvent à l'aide d'outils forgés dans des disciplines dans lesquels il est plus facile de mesurer, nous y reviendrons.

Ce rapide survol nous permet de mesurer que le projet du référentiel d'Auto-santé des femmes est d'autant plus périlleux que d'une part, les professionnel-le-s de la santé réagissent vivement et s'appuient sur des considérations purement biologiques dès lors qu'on propose d'appliquer l'outil d'analyse du genre dans le domaine de la santé qui paraît saugrenu et irrecevable (Casini, Jacquet, 2013, p. 161) et, d'autre part, le corps est loin d'être un terrain de lutte fédérateur dans le champ féministe. Martine Chaponnière Patricia Roux et Lucile Ruault nous rappellent qu'il cristallise sans doute la plupart des fractures internes aux mouvements féministes contemporains (Chaponnière, Roux, Ruault, 2017, p.10). De surcroît, il s'inscrit dans le champ de la promotion de la santé qui, nous l'avons démontré, est en quête de légitimité et soumis aux paradoxes institutionnels belges.

III. PRESENTATION DE L'OBJET D'ETUDE ET DES QUESTIONS

Notre recherche s'intéresse à la diffusion et à la réception du référentiel d'Auto-santé des femmes coréalisé par trois travailleuses dans le secteur de la santé des femmes ou du genre et édité en 2017. Nous émettons l'hypothèse que ces trois instigatrices souhaitent avec cet outil diffuser une approche du genre et promouvoir la santé des femmes. Nous nous proposons de mettre au jour les types d'articulations développées par les instigatrices pour associer ces deux champs sur le plan conceptuel. Nous étudierons les manières dont elles matérialisent cette articulation à travers l'outil papier et ses modalités de diffusion. Nous nous intéresserons ensuite à la réception de cette démarche et aux effets produits sur le terrain en termes de promotion de la santé et d'appropriation de l'approche genre. Nous poursuivrons en analysant les effets d'une stratégie qui remet en question la distinction professionnel-le / usagère et sur la pertinence de l'emploi d'un même outil pour s'adresser au public et aux professionnel-le-s.

5 Éducation Santé n°336 Septembre 2017 « Un premier plan de promotion de la santé pour Bruxelles » <http://educationsante.be/article/un-premier-plan-de-promotion-de-la-sante-pour-bruxelles/> Consulté le 4 février 2019.

Dans cette section, nous décrirons d'abord le référentiel. Nous soulignerons ensuite trois éléments significatifs pour mieux saisir le contexte dans lequel il s'inscrit. Enfin nous présenterons les grandes lignes de sa diffusion.

A. Le contenu

Le référentiel Auto-santé des femmes se présente sous la forme d'un livret A4 de 88 pages. Il est édité dans la collection « Les Déclics du genre » du Monde selon les femmes en 2017. Le livret est divisé en quatre parties. D'abord, une brève introduction qui reprend l'origine du projet, les objectifs poursuivis et des éléments méthodologiques.

Une deuxième partie présente les deux piliers de l'action, le premier, l'Auto-santé et le travail sur le renforcement de ses ressources immunitaires et le second, la pédagogie féministe en matière de santé et de bien-être.

La troisième partie, la plus conséquente en nombre de pages, reprend l'inventaire des techniques organisées en quatre modules : 1) Prendre sa santé en main ; 2) Femmes autour de la cinquantaine ; 3) Rencontres intergénérationnelles et 4) Week-end Auto-santé. Chaque module comprend des canevas type pour plusieurs ateliers de trois-quatre heures. Le document présente à chaque fois la finalité de l'atelier et des propositions pédagogiques en détaillant les objectifs et le déroulement. Ces propositions sont accompagnées de divers supports : de nature théorique ; des pratiques corporelles ; des suggestions de lecture ; des partages de conseils. Le premier module, intitulé Prendre sa santé en main, constitue une sorte d'incontournable, il est composé de cinq ateliers dont le premier « Renforcement de l'immunité » est présenté comme le socle sur lequel repose toutes les autres interventions.

Enfin, la quatrième partie du référentiel est une bibliographie de deux pages sériées selon les parties du référentiel.

B. Trois éléments significatifs pour mieux situer le référentiel

1) Une étape charnière

Le référentiel est un outil qui vise à mettre en œuvre un changement important dans les orientations de travail de l'asbl Femmes et Santé. L'association a débuté son activité en 2005 autour de l'animation d'ateliers de santé des femmes, elle a ensuite contribué à la mise en place et à la coordination d'une Plateforme pour Promouvoir la Santé des Femmes (PPSF) pour laquelle elle est mandatée en 2008. Ces ateliers étaient la plupart du temps développés avec des groupes déjà implantés dans des structures établies de santé communautaire ou d'associations de femmes. L'animatrice pouvait y être perçue comme une *spécialiste*. Le départ d'une des instigatrices était l'occasion de remettre en question l'organisation des ateliers. L'association préconise, en mettant à disposition l'expérience

accumulée collectivement lors des nombreux ateliers, que ceux-ci se déploient de manière autonome sans médiation « d'experte ». Elle continue de son côté à s'investir dans la continuité à la PPSF en déployant un réseau « Genre, femmes et promotion de la santé » pour lequel elle a été mandatée à Bruxelles. Elle met parallèlement en place de nouvelles activités⁶.

2) Trois instigatrices

Le référentiel a été élaboré par trois femmes issues de trois associations : Femmes et Santé, association de promotion de la santé des femmes ; le Monde selon les Femmes, ONG de genre et développement et la Fédération des centres pluralistes de planning familial. Elles se connaissent pour avoir collaboré autour de divers projets qui associent le genre et la santé, tel que la 11^e RIFS⁷, et sont toutes impliquées dans la PPSF. Ensemble, ces associations rassemblaient les conditions de la mise en œuvre de l'outil. Le processus de rédaction s'est déroulé en plusieurs mois au cours desquels des choix ont été arrêtés et des questions soulevées par exemple autour des illustrations. Elles se sont accordées sur l'importance de transmettre la pratique de Femmes et Santé à un public de femmes et de professionnel·le·s de santé. Cependant, elles conservent également des accents propres concernant les stratégies pour atteindre ces publics.

3) Un outil entre deux autres

Le référentiel s'est développé entre deux autres outils dans une sorte de complémentarité. Le premier, une conférence gesticulée développée par Catherine Markstein en 2016, « La place n'était pas vide ... Regards critiques sur les pratiques médicales envers les femmes et chemins de libération... » est un outil d'éducation populaire qui se situe « à la limite de la conférence politique et du *one man show* » (Bruscadelli, 2017, p.93). Cette conférence est destinée à un public large. Le second, un « Déclics du Genre - Genre et promotion de la santé » paru en 2018⁸ est davantage à destination des professionnel·le·s et rassemble des pistes proposées dans une *formation en genre et santé*. Il est le fruit d'une collaboration entre deux des instigatrices. Le référentiel d'Auto-santé des femmes est, dans cet entre-deux, présenté comme une « réponse qui permet d'agir directement » face aux constats dressés dans la conférence gesticulée et comme un outil qui permet d'ouvrir la porte des milieux de santé pour y amener le Déclic Genre et promotion de la santé.

4) La diffusion

Les instigatrices ont mené un important travail de diffusion du référentiel en comparaison à d'autres outils réalisés par leurs structures d'origine. Elles ont utilisé principalement deux canaux : l'un pour

6 Par exemple des journées de réflexions, des groupes thématiques, ... Voir annexe 1.

7 Rencontre internationale Femmes et Santé, organisée en Belgique en 2011.

8 Pascale Maquestiau, Catherine Markstein, Genre et Promotion de la santé, collection les Déclics du genre, Monde selon les Femmes, Bruxelles, 2018

le « grand public » via deux soirées de lancement et l'autre pour un public plus restreint via une stratégie de sensibilisation plus ciblée auprès d'associations ou de collectifs à la demande de ceux-ci ou par sollicitation des instigatrices. Les sensibilisations sont co-construites avec les équipes ou participantes⁹. Elles sont exclusivement menées par l'instigatrice qui menait précédemment les ateliers. Le canevas standard consiste en une expérimentation collective d'une manière de travailler la santé des femmes. Les participantes sont d'abord incitées à observer une série de cartes représentants des femmes avec diverses caractéristiques sur lesquelles une phrase emblématique est inscrite. Elles sont ensuite invitées à en choisir une qui, pour chacune d'elle, correspond à l'affirmation soit « je suis cette femme », soit « je ne suis pas cette femme » ou encore « j'aimerais être cette femme »¹⁰. Chacune explique ensuite son choix. L'animatrice poursuit en constituant des petits groupes de trois ou quatre personnes et les invite, après avoir exposé la définition de la santé globale à l'aide de plusieurs exemples, à trouver puis présenter aux autres une préoccupation de santé « quotidienne ». Lorsque chacune s'est exprimée, le petit groupe est invité à trouver un élément commun dans ce qui a été partagé. De retour en plénière, les divers sujets sont présentés. Cette restitution encourage une prise de conscience collective du caractère commun des problématiques évoquées par les femmes. La présentation des sujets permet à l'animatrice de faire des liens avec la manière dont ces thèmes peuvent être abordés avec le référentiel. Ce canevas a été, selon les circonstances, étoffé avec la conférence gesticulée ou plus centré autour des « recettes de grand-mère à propos de la santé », ou encore, il a pris la forme de questions réponses en équipe réduite. Il y a donc une trame générale que l'animatrice module et co-construit selon les demandes et contextes d'intervention. Outre ces présentations en face à face, le référentiel a aussi été diffusé via d'autres circuits liés à Internet : les sites web du Monde selon les Femmes et de la Fédération des Centres pluralistes de Plannings Familial sur lesquels il est téléchargeable. Les mille cinq cent exemplaires papier ont été écoulés et on compte cent-vingt-sept téléchargements dans différents pays francophones¹¹.

9 La description s'appuie sur une observation participante à une sensibilisation le 13 décembre 2018. Retranscription sur demande.

10 Ces cartes ont été réalisées à partir des illustrations du référentiel qui ont fait l'objet d'un travail étroit d'aller-retour entre les 3 instigatrices et la graphiste pour représenter la diversité des femmes – Voir 2.

11 65 en Belgique, 45 en France, 7 dans d'autres pays d'Europe, 2 au Canada, 5 en Afrique et 3 inconnus. Parmi ceux-ci 83 sont des nouveaux visiteurs. 37 exemplaires papier ont également été commandés. Nous ne disposons pas des chiffres précis pour le site de la Fédération mais le référentiel a été commandé de manière importante par des plannings familiaux. Informations recueillies auprès du Webmaster en février 2019.

IV. LA MÉTHODE

Pour mener notre recherche nous allons mobiliser deux cadres conceptuels, ceux du genre et de la promotion de la santé. Notre dispositif de collecte de données et d'analyse s'organise en cinq étapes. Nous avons d'abord mis à jour les intentions des instigatrices et tenté de saisir leurs manières de s'inscrire dans le champ de la promotion de la santé et du genre et de tisser des articulations entre les deux. Nous avons ensuite élaboré des critères et un panel à interviewer. Parallèlement nous avons réalisé un questionnaire – voir annexe 3. Dans un champ où la planification et son évaluation corollaire ainsi que l'enjeu des « données probantes » occupent une large place, réaliser un fil d'interview a suscité de nombreux tâtonnements (Vandoorne, 2017). La présentation des résultats constitue une quatrième étape. La cinquième étape sera consacrée à leur discussion autour de nos questions de recherche.

La collecte des données

	Phase 1 Les intentions des instigatrices et les modes de transmission	Phase 2 Les lieux où le référentiel a été présenté	Phase 3 La réception du référentiel et sa mise en œuvre
Méthode de récoltes des données	- Interview individuelle et semi directives des trois instigatrices - Observation participante d'une sensibilisation au référentiel - Analyse du référentiel - Conférence gesticulée et débat	- Consultation d'une base de données - Consultation d'archives papier - Interview de Catherine Markstein	- 12 entretiens semi-directifs auprès de 14 personnes
Qui ? Quoi ? Où ?	Les 3 instigatrices Entretien semi-dirigés chez chacune d'elle Sensibilisation à des travailleuses issues de diverses structures en Wallonie Représentation de la conférence devant un public de plusieurs associations à Bruxelles	Les données collectées par les instigatrices. Les lieux et dates, l'initiative du contact, le nombre et le type de participants	Entretiens de 30 à 45 minutes enregistrés avec 14 personnes pour 10 institutions sur les lieux institutionnels ou dans des lieux publics.
Quand ?	De septembre à mai 2019	Janvier 2019	Février 2019 à mai 2019
Dimensions questionnées / observées	Les intentions Le rapport à la promotion de la santé La place du genre	Les types de lieu Les types de publics Le lien avec F et S La durée et le type de présentation	Les éléments marquants, les freins et les facilitateurs, la non-mixité, les éléments mis en œuvre, les changements provoqués, la perception des intentions, la diffusion,

			l'approfondissement, l'action à d'autres niveaux
--	--	--	---

Le tableau reprend les trois principales phases de collecte de données.

A. Étape 1 – Les intentions des instigatrices

Nous avons exploité trois sources principales pour mettre au jour les intentions des instigatrices. Nous avons rencontré chacune pour un entretien semi-dirigé. Nous avons compulsé diverses sources écrites par les trois protagonistes et nous avons assisté à une sensibilisation comme observatrice participante¹².

B. Étape 2 – Le choix du panel

Pour constituer notre panel, nous avons d'abord dressé un tableau général reprenant toutes les interventions autour du référentiel. À partir de celui-ci, nous avons composé une typologie en trois groupes ; ceux qui se retrouvent autour des enjeux des femmes¹³ ; ceux qui se regroupent autour d'enjeux de santé et ceux qui se retrouvent autour d'enjeux plus généraux mais qui peuvent inclure les thèmes de santé ou touchant aux femmes. À l'intérieur de chacun de ces sous-groupes, nous avons retenu d'autres subdivisions dont nous pensions qu'elles pourraient être significatives pour le choix de notre panel, essentiellement autour d'enjeux liés au lieu d'intervention et types de public ; les divers degrés d'institutionnalisation ; des structures historiques et des collectifs spontanés. Notre panel est composé de dix structures, trois structures de femmes, quatre structures de santé et trois structures généralistes.

Pour les structures s'intéressant aux femmes, nous avons retenu un collectif autogéré ; une maison des femmes ; une association féministe plus ancienne.

Pour les structures de santé, nous avons retenu un lieu qui allie une maison médicale, un service de santé mentale et un centre de planning familial ; un centre local de promotion de la santé ; une association de santé communautaire ; une maison médicale.

Pour les structures plus généralistes, elles sont moins nombreuses à avoir été sensibilisées et nous avons retenu une association d'éducation permanente ; une initiative communale et un centre d'accueil pour demandeurs d'asile.

¹²Trois entretiens de nonante minutes et une sensibilisation de trois heures. Ces ressources retranscrites sont disponibles sur demande.

¹³Pour les associations de femmes et / ou féministes, nous nous sommes appuyée sur les dénominations ou descriptifs propres de ces dernières en adoptant une définition étendue et inclusive, c'est-à-dire qu'elles ont pour objectif l'émancipation des femmes et l'égalité entre les hommes et les femmes, elles se situent dans « l'espace de la cause des femmes » (Bereni as cited in Dussuet, Flahault, Loiseau, 2013, p.9).

C. Étape 3 – Élaborer un questionnaire

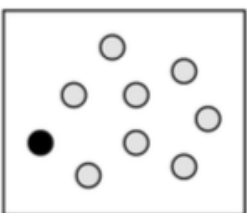
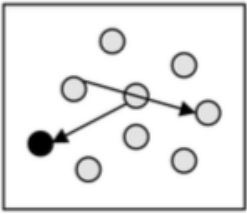
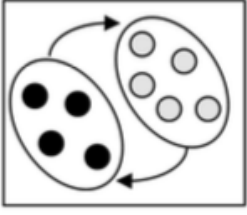
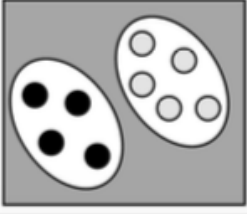
Notre questionnaire vise à mesurer la place dans l'institution, le rapport au genre et à la santé de l'interlocutrice ainsi que la manière dont elle a pris connaissance du référentiel. Nous relevons ensuite les éléments marquants du support ou de la présentation ainsi que les éléments facilitateurs ou freinant à la mise en place de la démarche proposée. Nous tentons d'approcher ensuite les éventuels changements générés dans l'institution par le référentiel au niveau des pratiques ou des collaborations. Nous interrogeons la diffusion de l'outil et s'il a donné lieu à des lectures ou recherches autour des thèmes évoqués. Nous nous intéressons à la réception de la proposition de travail en non-mixité sur le plan théorique et pratique. Enfin, nous tentons de mesurer si les interviewées envisagent des actions à d'autres niveaux pour compléter le référentiel.

D. Quelles grilles utiliser pour mobiliser le genre et la promotion de la santé ?

En nous appuyant sur un article d'Annalisa Casini et d'Isabelle Jacquet¹⁴, nous entendons le « genre » comme une dimension transversale à travers quatre niveaux d'analyse (Bernardes et al. 2008) : *individuel* « ce que les hommes et les femmes sont et font », *interpersonnel* « comment hommes et femmes interagissent », *social* « synonyme de statut social » et *sociétal* « idéologie ». Si nous retenons ces quatre niveaux détaillés dans le tableau ci-dessous comme grille pour tenter de mieux saisir la manière dont les instigatrices se situent, nous reprenons également les concepts de genre comme « catégorie d'analyse » et comme « outil opérationnel ». Nous empruntons cette distinction à Annie Dussuet, Erika Flahault et Dominique Loiseau dans leur introduction à un Cahier du genre intitulé « Associations féministes – Reproductions ou subversion du genre ? » (2013). Elles relèvent d'abord une approche du genre comme « catégories d'analyse qui peut devenir un 'outil opérationnel', autrement dit un outil de travail utilisé non seulement pour la réflexion, mais aussi, plus concrètement, pour guider et mener l'action » (Fortino as cited in Dussuet, Flahault, Loiseau, 2013, p. 10). Le genre est une catégorie d'analyse dans les « associations féministes lorsqu'elles en assurent la diffusion et la transmission entre générations, entre militant·e·s et salarié·e·s et entre celles/ceux qui rendent aux femmes un service construit sur ce concept et celles/ceux qui bénéficient de ce service ». Elles participent ainsi « au développement de l'usage du concept qui participe lui-même de sa légitimation » (2013, p. 11). Le genre devient un « outil opérationnel » lorsque travaillé par les salarié·e·s et les militant·e·s des associations, il définit les modalités d'action. Les associations

14Casini, Annalisa, et Isabelle Jacquet. « Chapitre 2. Intégrer la dimension du « genre » dans les programmes de formation des professionnels de la santé », éd., *Penser la formation des professionnels de la santé*. De Boeck Supérieur, 2013, pp. 153-168.

peuvent par exemple « remettre en cause l'ordre des choses » en autorisant les femmes à se sortir des trajectoires définies par le système social ou encore opter pour un mode de fonctionnement délibérément mixte ou non mixte.

	Niveau d'analyse	Agit sur :	Exemple
	Individuel	Orientations psychologiques	« Ce que hommes et femmes sont et font » Les hommes sont plutôt indépendants, forts, logiques. Les femmes sont plutôt sensibles, à l'écoute des autres, romantiques.
	Interpersonnel (ou situationnel)	Relations amoureuses Relation familiales Relations professionnelles	« Comment hommes et femmes interagissent » Les filles se laissent inviter par les garçons au restaurant Les médecins hommes interrompent fréquemment les patientes femmes lors d'une consultation
	Social (ou positionnel)	Rôles sociaux	« Homme et femme en tant que synonymes de statut social » Les hommes travaillent pour subvenir aux besoins de la famille Les femmes s'occupent des enfants et de l'entretien quotidien de la maison
	Sociétal (ou normatif)	Normes	« Masculin et féminin en tant qu'idéologie » Stéréotypes masculins et féminins (par ex. : éternel féminin) Sexisme

En ce qui concerne la promotion de la santé, nous retenons les cinq axes de la Charte d'Ottawa comme grille d'analyse dans une perspective d'évaluation. Néanmoins, nous gardons en mémoire les réserves exposées par Lise Renaud, Dominique Dufour et Jennifer O'Loughlin qui considèrent que « la Charte n'est pas un modèle d'intervention offrant des stratégies d'action utiles à la programmation » (Renaud, Dufour, O'Loughlin, 1997, p. 31).

V. LES RÉSULTATS

Nous procéderons en présentant d'abord les données collectées par item en passant de l'ensemble du public touché pour resserrer ensuite sur notre panel. Nous exposerons dans une deuxième étape les éléments qui nous permettront de mettre au jour les cadres conceptuels et opératoires des instigatrices.

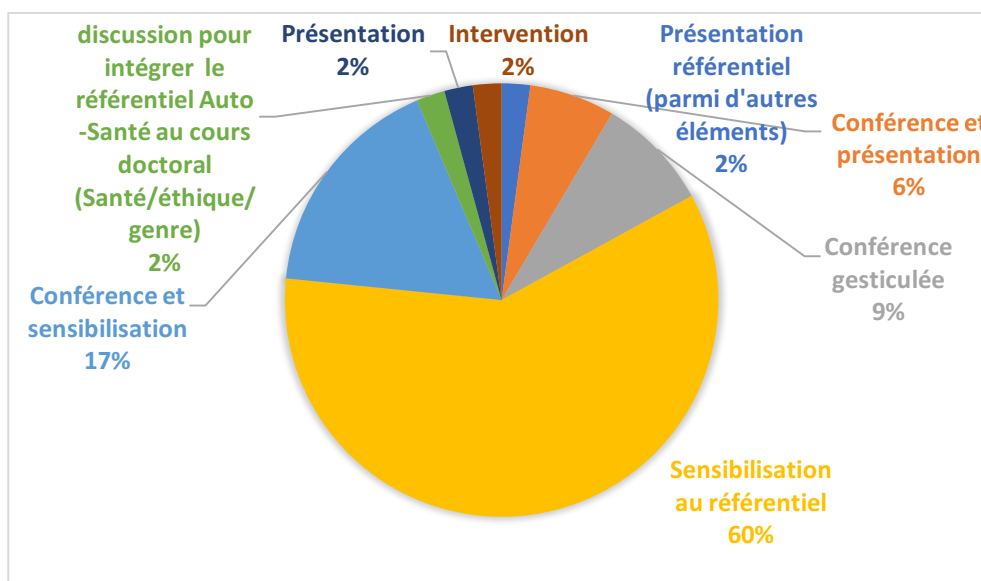
Enfin, nous présenterons les matériaux collectés lors des entretiens structurés selon les cinq axes de la Charte d'Ottawa.

A. Vue d'ensemble : du général au panel

La sensibilisatrice a présenté soit sa conférence, soit le référentiel, soit les deux devant quarante-six publics (dernière date considérée le 6 avril 2019) composés de deux à plus de cinquante participants.

1) Les différentes configurations de présentation

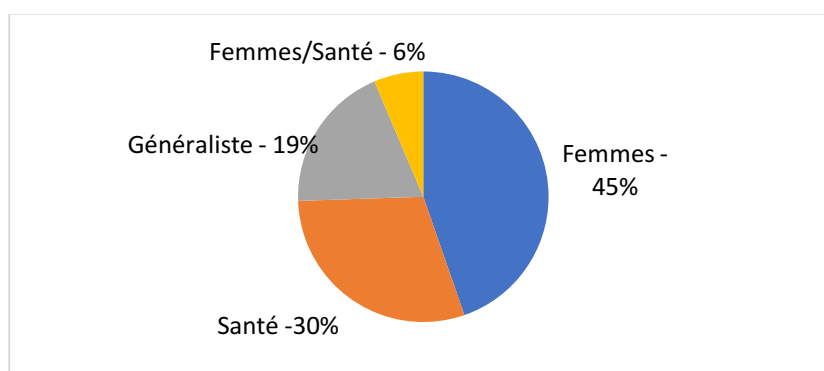
Si nous considérons que la configuration idéale de diffusion est une sensibilisation associée à la conférence, nous relevons que cette configuration ne représente que 17% des cas. Le référentiel a été majoritairement diffusé à travers une sensibilisation telle que présentée ci-dessus et sans lien direct avec le message véhiculé par la conférence (60%). Près d'un tiers des présentations se sont articulées autour de la conférence soit avec la sensibilisation au référentiel, 17% des cas, soit avec une rapide présentation, soit sans lien établi avec le référentiel. Le reste des occurrences minoritaires représentent des présentations très succinctes qui permettent difficilement de s'approprier l'outil.



En resserrant sur notre panel de dix répondantes, nous relevons que la moitié (cinq) ont assisté à la conférence gesticulée dissociée de la sensibilisation. La démarche semble être plus intégrée dans leurs structures puisque c'est parmi elles que nous retrouvons les effets les plus aboutis en termes de développement d'ateliers. Elles sont trois à ignorer l'existence de la conférence. Si les personnes sensibilisées n'ont pas assisté à la conférence, il est difficile d'estimer leur degré de connaissance du thème au préalable et de soutenir des démarches d'approfondissement. Elles sont quatre à ne pas éprouver le besoin de se renseigner davantage et quatre autres à poursuivre la collecte d'informations surtout autour des enjeux de santé et en lien avec les femmes. Les instigatrices ne peuvent donc pas tabler sur des connaissances antérieures ou une base commune que ce soit en rapport avec l'approche de genre ou avec celle de la santé.

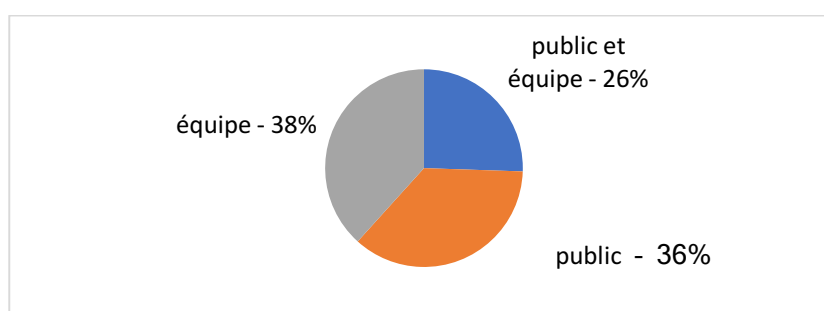
2) Les types d'institutions touchées

Nous avons tenté de regrouper les quarante-six institutions selon leur champ principal d'intervention. Nous avons établi trois grandes catégories : les associations de santé, les associations de femmes et les associations généralistes c'est-à-dire celles qui visent des enjeux plus globaux. Près de la moitié des interventions ont touché des associations de femmes, près d'un tiers des structures de santé et près d'un cinquième des structures généralistes. Nous n'avons pas « respecté » ces proportions pour composer notre panel. Nous étions davantage intéressée par les effets dans les structures de santé (4 sur 10) et par les effets dans les structures a priori moins impliquées dans les questions de santé et concernant les femmes (3 sur 10).



3) Conférences et sensibilisations s'adressent-elles à des équipes ou à des publics ?

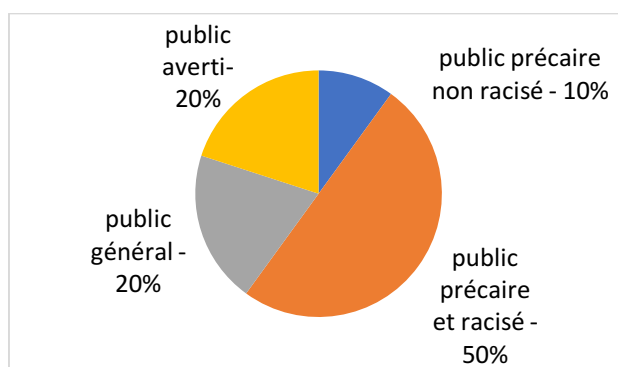
Nous avons repéré plusieurs configurations de présentations que nous avons regroupées sous trois grandes catégories : celles à des équipes de travailleuses et parfois travailleurs ; celles à des publics de ces associations, celles à des équipes et publics mélangés. Au-delà de ces trois catégories principales, nous avons regroupé celles menées dans des collectifs autogérés (cinq) dans la catégorie « public ».



La présentation à des équipes ou du public (donc séparé) représente plus de 70% des cas. L'approche horizontale d'une présentation mixant travailleurs et publics représente moins d'un tiers des cas. Dans notre panel, aucune sensibilisation n'a été proposée à une équipe et des participants réunis à l'exception du statut spécifique d'un groupe autogéré. Dans quatre structures, la sensibilisatrice s'est adressée à une équipe de professionnel·le·s et dans les cinq structures restantes, la sensibilisation s'adressait à des groupes « constitués » en présence d'une animatrice.

4) Toutes les femmes ?

Enfin, il nous semblait aussi intéressant de tenter de dégager à travers les caractéristiques des publics sensibilisés les manières d'intégrer d'autres rapports sociaux comme la « race » ou la classe. Une étude précédente portant sur les femmes touchées par l'association dénombrait 45% de femmes issues de milieux populaires (parfois précarisés), 35% de femmes issues d'immigration sans formation et activité professionnelle et 20% de femmes issues de classes moyennes¹⁵. Ces chiffres reflètent les contextes des associations dans lesquels Femmes et Santé venait animer des ateliers. Nous n'avons pas réussi à collecter suffisamment d'informations sur les caractéristiques sociales des publics à partir du tableau général. Nous avons cependant conservé ces critères lors de l'analyse de notre panel illustrée par le tableau ci-dessous. Il présente les types de public des structures rencontrées. À partir des informations collectées lors des entretiens, nous avons retenu une catégorie public « averti » principalement caractérisé par un degré important de sensibilisation à la cause des femmes et aux questions de santé ; un public « général », caractérisé par une hétérogénéité relative ; un public « précaire » caractérisé par ses difficultés notamment d'ordre matériel ; un public « précaire et racisé » caractérisé par un « rapport de pouvoir entre racisant et racisé et une absolutisation de la différence « culturelle et d'origine » inscrite dans la nature » (Bessone, 2013, p.11 as cited in Devriendt, Monte, Sandré, 2018). Plus de la moitié des associations sensibilisées de notre panel travaillent avec un public stigmatisé. Le reste du public est composé à part égale d'un public averti et d'un public général. Ce n'est pas forcément ce public qui a été rencontré lors des sensibilisations puisque quatre d'entre elles s'adressaient à des équipes.



5) Ce qui s'est créé dans les dix structures

Nous repérons quatre types de mise en œuvre de la démarche : 1) la mise en place d'un groupe ; 2) l'implémentation de modules ; 3) l'utilisation de petits éléments et 4) l'inscription dans la « philosophie ».

¹⁵Projet remis dans le cadre d'un appel : « Programme d'étude et d'activités sur la spécificité du genre en promotion de la santé. Une collaboration entre les différentes associations de la Plate-forme pour promouvoir la santé des femmes. » Dossier 2016-2019. p. 8.

1) Deux groupes autogérés ont vu le jour suite aux sensibilisations. L'un a fonctionné quelques mois sans recours au référentiel papier et l'autre s'est inscrit dans la durée avec un suivi rigoureux des propositions de l'outil papier.

2) Des modules complets sur l'immunité et le sommeil ont été proposés dans deux associations

3) Des éléments plus succincts : des exercices de respiration ; la réflexion sur le temps pour soi ; le rapport aux médicaments et des recettes de grands-mères, ont été exploités dans trois autres associations.

4) Enfin, trois répondantes affirment s'être inspirées de la « démarche » qu'elles résument comme une philosophie de partage des savoirs. Certaines se basent uniquement sur ce qu'elles ont perçu lors de la sensibilisation sans avoir ouvert le référentiel papier.

La démarche a également amené ou renforcé des positions dans des équipes et permis de faire progresser la réflexion sur les rapports entre soignant / soigné·e et sur le genre comme élément à considérer dans la santé et dans les pratiques.

6) Sensibilisation et référentiel, transmission orale, transmission écrite

Notre analyse porte sur le référentiel et la sensibilisation à celui-ci, c'est-à-dire ce qui relève de la transmission de la démarche du référentiel dans l'oralité. Nous avons relevé une fracture importante autour de la maîtrise de la langue écrite et orale. Dans plusieurs lieux, le référentiel n'a pas été lu par les participantes qui ont plutôt privilégié la mobilisation de l'expérience vécue lors de la sensibilisation. Cette fracture s'est principalement orchestrée selon la ligne animatrice / participantes : les animatrices lisent et emploient des documents, les participantes vivent l'animation et ne lisent pas ou peu et ne prennent pas de notes. Elle n'a pas empêché l'émergence d'un groupe autonome dans une structure mais les membres de celui-ci n'avaient dès lors pas accès aux ressources écrites probablement en raison de difficultés d'accès à la lecture ou d'habitudes.

À titre d'illustration, pour une animatrice la démarche passe davantage par la lecture du référentiel que par la sensibilisation :

« Quand j'ai eu le référentiel en main et que je l'ai lu et que j'ai vu toute la philosophie je me suis dit mais en fait c'est génial, ce n'est pas tellement la sensibilisation ... » Une animatrice d'une association généraliste

B. Articulations des cadres et stratégies des instigatrices

Après le descriptif de ces résultats généraux, nous présenterons les cadres conceptuels élaborés par les instigatrices. Nous poursuivrons avec une modélisation de leurs stratégies de « propagation ». Nous aborderons ensuite les modalités d'opérationnalisation des cadres conceptuels et finirons en passant ces éléments au crible des grilles du genre et de la promotion de la santé.

1) Cadres conceptuels

Nous présentons les articulations des cadres conceptuels en nous appuyant sur ce que nous avons lu dans le référentiel et entendu lors d'une sensibilisation. Le référentiel s'inscrit de manière originale dans la promotion de la santé comme « un outil d'*empowerment* pour des groupes de femmes en stimulant un processus d'autonomisation individuelle et collective dans le domaine de la santé et du bien-être ». (p.5) Il s'inscrit dans une démarche d'Auto-santé, « véritable source d'émancipation individuelle et collective. Son inspiration idéologique provient des réseaux féministes associés au mouvement pour la santé des femmes, des collectifs *self-help* et d'Auto-santé. »¹⁶. La démarche du référentiel s'appuie sur deux piliers : d'une part l'Auto-santé et le travail sur le renforcement des ressources immunitaires et, d'autre part, la pédagogie féministe en matière de santé et de bien-être (p.9 et 11).

• *Le premier pilier*

Le premier pilier s'organise autour du travail sur les ressources immunitaires qui s'appuie sur l'approche globale et féministe, l'Auto-santé et la *salutogénèse*. « L'approche féministe de la santé s'appuie sur une vision globale qui tient compte de la situation physique, psychologique, sociale et environnementale d'une personne. Elle met en question les rapports de domination dans la relation soignant.e.s - soigné.e.s. (...) Dans celle-ci, la différence de résistance entre les individus est surtout envisagée au niveau des conditions et habitudes de la vie quotidienne, plutôt que sur des données génétiques et héréditaires qu'on ne nie pas par ailleurs. (...) ainsi que la pratique d'une activité physique sont autant de déterminants de santé qui ont une influence certaine sur les ressources immunitaires de chacun.e. Les impacts des conditions et des habitudes de vie sur la santé sont également analysés sous le prisme du genre et de la promotion de la santé. » (p.10)

La *salutogénèse* est évoquée lors de la sensibilisation à laquelle nous avons assisté et citée comme métaphore de la promotion de la santé sur le site de la PPSF¹⁷ et dans le « Déclic Genre et promotion de la santé » (p.8).

« Alors, euh, après est venu très vite le stress ou bien la surcharge et là, comme médecin aussi, je prends ça très au sérieux (...) mais surtout la relation ou bien la capacité aussi parce qu'on travaille toujours dans une perspective positive, ça s'appelle la *salutogénèse*, on ne parle pas de ce qui nous rend malade, on parle de ce qu'il faut faire pour rester en bonne santé. C'est différent parce que quand on parle de ce qui nous rend malade, on a tout le temps peur parce qu'on est tout le temps exposé à des trucs qui peuvent nous rendre malades. Alors on pense plutôt qu'est-ce que je peux faire avec moi, avec les autres, pour rester en bonne santé ?... » Sensibilisation 13 décembre 2018

16 Notamment les écrits du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF)

17 <http://www.pplateformefemmes.be/nos-dossiers/definitions/article/la-promotion-de-la-sante> Consulté le 4 février 2019.

Le théoricien de la *salutogénèse*, Aaron Antonofsky préconise de s'intéresser aux causes et aux conditions d'une bonne santé qu'il appelle « les origines de la santé ». Ainsi la *salutogénèse* retourne le paradigme classique de pathogénèse qui lui, est orienté sur la maladie. L'accent n'est plus mis sur les facteurs de risque mais sur les ressources dont dispose l'être humain pour préserver et développer sa santé, appelées « ressources généralisées de résistance ». Elles sont d'ordre : physiques, personnelles, psychiques, interpersonnelles, socioculturelles et matérielles. Autrement dit, elles sont le potentiel des êtres humains, une forme de compétence de maîtrise pour gérer de manière constructive les tensions et le stress (Lindström & Ericksson, 2010/2012).

• *Le second pilier*

Le second pilier sur lequel s'appuie le référentiel s'organise autour des valeurs pédagogiques féministes mobilisées lors du déroulement des ateliers. L'attention est portée sur le rapport au savoir interrogé dans sa dimension rationnelle et de pouvoir. À cette fin, les ateliers sont conçus dans le soutien et le respect des femmes, en portant une attention particulière à la participation de chacune. Ils visent également à favoriser *l'intersectionnalité* c'est-à-dire à tendre de façon globale à croiser les inégalités de sexe / genre, race / ethnicité, âge, handicap et orientations sexuelles¹⁸. Le militantisme y est promu comme un moteur pour la construction des savoirs et leur mise en application. Enfin, la créativité est une porte d'entrée spécifique dans les ateliers. Cette pédagogie vise le développement individuel comme le changement social (Réf., p.11).

Dans la présentation de ces deux piliers, nous retrouvons des éléments qui renvoient à la promotion de la santé comme la notion de « déterminant » et le « prisme du genre » imbriqués de manière spécifique à une approche globale et féministe.

Le genre est défini succinctement à partir d'éléments empruntés à une autre publication du Monde selon les femmes¹⁹. Il est présenté comme un élément transversal cependant si la « règle d'or », énoncée en introduction, « reste le respect de la personne et **l'émancipation des différentes dominations**²⁰ » la mobilisation du genre débouche principalement sur une remise en question du rapport de pouvoir qui s'exprime entre médecins et patientes.

2) Les modalités de diffusion de la démarche : un outil, plusieurs stratégies

Si les instigatrices ont pu s'allier sur la finalité, la transmission, il nous est apparu qu'elles avaient des approches différentes quant à leurs rapports aux institutions, aux professionnel·le·s de la santé et

18 Telle que définie dans le référentiel.

19 *Concepts de base, Coll. Les essentiels du genre* n°1, 2013.

20 Souligné par les autrices. Référentiel p.6, citation empruntée à Maquestiau Pascale, Duysens Charlotte, Perspectives de genre dans la lutte contre les violence sexuelles, Coll. Focus genre, Le Monde selon les femmes, Bruxelles, 2016, p.3.

à la poursuite de leurs démarches. À partir du tableau de leurs intentions synthétisées ci-dessous, nous avons essayé de modéliser leurs trois stratégies.

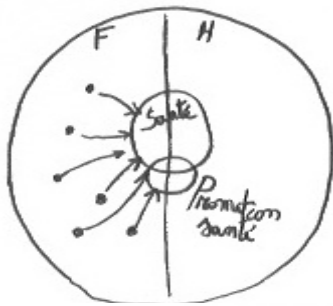
Instigatrice a	Instigatrice b	Instigatrice c
• Émergence d'un nouveau mouvement ou d'un deuxième mouvement pour la santé des femmes • Logique avec la conférence gesticulée, après le constat, l'outil pour agir • Possibilité d'agir tout de suite • Sortir d'une domination patriarcale et médicale • Restituer un bien commun construit collectivement avec les femmes • Esprit d'autogestion et travailler avec des femmes exclusivement • Valoriser les expertises et connaissances de chacune • Sortir de la verticalité des rapports et aller vers une horizontalité des rapports	• Transmettre un outil sur la pratique de F e S • Motiver le planning familial à prendre en compte une approche de promotion de la santé dans une démarche féministe de la santé • Acter les valeurs et permettre de faire mieux comprendre la démarche et ses enjeux politiques ; clarifier ; légitimer • Soutenir des démarches mais sans donner toutes les clefs pour encourager la recherche et à une remise en question des rapports de pouvoirs et de savoirs	• Systématiser par écrit une pratique d'<i>empowerment</i> de groupe de femmes et une approche du genre • Réaliser un outil souple d'<i>empowerment</i>, modulable, combinable • Transmettre, rendre accessible et viral • Stratégie vers le milieu santé et les plannings

Une première stratégie repose sur des démarches autogérées de femmes, sans lien spécifique avec les institutions de santé mais reposant sur le nombre, ce qu'on pourrait nommer : stratégie de la base. Dans ce cadre, la diffusion du référentiel s'appuie sur un processus qui consiste à vivre une expérience qui « réalise » les objectifs tels que la valorisation des expériences de chacune, l'horizontalité, la remise en question de la domination médicale et patriarcale et l'empowerment.

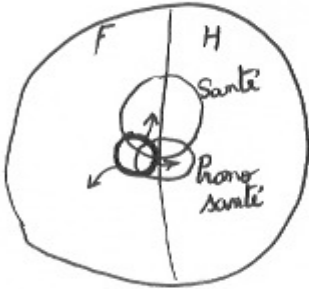
La seconde stratégie vise à entrer dans les milieux de la santé en utilisant la promotion de la santé par l'intermédiaire d'outils pédagogiques, ce qu'on pourrait nommer : une stratégie didactique.

La troisième stratégie est plus institutionnelle et repose sur un travail de réseau qui vise à rassembler autour de la table l'ensemble des acteurs de la santé (praticien·ne et usager·e), de la promotion de la santé et d'autres secteurs de la société. Nous sommes davantage ici dans une vision intersectorielle. Dans ces trois approches, la santé et la promotion de la santé sont des modèles réduits de la société et de reproduction du genre. Il s'agit en s'attaquant à elles, selon les diverses stratégies, de s'attaquer au système de genre dans son ensemble.

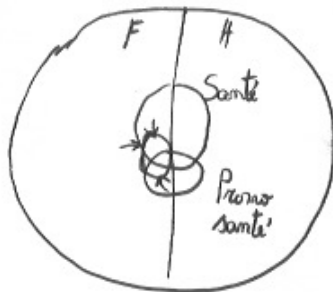
Nous avons représenté le cadre général du « système genre » subdivisé entre femmes et hommes. La santé et la promotion de la santé sont traversé par le système.



Approche de la base : les actrices par la somme des nouveaux rapports de pouvoir établis dans le colloque singulier modifient la santé et la promotion de la santé



Approche didactique : les acteurs/actrices par la formation ont un impact sur les usager·e·s et les professionnel·le·s



Approche institutionnelle : les acteurs /actrices se retrouvent autour de la table pour considérer la santé avec la grille du genre

3) Les modalités d'opérationnalisation des cadre conceptuels

Les cadres conceptuels proposés dans le référentiel se déclinent autour de trois axes :

- 1) un travail avec des groupes de femmes en non-mixité
- 2) un travail sur les rapports de pouvoir qui se focalise sur le rapport médecin / patiente et sur la mise en processus d'un espace « hors domination » entre femmes.
- 3) Un travail d'*empowerment* qui repose principalement sur le renforcement des ressources / compétences immunitaires selon le modèle d'Antonovsky.

Femmes et Santé utilisait ces trois axes dans son travail précédent, la nouveauté repose sur le caractère autonome des groupes et sur l'emploi d'un même outil pour toucher son public *cible* et *secondaire*.

4) Au regard des grilles du genre et de la promotion de la santé

Les instigatrices semblent librement composer un cadre théorique associant des éléments issus de leurs parcours professionnels, de leurs convictions et de leurs intuitions stratégiques. Elles élaborent un cadre d'approche féministe et globale de la santé dans lequel la promotion de la santé et le genre sont évoqués. Il est à noter, cependant que le genre y occupe une place moins détaillée. Au niveau de la promotion de la santé, il nous semble que les instigatrices utilisent la charte d'Ottawa comme cadre conceptuel et comme outil opérationnel. Nous retrouvons l'action de l'association dans l'axe du développement des aptitudes individuelles, partiellement dans celui du renforcement de l'action

communautaire. Avec la Plateforme, elles travaillent à l'axe de l'élaboration d'une politique publique saine. Elles visent également à toucher des professionnel·le·s de santé avec le référentiel, ce qui pourrait s'inscrire dans l'axe de la réorientation des services de santé.

À partir de la grille du genre en quatre niveaux présentée ci-dessus, nous pouvons relever qu'au niveau individuel, le genre est mobilisé à travers le fait d'être un groupe de femmes en non-mixité et avec le dispositif des cartes femmes employées dans les sensibilisations qui pose l'hétérogénéité du groupe. La subversion des normes comportementales et d'orientations psychologiques repose sur les apports des participantes. Nous retrouvons le deuxième niveau, l'interpersonnel qui porte sur la nature des relations entre femmes et hommes, principalement dans la déconstruction de la relation médecin / patiente. Au troisième niveau, les rôles sociaux peuvent faire l'objet d'un « constat » – le *care* est inégalement réparti – en atelier qui remontera jusqu'à la Plateforme mais ne sera pas spécifiquement travaillé au sein des groupes. Dans le référentiel, l'accent est porté sur la perspective positive d'amélioration des conséquences et pas sur la compréhension des mécanismes. Enfin, au niveau sociétal, le sexisme et les stéréotypes semblent peu abordés dans les ateliers, ils sont une sorte de décor général. Ils sont davantage évoqués dans la conférence gesticulée. Si les participantes aux ateliers n'ont pas vu la conférence, elles sont placées dans un système genre dont la société est responsable que l'on ne va pas décortiquer et auquel on va opposer une double stratégie pour améliorer sa santé : remettre en question la relation médecin / patiente et renforcer son *empowerment* et sa résilience.

En conclusion, nous dressons le constat que le genre est mobilisé par les instigatrices comme cadre d'analyse et comme outil opérationnel en amont des actions. Le partage de ce cadre et la participation à l'élaboration des priorités se répartissent selon les publics : le cadre conceptuel est exploré et nommé avec les professionnel·le·s et partiellement les usagères et les priorités sont élaborées au sein de la Plateforme pour la Santé des Femmes.

Les instigatrices souhaitent également s'inscrire dans un mouvement plus vaste et historique, celui du self-help qu'elles utilisent comme un idéal à atteindre. Elles emploient également le concept de la *salutogénèse* comme lien entre les stratégies d'*empowerment* que l'on retrouve dans les courants féministes et de promotion de la santé.

C. Les effets du référentiel dans les dix structures rencontrées à l'aune des cinq axes de la Charte d'Ottawa

Nous analyserons les résultats de nos entretiens en nous appuyant sur les cinq axes de la Charte en conservant une attention au *genre* à l'intérieur de chacun d'eux.

1) L'acquisition des aptitudes individuelles

Selon la Charte d'Ottawa, « ...la promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur santé et de faire des choix favorables à celle-ci » (OMS, 1986, p.4). Au regard de nos entretiens, il semble que les sensibilisations n'ont pas été des lieux d'informations et d'éducation mais davantage des espaces de renforcement de la légitimité individuelle et collective. Ce renforcement passe majoritairement par deux dispositifs : le tour de table systématique, qui favorise une attention à la parole de chacune et la mise en valeur des savoirs propres.

« L'idée était venue de parler des remèdes et ça a été très bien animé. (...) et là les femmes se sont prêtées au jeu et j'ai eu des femmes qui ne s'exprimaient jamais qui ont pris la parole. On s'est aussi aperçu que pour certains remèdes aussi bien des femmes d'Europe de l'Est que des femmes africaines et, elles étaient étonnées, que les pratiques étaient pareils » Une animatrice d'un groupe de femmes

Les participantes soulignent essentiellement trois éléments qui les ont marquées lors des sensibilisations : 1) l'émergence d'un commun des femmes, 2) le caractère participatif 3) la santé alternative, entendue comme : une remise en question du tout au biomédical dans la perspective du mieux-être des femmes. Toutefois, cette stratégie a également suscité des réactions plus mitigées dans l'une des structures rencontrées dans laquelle les personnes ont repéré un décalage entre la sensibilisation au référentiel et le contenu de la publication, formulant des réserves théoriques et stratégiques :

« La démarche participative est bien présente mais l'outil a provoqué des réticences surtout par rapport au dépistage et au fait de s'en remettre à la perception de son corps, ça nous a fort interpellées et on n'avait pas ressenti ça dans le discours. On n'est d'accord que le médical est une source parmi d'autre mais si on ne fait confiance que à soi..., en plus ça ne va jamais passer auprès du monde médical. »

Une animatrice en promotion de la santé

Concrètement cette stratégie a débouché sur trois types de réalisations. La première, dans des lieux de santé où plusieurs ateliers se sont succédés, associe l'un ou l'autre élément d'éducation à la santé et une approche communautaire. La seconde, repérée tant dans des lieux de santé que des associations généralistes ou de femmes, se structure autour d'échanges de remèdes ou de recettes santé. La troisième, repérée dans l'un des groupes de femmes, s'élabore en s'attachant scrupuleusement à la trame proposée dans le référentiel, accentuant le côté remise en question du modèle biomédical et investissant peu les aspects anatomiques.

Nous retiendrons que la sensibilisation et le référentiel s'inscrivent dans le renforcement des aptitudes individuelles à travers la prise de conscience de l'intérêt pour sa santé et le renforcement dans ses

savoirs. Concrètement nous avons repéré trois modalités de mises en œuvre dont nous notons que plus elles se déploient dans la santé plus l'aspect éducatif et informatif est présent.

En matière de genre, cette stratégie permet de travailler l'axe interpersonnel à travers la remise en question du colloque singulier avec le médecin et potentiellement les niveaux individuel et sociétal selon la manière dont l'atelier est animé.

2) Le renforcement de l'action communautaire

Dans la Charte d'Ottawa, le renforcement de l'action communautaire est défini comme « ... la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification pour atteindre un meilleur niveau de santé » (OMS, 1986, p.4). Le renforcement de l'action communautaire vise à mobiliser les structures existantes en vue de toucher les communautés. Généralement, le renforcement de l'action communautaire s'opère par une double stratégie. La première consiste à faire des liens entre les activités des communautés et le programme de santé promu, dans notre cas la santé des femmes. La seconde repose sur l'élaboration ou l'implication dans un réseau qui se mobilise autour de ce programme.

Nous nous proposons d'analyser d'abord les manières dont les instigatrices ont mobilisé les structures existantes en vue de toucher les communautés. Elles se sont appuyées sur des associations établies en y voyant le moyen de favoriser le développement de groupes autonomes. Au regard du nombre et de la nature des lieux sensibilisés, il est manifeste que les instigatrices ont réussi à sortir de leur cadre d'intervention « habituel ». Dans notre panel d'interviewées, la majorité des sensibilisations ont eu lieu à la demande des structures et la moitié n'avait pas de lien antérieur avec la sensibilisatrice. Les participantes et les animatrices sont les potentielles futures organisatrices d'ateliers dans leur cadre professionnel ou privé selon une logique de « dissémination ». Nous avons sondé les interviewées concernant leurs ambitions à déployer des groupes à l'intérieur de leurs structures ou en dehors. Nous remarquons d'abord qu'elles inscrivent essentiellement la démarche dans des cadres déjà « institués » ce qui ne rencontre pas la visée de groupe autonome promue dans le référentiel. Selon elles, le groupe constitué est un préalable à la démarche. Si elles parlent et transmettent la démarche et / ou le référentiel c'est d'abord à des collègues puis, pour certaines, dans le cadre privé, et ce principalement aux amies.

Cette stratégie, pourtant paradoxale, semble porteuse à deux égards : la promotion du référentiel a touché de nouvelles associations et deux groupes autonomes se sont déployés dans le panel. Ces groupes bénéficient de conditions facilitatrices : un soutien logistique de l'association « mère » sous forme d'un local mis à disposition, d'une intervention dans les frais de matériel et d'un accès à des outils techniques comme une photocopieuse. Cependant ces groupes posent également des questions autour des ajustements des rôles des animatrices et des usagères.

« j'ai l'impression que pour que ça continue il aurait fallu un encadrement même s'il était minimal. (...) Je pense que si on avait l'énergie, le temps disponible, les moyens en personnel, si on avait assuré un accompagnement ça aurait été la suite d'un projet santé au féminin qui existait déjà auparavant et qui aurait pu reprendre. Voilà, ça aurait peut-être eu du sens puisqu'il y avait une demande à ce moment-là ». Une animatrice d'un centre de santé

« Il y avait des participantes qui voulaient qu'on fasse aussi la fresque, elles ne comprenaient pas bien qu'on faisait l'animation. Alors on a fini par faire la fresque aussi ». Une usagère devenue animatrice du référentiel dans un centre de femmes

Dans tous les cas, nous avons également relevé que l'encouragement à la participation à l'intérieur des ateliers a été bien perçu et mis en œuvre. Presque toutes les répondantes affirment discerner la volonté d'horizontalité préconisée dans le référentiel et la partager sur le plan philosophique. La réalisation de ce principe d'horizontalité est déterminée par une série de freins ou d'éléments facilitateurs que nous avons organisés autour de trois composantes :

1) Les pratiques préalables de l'association : sept associations travaillaient déjà selon des logiques de fonctionnement ascendantes, sept associations avaient déjà des groupes de femmes et huit associations étaient favorables à la non-mixité, ces conditions facilitaient donc l'implantation de la démarche ;

2) Le moment de la sensibilisation dans l'histoire du groupe. Nous avons relevé qu'un groupe sensibilisé à ses débuts a conservé « l'esprit » de la démarche pour ses canevas d'animation d'ultérieurs. Cette insertion ne semble pas aussi évidente dans un groupe fonctionnant avec des « habitudes ».

3) Le développement de stratégies d'adaptations. Nous en évoquons plusieurs dans les extraits ci-dessous. La démarche d'implication ouvre la réflexion des animatrices sur leur rôle et sur celui des participant·e·s. L'accent porte tantôt sur une nouvelle place à trouver tantôt sur les possibilités des usagères à jouer un rôle :

« ... est-ce que ça pourrait divaguer et qu'il n'y ait pas de cadre ? là on cherche encore, je crois que nous, on veut que les gens soient acteurs. Mais il y a le risque de débordement, du coup, on se met dans cette posture de modérateur. C'est aussi une position qu'on prend parce qu'on est dans la structure, parce qu'on travaille ici. On est connue, on reste les travailleuses, les référentes dans le regard des gens. » Une animatrice dans un centre de santé

« Ça dépend avec qui on travaille, qu'est-ce qu'on fait des publics vraiment vides ? Il y a la vague grand-mère où il y a eu des transmissions, même s'il y a du bon et du mauvais. Et il y a eu la vague post-apocalyptique industrielle où il n'y a plus rien, c'est le désert ! Et là c'est à nous de nourrir, on peut gratter tant qu'on veut, c'est horrible à dire mais il faut venir avec des contenus, il faut que l'animatrice soit quand même bien outillée » Une animatrice d'un centre généraliste

Dans ces nouvelles configurations, les animatrices développent des stratégies pour renforcer leur sentiment de légitimité par rapport à elles et à leurs équipes qui peuvent passer par une volonté de réinviter la sensibilisatrice dont le titre de médecin rassure (5 animatrices sur 10).

« Si c'est une médecin qui nous dit que les médecins ne savent pas tout, alors on peut la croire » Une animatrice d'un centre de femmes

Dans un mouvement parallèle à ces constructions de légitimité, les animatrices déploient des expérimentations pour trouver la juste distance entre le cadre et l'autonomie. Une animatrice s'interroge ainsi sur le cadre minimal :

« On avait laissé l'autonomie, ces personnes sont déjà sursollicitées et sur actives donc c'était un projet en plus, qu'elles ont eu peut-être du mal à prendre en charge toutes seules. J'ai l'impression que pour que ça continue il aurait fallu un encadrement même s'il était minimal il fallait un encadrement » Une animatrice d'un centre de santé

Dans le cadre d'un groupe autogéré, une deuxième répondante pose la question du partage des responsabilités et d'une forme de leadership :

« Je sens qu'il ne faut pas que je porte, il faut que j'y aille et que je me laisse aussi porter. Que je lâche un peu. Si je prends le référentiel je serai encore dans une action de faire. Et peut-être un jour juste l'emmener : « J'ai ça, est-ce que ça vous dit ? on le revisite ensemble ? » et qu'on en fasse quelque chose ensemble... » Une participante à un groupe autogéré

La deuxième stratégie d'une politique de renforcement de l'action communautaire passe par l'élaboration ou l'implication dans un réseau qui se mobilise autour de la santé des femmes. Les interviewées voient majoritairement le référentiel dans leur champ propre à travers des groupes constitués et cadrés. Leurs représentations sont déterminées par leur territoire ou par leurs publics « cibles » :

« J'ai toujours du mal à voir comment on va toucher les publics les plus précarisés, parce que c'est ceux-là qu'on doit toucher en priorité ! Ce n'est pas madame qui est déjà convaincue, qui fait déjà gaffe. Le référentiel et la manière d'aborder et même le fait d'être en atelier déjà, entre femmes, je ne vois pas de public précarisé là-dedans... » Une animatrice dans un centre généraliste

Nous constatons une forme de cloisonnement sur le terrain, lié à des découpages institutionnels des publics et aux difficultés de combiner les approches par publics et par territoire. Les répondantes témoignent de collaborations mais celles-ci se réduisent souvent à des prestations « d'expert·e·s » d'un champ telles que : les spécialistes du genre, les spécialistes des mutilations génitales, ou autres. Dans ce cas de figure, c'est bien souvent le manque de temps, les cadres de financements et les décrets qui freinent l'émergence d'autres types de partenariats. Ces éléments nous permettent de déduire qu'à ce stade, les interviewées ne sont pas impliquées dans un réseau spécifique autour de la santé des

femmes. Par contre, certaines (3/10) développent également une stratégie « communautaire » qui s'appuie sur les femmes comme vectrices de santé privilégiées auprès de leurs familles.

« Oui, c'est les femmes mais c'est les femmes et les enfants, on a oublié que c'était les femmes qui portaient les enfants, qui passent du temps avec les enfants c'est une question à investir pour les générations futures » Une animatrice d'un centre généraliste

Les instigatrices se sont appuyées sur des associations établies dans la perspective de permettre de développer des groupes autonomes. Cette stratégie pourtant paradoxale semble porteuse à deux égards : la promotion du référentiel a touché de nouvelles associations et deux groupes autonomes se sont déployés. Par contre, les initiatives restent cloisonnées dans les associations et nous n'observons pas de mise en place de réseau pour les renforcer. Au niveau du genre, le fait de passer par des structures ayant déjà un type de fonctionnement et des normes est déterminant. Les changements qui s'opèrent se situent surtout au niveau des relations entre les animatrices et les usagères mais il est difficile de mesurer de quelle manière ceux-ci affectent le genre. Quoi qu'il en soit, il est manifeste qu'ils interrogent les rapports de pouvoirs entre femmes.

3) La création de milieux favorables

Selon la Charte d'Ottawa, un lien unit de façon inextricable les individus et leur milieu. On peut y lire que « l'évolution des schèmes de vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population » (OMS, 1986, p.3). Nous émettons l'hypothèse que les instigatrices visent à créer des espaces favorables à travers des groupes de femmes non-mixtes. Ces rencontres sont l'occasion pour les femmes de renforcer leur réseau social et de prendre du temps pour elle. Ces « espaces » ont la particularité de ne pas s'inscrire dans la définition traditionnelle des « milieux de vie » et d'être « temporaires », ils se déploient lors des rencontres. Nous repérons trois types de configurations :

1) une non-mixité imposée historiquement ou par la structure et pas forcément comprise par l'animatrice :

« Moi mon projet ce n'est que le projet femme en soi. Mais moi ça ne me dérange pas d'être mixte, il faut aussi avoir le temps. C'est imposé comme ça, concentré sur les femmes et c'est bien pour l'instant. » Une animatrice d'un centre généraliste

2) une non-mixité comprise et souhaitée par l'animatrice mais refusée par l'équipe :

« 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... » Une animatrice d'un centre de santé

3) une non-mixité choisie par l'équipe et les animatrices

Selon les configurations dans lesquelles elles s'inscrivent, les animatrices sont confrontées à deux types de questionnements. Le premier est d'ordre théorique et touche à la compréhension des finalités de rencontres non-mixtes. Le second, d'ordre pratique, s'intéresse aux défis de la mise en œuvre des rencontres non-mixtes. Nous relevons dans plusieurs témoignages un intérêt pour le travail en non-mixité mais sans en comprendre la portée politique. Ainsi plusieurs évoquent la nécessité de développer des rencontres pour les hommes, de rédiger un référentiel pour eux.

« Les hommes disent : « C'est quand qu'on s'occupe de nous ? Moi aussi j'aimerais faire un atelier, moi aussi je voudrais faire un repas ». Comme si les femmes étaient plus chouchoutées, choyées. (...) moi, c'est ça qui me freine dans le côté féministe c'est la place des hommes » Une animatrice d'un centre généraliste

Lorsque nous évoquons les modalités pratiques de la non-mixité avec les répondantes, elles évoquent rapidement la nécessaire réflexion autour des contours de celle-ci. Elles l'expriment au travers du temps et de l'étanchéité des espaces :

« 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. » Une animatrice d'un centre généraliste

Une répondante structure la non-mixité selon les publics :

« Perso, la mixité c'est une question que je trouve intéressante. Par contre dans les publics avec lesquels je travaille pour moi la question de la mixité ne se pose pas encore parce que je trouve qu'il n'y a pas assez de lieu d'émancipation des femmes. (...) Mais c'est une question qui m'intéresse dans un collectif privé de se dire, « tiens, on ferait bien certains thèmes mais est ce qu'on ferait fille / garçon ? » Une animatrice d'un centre de santé

Nous repérons des « aménagements » pour « décroisonner » ce milieu temporaire en établissant des liens de causalités entre la santé des femmes et le monde extérieur, l'une à travers une mise en lumière du travail domestique et une autre à travers des facteurs culturels :

« Parce que de nos jours il y a le problème du stress, parce que il y a les femmes qui travaillent à l'extérieur et celles qui travaillent à l'intérieur, c'est un grand travail, il ne faut pas dire que "je ne fais rien" parce que vous travaillez (...) » Une animatrice d'un centre de femmes

« L'exercice en lui-même de se poser, de voir la condition des femmes de manière générale, même pas, dans des milieux qui sont encore en plus « racisés », où là c'est encore pire ... » Une animatrice d'un centre de santé

Les animatrices identifient le caractère intermédiaire entre « public » et « privé » des ateliers mais expriment dans le même mouvement des réserves à franchir les frontières du privé.

« 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 » Une animatrice d'un centre généraliste.

Enfin, selon les structures dans lesquelles elles travaillent, les animatrices accentuent plus ou moins les finalités d'*empowerment* en santé ou d'*empowerment* en tant que groupe social « femme ».

Enfin, les interviewées se retrouvent elles-mêmes au cœur d'un paradoxe, celui de leur propre place dans ces processus de non-mixité. Elles s'attribuent le rôle de garantes des conditions d'émergence du renforcement du réseau et du soin en veillant notamment à éliminer les formes de domination. Elles aspirent cependant à pouvoir « bénéficier » de tels espaces. Elles sont plusieurs à l'avoir exprimé mais ont, en même temps, souligné des ressources limitées en temps et en énergie pour les mettre en œuvre.

« Mais comme ça prend « sauce » dans ma vie professionnelle, mon énergie je n'en ai pas énormément, j'ai besoin de me recentrer et j'ai des enfants et mes horaires ici ... donc si je peux le faire ici je le ferai ici. Alors si maintenant la direction était contre j'aurai investi à côté mais j'économise mon énergie sinon ça va s'écrouler ». Une animatrice d'un centre généraliste.

Nous retenons que les ateliers non-mixtes constituent des espaces favorables « temporaires ». Ils questionnent les animatrices sur la compréhension des finalités de rencontres non-mixtes et les confrontent aux défis de leur mise en œuvre. Les animatrices développent des « aménagements » mais sont également confrontées à des paradoxes. En ce qui concerne le genre, le travail en non-mixité devrait potentiellement être un dispositif qui permet une déconstruction de ses quatre niveaux. Il nous semble cependant que ces sont surtout les niveau individuel et interpersonnel qui sont mis en avant.

4) La réorientation des services de santé

Nous pouvons lire dans la Charte que « le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation de soins médicaux. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement » (OMS, 1986, p.4). Les instigatrices visent à utiliser le référentiel d'Auto-santé des femmes pour ouvrir la porte du secteur santé et amener « l'approche genre » dans la structure et à l'intérieur des équipes. Cette section va s'intéresser aux effets du référentiel spécifiquement dans le secteur de la santé. Les structures de santé représentent près d'un tiers des organismes rencontrés dans l'ensemble par la sensibilisatrice et sont essentiellement des lieux déjà sensibilisés à une approche communautaire ou de promotion de la santé : des maisons médicales, des centres de promotion de la santé, des unions de professionnel-le-s ou des réseaux. Dans notre panel, le secteur de la santé représente quatre structures sur les dix interrogées. Parmi les quatre répondantes de « santé », deux d'entre elles sont animatrices et

connaissaient déjà le travail de l'association ou avaient collaboré avec elle dans le cadre de l'organisation d'ateliers.

Trois initiatives ont démarré dans ces quatre lieux suite à la sensibilisation : un lieu a proposé des ateliers directement inspirés du référentiel, un autre a soutenu une initiative autonome d'usagères suite à la sensibilisation et un troisième a proposé des espaces de discussions mixtes autour des déterminants de santé et des rapports soignant·e·s / soigné·e·s. La quatrième structure a perçu la démarche comme trop radicale et compromettante pour ses relations avec les médecins :

« Ce qui nous a tracassé, c'est qu'on avait eu envie d'organiser la conférence mais ce qui nous a freiné c'est la critique trop forte du monde médical. On est pour une critique mais là ça allait trop dans l'autre sens, surtout par rapport au dépistage. Ça poussait le bouchon un peu trop loin dans l'outil mais on ne l'avait pas ressenti dans le discours. » Une animatrice d'un centre de santé

La démarche est perçue comme un élément parmi d'autres dans un processus qui sert à soutenir - au niveau individuel - des pratiques professionnelles déjà initiées et, - au niveau collectif, - des réflexions autour de la non-mixité ou des rapports soignants / soigné·e·s. Notre panel met en lumière le fait que les répondantes n'ont pas spécifiquement investi un réseau autour de la santé des femmes. À une exception près, elles ont peu approfondi, transmis ou tissé de nouvelles collaborations autour du référentiel. Seule l'une des animatrices a rassemblé les conditions pour diffuser la sensibilisation dans un réseau de professionnel·le·s.

Le référentiel confronte les interviewées à toute une série de questionnements et de défis d'ordre théoriques et pratiques. Ces questions s'articulent autour de la remise en question des rôles et des frontières soignante / animatrice / citoyenne. Elles élaborent alors des stratégies qui permettent de maintenir ensemble, d'une part leur conviction de défendre un modèle qui questionne l'autorité et, d'autre part les injonctions médicales des structures dans lesquelles elles sont engagées. Ainsi, elles associent par exemple le travail sur l'immunité et les campagnes de vaccination.

Ces questions sur les rôles touchent des aspects pragmatiques de gestion de l'autonomie et des débordements et portent sur la déontologie, sur la gestion du temps, de l'énergie et des ressources de l'équipe. Les animatrices bricolent des solutions en complétant le référentiel avec d'autres ressources ou en l'accommodant à leurs réalités professionnelles. Dans cette démarche, elles identifient un certain nombre d'éléments qui pourraient enrichir le référentiel. Ainsi, elles pointent essentiellement des besoins d'expertise pour continuer la réflexion autour du genre et de la relation soignant / soigné·e dans les équipes. Mais elles nomment également le manque de temps à y consacrer et l'investissement énergivores dans de nombreux autres projets de leur structure.

« (...) pour ça, il faudrait des rappels, remettre le sujet dans des temps de réunions, inviter des personnes extérieures, financer les temps de réunion et aplanir les distinctions monétaires entre temps

de consultation et promotion de la santé, ... mais (le référentiel) c'est déjà un premier élan ». Une animatrice d'un centre de santé

Nous retenons que les structures touchées sont déjà sensibles à la promotion de la santé. Elles vont permettre de mettre en place trois initiatives pour quatre structures. La démarche s'inscrit dans une continuité et n'a pas été très diffusée à l'extérieur. Elle a confronté, dans sa phase d'opérationnalisation, les animatrices / usager·e·s / membres des équipes à des questions et des accommodations de la démarche. Le genre est approché au niveau individuel, interpersonnel et sociétal. Cependant, les « preuves probantes » de santé peuvent primer sur une approche du genre au niveau social comme dans cet exemple où la participante devient la vectrice de la meilleure santé de toute sa famille :

« 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 partaient 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 » Une animatrice d'un centre de santé

5) L'élaboration d'une politique publique saine

Selon la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé « inscrit à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard » (OMS, 1986, p.3). Les instigatrices investissent ce dernier axe par un travail de lobbying dans diverses plateformes et fédérations destiné à inscrire une approche genre de la santé à l'ordre du jour des responsables politiques. Elles mènent ce travail essentiellement à travers la Plateforme pour promouvoir la Santé des Femmes (PPFS). Nous avons questionné les répondantes sur d'éventuelles niveaux ou pistes d'action autres que le référentiel pour améliorer la santé des femmes. Elles ont évoqué (3 répondantes sur 10) la nécessité d'un soutien politique plus important en termes de moyens attribués à la santé et à la promotion de la santé. Ces mesures passent par un remboursement accru des soins et par une revalorisation du financement des temps collectifs c'est-à-dire : des temps d'équipe et de la santé communautaire par rapport aux consultations. Une autre piste évoquée (2 répondantes) repose sur l'éducation des professionnel·le·s de santé et des tous les secteurs de la société au genre et à l'histoire des femmes. Le travail sur la revalorisation est identifié par plusieurs travailleur·ses et creusé dans des réseaux mais n'est pas directement porté par les structures. À la lecture de ces résultats, il nous semble que les répondantes identifient des pistes mais pour diverses raisons ne s'y investissent pas. Elles n'identifient pas non plus spécifiquement le travail mené par la Plateforme pour la santé des Femmes sur ce plan. Une seule répondante a évoqué spontanément la Plateforme mais pour souligner son sous-financement perçu comme une forme de mépris politique. Une sensibilisation a eu lieu à l'initiative d'une échevine de l'égalité des chances. Le lien avec le levier politiques est ici directement

perceptible. Pour conclure, nous retiendrons que l'axe de l'évaluation d'une politique publique saine est présent dans les préoccupations des répondantes mais qu'elles n'identifient pas les chemins pour s'y investir. À travers cet axe, le genre est envisagé au niveau sociétal dans les revendications plutôt théoriques lorsqu'il s'agit de former les professionnels au genre. Les revendications pragmatiques sont davantage ciblées autour de la promotion de la santé.

VI. LA DISCUSSION

Dans cette dernière section, nous analyserons nos résultats à l'aulne de nos questions de recherche. Nous souhaitons d'abord analyser les manières dont le référentiel s'inscrit dans la promotion de la santé et plus spécifiquement la santé des femmes. Nous scinderons notre analyse en deux sections : d'abord la promotion de la santé puis la promotion de la santé des femmes. La deuxième question cherche à savoir si le référentiel est une démarche de catalyseur²¹ qui met sur un même pied les femmes et les professionnels de santé. Nous subdiviserons celle-ci en trois sous-questions : la première portera sur les rapports de pouvoirs entre soignant et soigné·e·s, le seconde s'intéressera aux effets de la stratégie qui consiste à cibler le public et les professionnel·le·s avec un même outil et la dernière analysera le potentiel catalyseur du référentiel.

A. Le référentiel, un outil de promotion de la santé des femmes ?

1) Un outil de promotion de la santé

(a) Un travail de fond

Dans cette première section, nous analyserons l'adéquation entre le projet énoncé dans le référentiel et sa mise en œuvre sur le terrain à partir des résultats structurés selon les cinq axes de la Charte d'Ottawa. Le référentiel s'inscrit bien dans une démarche de promotion de la santé puisqu'il vise, dans ses intentions, à améliorer la santé et à assurer un plus grand contrôle sur celle-ci par les populations. Ces intentions sont perçues et se développent ou se renforcent globalement dans les structures que nous avons rencontrées dans les cinq axes. Nous relevons cependant un accent particulier dans « la manière » de promouvoir la santé. Là où d'autres programmes de promotion s'inscrivent dans des orientations très concrètes (Doumont, Aujoulat, 2008), le référentiel mène davantage un travail de fond. Deux exemples illustrent notre propos à travers l'axe du développement des aptitudes individuelles et celui de la création des milieux favorables. Les programmes sont bien souvent concentrés sur les aspects éducatifs ou informatifs alors que le référentiel agit principalement

21 Nous empruntons ce concept à un article de Lise Renaud, Renée Dufour et Jennifer O'Loughlin qui analyse une démarche de promotion de la santé, le programme. Cœur en santé Saint-Louis-du-Parc. Le rôle de catalyseur en promotion de la santé vise à unir les forces et les intérêts du milieu. Nous préciserons ce concept plus loin dans le cours de notre texte.

sur la reconnaissance par les participantes de leurs propres compétences et du savoir des femmes. Dans l'axe de la création des milieux favorables, nous observons ce même mouvement, alors que bien souvent les programmes vont mettre en œuvre des éléments pragmatiques, comme l'accès à du savon dans des lieux scolaires, le référentiel va développer une stratégie qui repose sur les bienfaits du collectif. Ces deux illustrations indiquent que la démarche est davantage en phase avec « l'esprit » d'Ottawa qu'avec une vision programmatique de la Charte.

(b) Des chantiers ouverts

Ces options de fond ouvrent des potentiels mais suscitent également des ambivalences. Nous en avons relevées cinq. La première porte sur les balises à développer pour encourager, parallèlement au renforcement de ses savoirs, une recherche critique d'information. La seconde, liée au contexte de diffusion du référentiel à travers des groupes constitués, interpelle quant à la pérennité du « réseau social fort » (réf. p.5) souhaité par le référentiel mais limité par le caractère plus ou moins contraint de ces groupes. Nous relevons comme troisième ambivalence le fait que la démarche, en questionnant le rôle de l'animatrice et en invitant chaque femme à remplir cette fonction, pourrait contribuer à la dévalorisation de cet emploi. La quatrième ambivalence s'articule autour du pilotage. Dans la plupart des autres programmes de promotion de la santé, l'action est pilotée et centralisée, or nous avons vu que la volonté de développer des groupes « autonomes » entre en contradiction avec cette approche traditionnelle. D'abord, les instigatrices ne semblent pas avoir déterminé de territoire spécifique pour déployer la démarche. Ce qui entraîne deux conséquences : des difficultés pour cibler les communautés à toucher et pour permettre de développer un travail en intersectorialité. Ensuite, les répondantes ne s'impliquent pas, ou peu, dans un réseau pour la santé des femmes. Ces éléments nous permettent de souligner que si une convergence d'objectif existe bien sur le plan théorique : « créer un mouvement de santé des femmes » les modalités d'élaboration de ce mouvement ne sont pas perçues. Il semble exister un flottement entre les instigatrices et les répondantes sur la responsabilité de cette mise en œuvre.

Nous n'avons pas d'éléments qui nous permettent de démêler les trois premières questions mais nous avons trouvé deux exemples inspirants autour de cette question du pilotage. La démarche du référentiel a été proposée sur un territoire communal à l'initiative d'une échevine à l'égalité des chances. Elle a permis une prise en considération accrue de la santé des femmes et renforcé un dialogue entre les préoccupations des femmes et les politiques mises en œuvre. Le second exemple s'appuie sur la lecture d'un article de Martine Bantuelle et Philippe Mouyart vantant les résultats très positifs de la plateforme intersectorielle du Sud entre Sambre et Meuse (2016). L'intégration par les participants de la promotion de la santé, nous laisse penser qu'un tel lieu pourrait permettre de diffuser une approche du genre. Dans un cas, c'est la porte d'entrée du genre qui amène à s'intéresser à la

santé, dans le second, l'approche intersectorielle de la santé constituerait un tremplin pour diffuser l'approche du genre

La cinquième ambivalence repérée questionne quant à la prise en considération dans la stratégie des tensions persistantes entre l'approche biomédicale et la promotion de la santé. Nous en avons eu un témoignage dans notre panel. Malgré le fait que la santé publique prend conscience de l'importance d'une coopération avec la promotion de la santé, elle peut considérer comme une erreur d'arborer une dimension politique telle que celle affirmée dans le référentiel. Nous retrouvons cette posture dans des recommandations trouvées dans un article qui vise à dresser un bilan la réorientation des services de santé. On y lit « La promotion de la santé (et la santé publique en général) intervient souvent sur des questions très sensibles politiquement (ex. : les inégalités sociales, l'écologie), ce qui nécessite aussi un effort pour démontrer (et rassurer) qu'elle travaille sur l'influence des politiques, mais ne fait pas « de politique » (Alami, Gagnon, Ghandour et Fortin, 2017, p.182).

Le référentiel s'inscrit dans le cadre de la promotion de la santé en privilégiant une approche de fond. Ce processus génère une série de questionnements stratégiques qui demeurent des chantiers en co-construction mais sans lieu de concertation identifié par l'ensemble des acteur·trice·s où les déployer.

2) Un outil de promotion de la santé des femmes ?

Le référentiel est un outil de promotion de la santé, nous l'avons démontré. Nous allons à présent explorer plus précisément les manières dont il améliore la santé des femmes.

Nous établirons d'abord une distinction entre les approches « santé des femmes » et « genre et santé ». Nous poursuivrons en étudiant les tensions mises au jour autour de la non-mixité et de l'*empowerment*. Nous analyserons enfin certaines limites des processus de transmission.

(a) Santé des femmes versus genre et santé

Nous commencerons par mobiliser une distinction euristique établie par les instigatrices dans le référentiel « Genre et promotion de la santé »²² qui suit le référentiel que nous étudions. Si dans les deux référentiels l'intention est d'amener à intégrer le genre comme cadre conceptuel et opérationnel, la présentation est plus détaillée et précise dans le second qui est destiné aux professionnel·le·s. Dans celui-ci, les autrices établissent une distinction entre une approche « femme et santé » et une approche « genre et santé » (p. 25 ss.) La première approche 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. La seconde approche 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

²² Pascale Maquestiau, Catherine Markstein, Genre et Promotion de la santé, collection les Déclics du genre, Monde selon les Femmes, Bruxelles, 2018

approches de santé (p.27). Lors de nos entretiens, les répondantes ne connaissaient pas l'existence de cette « suite » et nous ignorons comment elle a été diffusée. Nous relevons que l'intention des instigatrices est de promouvoir une approche « genre et santé » mais que la distinction qu'elles établissent avec l'approche « femmes et santé » n'est pas signifiante pour les personnes interviewées. Avant de reprendre cette distinction pour analyser nos résultats, nous relevons un travers commun à certaines autres associations qui mobilisent le concept de genre, c'est à dire une transmission plus détaillée pour « celles/ceux qui rendent aux femmes un service construit sur ce concept » et moins pour « celles/ceux qui bénéficient de ce service » (Dussuet, Flahault, Loiseau, 2013, p. 11).

(b) Non-mixité et *empowerment*

Les instigatrices opérationnalisent leurs intentions à travers trois options de travail : travailler avec des groupes en non-mixité ; déconstruire les rapports de pouvoirs dans les relations soignant-e / soignée et soutenir l'*empowerment* des femmes. Nous en retiendrons deux qui nous semblent signifiantes pour structurer notre propos : les groupes non-mixtes et l'*empowerment*.

• *La non-mixité comme enjeu de l'approche du genre*

Nous aborderons d'abord les finalités de la non-mixité, nous évoquerons ensuite ses proximités avec « l'espace safe » et nous reviendrons sur le potentiel de la non-mixité comme terrain de la pédagogie du genre.

♦ *Les finalités de la non-mixité*

Dans cette première section, nous présenterons les finalités de la non-mixité mises au jour par des chercheur-euse-s et confronteront celles-ci avec ce que nous avons pu observer. Comme nous avons pu l'esquisser, les stratégies développées autour du référentiel pour créer ou soutenir des milieux favorables passent par le travail en groupe non-mixte « temporaire ». Nous avons pu mettre au jour la relative bonne réception d'ateliers en non-mixité. Cependant, les finalités de cette pratique ne sont pas forcément comprises ou portées par les animatrices dans une perspective de genre. Nous avons repéré trois cas de figures : une non-mixité imposée historiquement ; une non-mixité comprise et souhaitée par l'animatrice mais refusée par l'équipe ; une non-mixité « choisie » par l'équipe et les animatrices. Nous empruntons le concept de « non-mixité choisie » à Christine Delphy, qui en fait un moyen de favoriser l'auto-émancipation « *La pratique de la non-mixité est tout simplement la conséquence de la théorie de l'auto-émancipation. L'auto-émancipation, c'est la lutte par les opprimés pour les opprimés.* » (Delphy, 2006). Les pratiques de la non-mixité peuvent s'organiser autour de deux types principaux : « celles tournées vers le groupe lui-même et la construction d'un espace de partage d'expression, d'analyse ou de réflexions théoriques, qui les rapprochent des groupes de conscience » et « celles tournées vers l'extérieur, qui ont vocation à « toucher les femmes », à diffuser et développer le mouvement des femmes ailleurs » (Jacquemart et Masclet,

2017, p. 234). Souvent ces deux types d'actions se mêlent dans les groupes observés par ces chercheurs. Nous observons entre ces groupes et ceux de notre panel deux distinctions : la première repose sur le non-choix des animatrices et des participantes qui sont placées d'emblée soit par leur structure soit par la proposition du référentiel dans une pratique dont elles ne mesurent pas forcément la portée. La seconde porte sur la visée du groupe qui semble davantage tourné vers lui-même dans les groupes que nous avons rencontrés. Nous relevons encore un autre aspect lié à la non-mixité, « comme mode d'organisation militante (elle) symbolise le « nous les femmes », c'est-à-dire l'appartenance de toutes les femmes à un même groupe, réunies par une expérience commune. ». « Elle est néanmoins questionnée par les « autres mixités » en vigueur dans les mouvements féministes. » (Jacquemart et Masclet, 2017, p. 240). Les différents groupes sensibilisés reflètent une diversité importante en termes de classe et de « race » mais chaque groupe, individuellement, est plutôt homogène, par exemple composé : de personnes d'un quartier apprenants le français entre elles, de pensionnées de classe moyenne entre elles, de candidates à l'asile entre elles. Cette situation s'explique par le fait que les instigatrices sont dépendantes des subdivisions du « monde associatif » auquel elles s'adressent. Elle entraîne deux conséquences : la grande difficulté à constituer un mouvement collectif et le choix ou non par les participant·e·s de travailler la santé. Pour dépasser ces biais, la piste des rencontres et des partenariats nous semble judicieuse, elle permettrait de se confronter davantage à l'imbrications des rapports sociaux, nommés comme tels, et ainsi d'avancer vers une approche *intersectionnelle*.

La question du « nous les femmes » semble se poser plus spécifiquement pour les formatrices dans leurs rapports avec les femmes du groupe et celles de leur entourage. Ce cadre non-mixte les questionne et elles l'aménagent selon le lieu et leurs ressources propres pour y trouver leur juste place. Cependant pour révéler le potentiel politique de la non-mixité, l'étape d'une théorisation collective nous paraît pertinente afin d'une part de renforcer les animatrices et les usagères dans le sens et l'explication de leur pratique et d'autre part d'éviter des interprétations essentialistes ou différentialistes antagonistes avec le projet du référentiel. Nous avons également relevé que la proposition de travail en non-mixité peut générer une sorte d'accointance ou de rejet avec la démarche du référentiel mais que celle-ci ne garantit pas le fait que la non-mixité pratiquée repose sur une analyse de genre. Enfin cette stratégie ne résout pas la question des voies qui permettrait de rencontrer les femmes non impliquées dans ces associations « relais ».

◆ *Du groupe non mixte à l'« espace safe »*

Dans ce deuxième point, nous évoquons une des évolutions possibles des groupes non-mixtes. Ils visent à être des « espaces safe » c'est à dire des lieux hors domination dont les animatrices deviennent les garantes. Cependant s'ils peuvent être l'occasion de « rendre possibles l'expression des injustices ressenties, la reconnaissance par les pairs d'une condition commune et de la légitimité de ces

sentiments d'injustice » comme dans des espaces de non-mixité non volontaire, ils peuvent produire les mêmes effets : « rendre la domination vivable et supportable » (Scott as cited in Chevallier, 2018). Ces espaces, vécus comme des « soupapes », limitent alors la remise en question des rapports de pouvoirs. Le risque de tomber dans ce travers est d'autant plus important que l'on vise prioritairement la santé des femmes et pas l'émancipation des femmes.

♦ *La pédagogie du genre*

Dans cette troisième section, nous entendons souligner les manières dont la pratique de la non-mixité peuvent être un terreau fertile de pédagogie du genre. Nous l'avons vu, la non-mixité suscite des questions auxquels les répondantes doivent la plupart du temps trouver des réponses seules. Elles disposent de peu de temps. Il nous semble cependant que cette confrontation à une pratique pourrait être un moyen d'appréhender le genre comme cadre conceptuel dans leurs structures et devenir un modèle opératoire choisi.

Les instigatrices ont pris la mesure des questionnements suscités par la non-mixité lors des sensibilisations et ont proposé une journée de réflexion pour y travailler mais nous ignorons les possibilités des répondantes à participer à ce type d'événement²³.

Le travail en non-mixité est l'une des options de travail pour renforcer la santé des femmes. Son potentiel politique n'est souvent pas compris, elle s'organise principalement pour le groupe sans ouverture pour les femmes « extérieures » et le fait de passer par des associations réduit les possibilités de questionnements des « autres mixités ». Il existe un risque que ces « espaces safe » temporaire deviennent définitif et qu'ils glissent vers un modèle de réparation plutôt que de transformation, qu'ils se cantonnent à une prise en considération de la santé des femmes mais pas à la lumière du genre.

• *Trois tensions autour de l'empowerment*

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. Nous avons repéré trois tensions dans la démarche d'*empowerment*. La première s'intéresse au périmètre d'*empowerment* proposé, centré sur une meilleure santé ou dans une perspective plus large d'émancipation des femmes. La seconde pose la question des finalités individuelles ou collectives de l'*empowerment*. Enfin la stratégie d'*empowerment* proposée s'appuie sur le renforcement des ressources positives et sur la résilience, mais, ce faisant elle limite d'emblée toutes articulations avec une déconstruction des rapports sociaux inégalitaires qui sont à son origine. Les répondantes tentent de composer un modèle qui renforce chacune des participantes et elles encouragent le fait de faire collectif autour de ces ressources de renforcement. Malgré cela le mise en

23 Invitation et programme de cette journée voir annexe 4.

commun n'est pas systématique et certaines répondantes comprennent la démarche comme un outil de développement personnel. Dans cette lecture chaque femme est alors responsable d'entreprendre des actions pour améliorer sa santé, promue au rang de priorité, les autres ayant tort de ne pas y participer. Cette dérive de l'autonomie est également identifiée dans d'autres contextes qui associent médecine et corps des femmes comme l'atteste Lucille Quéré dans son enquête sur les mobilisations contemporaines autour de la gynécologie (Quéré, 2016). À l'inverse certaines animatrices tentent de rattacher les ateliers santé à une histoire des femmes pour renforcer un sentiment d'appartenance à un groupe. Néanmoins, comme nous l'avons expliqué, ce sentiment est limité aux frontières du groupe : l'organisation de rencontres et de partages entre groupes ne sont ni pensés ni aménagés. Il semble qu'un enjeu important se joue dans la transformation d'une motivation à œuvrer pour sa propre santé en une motivation à œuvrer pour la santé de toutes les femmes. Cette intention se retrouve dans la volonté de multiplier les groupes autonomes mais se heurte à la difficulté de ne pas les réduire à une somme d'unités qui œuvrent pour elles-mêmes. Pour mieux saisir cette tension entre intérêt individuel et collectif, nous proposons de revenir à l'histoire de la THS et aux différentes configurations observées entre les femmes, organisées ou pas en mouvement (Löwy et Gaudillière, 2006). Les auteures attribuent en partie la chute de la prise des hormones à « la juxtaposition d'une myriade de décisions individuelles prises par des utilisatrices qui puisaient plus souvent leurs informations dans les grands médias féminins que sur les sites des agences de régulation ou sur ceux des centres alternatifs de santé des femmes. » (p. 61). Ils soulignent cependant que ces décisions n'auraient pu advenir sans qu'en amont le mouvement pour la santé des femmes n'initie la recherche et n'en médiatise les résultats. Ils en appellent à un dépassement du consumérisme médical en faveur d'une démocratie médicale dans laquelle, « patient·e·s et usagers·ères auraient plus de droits et revendiqueraient de participer aux débats sur les innovations biomédicales et les choix en matière de santé publique ». Il nous semble que la démarche du référentiel pourrait déboucher sur cette voie mais doit encore trouver des moyens de dépasser une posture de préservation de sa santé personnelle pour évoluer vers un mouvement organisé par et pour les femmes. Insister sur les ressources personnelles et les comportements tend à une approche consumériste contre laquelle le recours à une lecture en termes d'inégalités sociales de santé peut constituer un bon rempart. Cependant, celle-ci peut sembler plus complexe. Nous en avons une illustration à travers le traitement de la fatigue et du stress étudié sous l'angle de l'inégale répartition du travail ou *care*. Nous l'avons souligné plus haut, le *care* peut faire l'objet d'un constat mais les animatrices, si elles décident de l'aborder, ne trouvent pas dans le référentiel de contenu théorique et elles sont peu à avoir lu au-delà. Si elles ne sont pas outillées au préalable sur cette question, elles renvoient chacune des participantes à des aménagements personnels et perpétuent le rôle bénéfique de l'épouse et mère responsable du bien-être de sa famille. Elles encouragent des solutions temporaires qui repose sur l'approche salutogénique mais perpétuent alors

la division sexuelle du travail²⁴. Ce constat nous amène à la question de la hiérarchisation des enjeux qui traverse les courants féministes notamment autour du corps. Nous la retrouvons chez Martine Chaponnière, Patricia Roux et Lucile Ruault lorsqu'elles posent la question « avec cet accent mis sur le corps d'un détournement d'autres préoccupations féministes ancrées dans les conditions de vie matérielles des gens, par exemple dans le domaine du travail entendu comme productif et reproductif – c'est-à-dire aussi dans les aspects du « partage » du travail domestique non résolu mais plus vraiment à l'agenda féministe ». Elles évoquent également « un dépassement du sujet collectif qu'implique le féminisme, à la faveur d'une résurgence de perspectives individualistes qui affirment la liberté et la toute-puissance des actrices » (2017, p. 10 et 11). Cependant nous avons relevé des tentatives des réceptrices pour « pallier » ces tensions mais ces démarches sont longues et il faut alors disposer des temps et lieux pour les mettre en place. Une structure a ainsi mis en place un groupe de femmes qui s'est réuni pendant quatre ans pour mettre au jour les différentes causes qui agissent sur la santé des femmes.

• *Ce qui se perd dans la transmission*

Nous avons relevé deux difficultés dans les processus de diffusion du message qui peuvent affecter la compréhension des publics.

Le premier a trait au canal qui regroupe la langue et le support. Le support papier génère un clivage entre celles qui ont accès à l'écrit et les autres. Ce clivage peut déboucher sur des situations de pouvoir : entre animatrices et usagères, entre celle qui peuvent approfondir en lisant et celles qui s'appuient sur leurs souvenirs de la sensibilisation ce qui, si elles décident d'organiser des ateliers, risque d'en limiter les contenus. Il peut également renforcer l'homogénéité des groupes se structurant autour de celles ayant un même niveau et un accès privilégié au référentiel. Ces divisions des publics sont à considérer au niveau théorique et pratique. Une animatrice d'un centre de santé témoigne ainsi de ses difficultés à inviter aux ateliers tant parce que l'accès à la lecture pose problème que parce que la démarche n'est pas forcément aisée à décrire même oralement « Ce n'est pas comme un cours de gym, ça tout le monde voit ce que c'est ».

La maîtrise de la langue peut produire les mêmes effets malgré le fait qu'une attention particulière de la sensibilisatrice et des animatrices vise à permettre à toutes d'accéder au message.

24 Selon Danièle Kergoat, la division sexuelle du travail est « la forme, historiquement et socialement modulée, de division du travail social qui découle des rapports sociaux de sexes. Elle a pour caractéristique l'assignation prioritaire des hommes à la sphère productive et des femmes à la sphère reproductive, ainsi que, simultanément, la captation par les hommes des fonctions possédant une forte valeur sociale ajoutée (politiques, religieuses, militaires, etc.). » La division sexuelle du travail « possède deux principes organisateurs : le principe de séparation (il y a des travaux d'hommes et des travaux de femmes) et le principe de hiérarchie (un travail d'homme « vaut » plus qu'un travail de femme). » (Kergoat, 2000)

Le deuxième élément déterminant qui affecte la compréhension des publics repose sur le caractère plus ou moins partiel de l'information transmise. En effet, le référentiel est construit comme une réponse pragmatique à un état des lieux de la santé des femmes décrite et théorisée dans la conférence gesticulée. Nous nous interrogeons sur le caractère incontournable de cette étape et / ou sur d'autres éventuels prérequis pour saisir les enjeux du référentiel. Les effets les plus aboutis de développement d'ateliers se retrouvent parmi les répondantes qui ont assisté à la conférence et / ou connaissaient déjà la démarche de Femmes et Santé auparavant. Mais nous l'avons souligné, elles sont nombreuses à ne pas se retrouver dans cette configuration et les instigatrices ne peuvent donc pas tabler sur des connaissances antérieures ou une base commune que ce soit en rapport avec l'approche de genre ou avec celle de la santé. La stratégie du référentiel d'encourager la recherche des participantes en ne fournissant que peu d'éléments est peu suivie d'effets. À nos yeux, cet élément pose la question d'un seuil commun minimum pour mettre en œuvre une démarche en phase avec l'approche « genre et santé ».

En conclusion le référentiel est un outil de promotion de la santé des femmes mais sa portée pour la santé des femmes est corrélée au type d'approche déployée. La démarche proposée par les instigatrices vise à promouvoir une approche « genre et santé » mais elle n'aboutit pas systématiquement à ce résultat. La prise en compte de la santé des femmes confronte les usagères et les professionnelles aux causes qui déterminent celle-ci, telle que la répartition inégale du travail de *care*. Elles peuvent soit développer une approche « Femme et santé » et mettre en place des stratégies d'amélioration soit, viser un changement profond de la société par un travail de déconstruction et sur les causes, et s'inscrire ainsi dans l'approche « genre et santé ». Les descriptions des répondantes laissent penser qu'elles ne distinguent pas bien ces deux approches et composent une sorte de modèle hybride. Ce constat n'est pas propre à l'initiative, il traverse d'autres actions féministes autour du corps et pose la question de la portée des actions qui ne s'attaquent pas aux causes qui déterminent, dans notre cas, la santé des femmes. Si les médecins ont une responsabilité, la surcharge de travail y joue aussi un rôle majeur. La stratégie du collectif est porteuse mais pour aboutir à une approche « genre et santé », les animatrices doivent pouvoir trouver des ressources pour travailler à une non-mixité choisie avec leurs équipes et les participantes. Elles doivent parvenir à dépasser l'enjeu de l'*empowerment* personnel et travailler à la structuration d'un mouvement. Elles doivent poursuivre sur le chemin d'une plus grande articulation entre une approches sur les ressources et une analyse et un travail sur les causes.

B. Le référentiel, une démarche de catalyseur qui met sur un même pied les femmes et les professionnel-le-s de santé ?

Dans notre hypothèse de départ, nous nous sommes représentée la démarche de réalisation et de sensibilisation au référentiel comme une stratégie qui vise à utiliser un même outil pour toucher un public que l'on pourrait subdiviser selon une ligne *usagère / professionnelle* en s'appuyant sur un élément qui peut être commun aux deux : l'appartenance au groupe des femmes. Selon les institutions, cette ligne peut se situer au niveau de la relation *soignée / soignante* telle que promue ou interprétée par les travailleur·ses et usager·e·s du lieu. Cette stratégie permettrait ainsi dans l'action, lors de la sensibilisation, de poser l'horizontalité et de démontrer sa pertinence sans forcément la théoriser. Elle autoriserait, en renforçant la confiance des femmes dans leurs savoirs, à attaquer les rapports de domination qui existent entre les professionnel·le·s de la santé et leurs patientes²⁵ – cet élément reste un des fondements de l'association et semble le principal rapport décrit et directement contesté en termes de domination. Nous analyserons d'abord les manières dont la démarche a entamé les rapports de pouvoir entre soignant et soigné·e. Nous regarderons ensuite les effets produits par la stratégie d'un même outil pour s'adresser au public et aux professionnel·le·s. Enfin, nous reviendrons sur les possibilités pour un outil de jouer un rôle de « catalyseur ».

1) La démarche a-t-elle entamé les rapports de pouvoir entre soignant / soigné·e et comment caractériser les relations entre ces différents protagonistes de la santé ?

Nous structurerons notre réponse en analysant d'abord les effets sur les soigné·es puis sur les soignants. Nous avons souligné dans nos résultats plusieurs éléments de témoignages qui nous permettent de penser que cette relation est questionnée. Cependant nous n'avons pas collecté de faits « indicateurs » qui nous permettraient de mieux nous représenter les modalités pratiques générées par cette remise en question. Nous ne savons pas si les femmes s'affirment davantage dans le colloque singulier ou discutent pour les choix de traitement. Cette difficulté est partiellement liée au fait que nous avons surtout rencontré les « animatrices » et que celles-ci ont peu de retours de cette nature, de la part des participantes. Nous émettons cependant l'hypothèse que le renforcement des aptitudes individuelles et du sentiment de légitimité sont des processus enclenchés et qui murissent à l'intérieur de chaque groupe de femmes. Celui-ci devient une sorte de laboratoire de reconfiguration de légitimité où se joue entre les animatrices et les « animées » des préfigurations de la déconstruction du rapport de pouvoir avec le médecin.

Pour les soignants, nous avons pu collecter un témoignage faisant état de l'émergence d'un questionnement sur la place des patients. À l'opposé, par crainte de détériorer leurs relations avec des médecins, certaines animatrices n'ont pas partagé avec eux autour du référentiel. Or, pour que les

25 Rapport de la recherche-action : Care, genre et santé des femmes, 2016 Projet coordonné par Femmes et Santé pour la Plateforme Pour la Santé des Femmes http://www.artko.be/pdf/Rapport_Care.pdf Consulté le 10 avril 2019.

médecins entament ce rapport de pouvoir spécifique, et simultanément atténuent les inégalités sociales de santé, il faut qu'ils aient connaissance de leurs mécanismes et de leurs processus (Aïach & Fassin, 2004, p. 2226). La démarche du référentiel et plus spécifiquement celle de la conférence gesticulée, lorsqu'elle les touche, semble y contribuer.

Nous pouvons conclure que les rapports de pouvoirs entre soignant et soigné·e sont questionnés malgré le fait qu'il est difficile d'en mesurer la portée. Cette question de pouvoir semble surtout se déployer à l'intérieur des groupes qui sont le théâtre d'essais de nouvelles configurations de légitimité pour les animatrices et les participantes.

2) L'emploi d'un même outil pour s'adresser « au public » et aux professionnels constitue-t-il une stratégie pertinente en promotion de la santé et du genre ?

Les instigatrices, nous l'avons souligné, développent des stratégies propres qu'elles tentent d'articuler et que nous avons modélisées. Avec le référentiel, elles veulent entrouvrir la porte des secteurs de santé et transmettre aux femmes des techniques d'animation « sans animatrice ». Nous avons relevé deux éléments qui penchent en faveur de la pertinence de l'emploi d'un même outil pour ces deux publics. Le premier élément, évoqué plus haut, est le fait que cette stratégie a généré des changements dans les relations entre animatrices et usagères parfois suivies d'effets dans les équipes. Le second élément est le rapport au *care* qui nous semble particulièrement propice à rencontrer le public professionnel et les usager·e·s simultanément. Nous avons souligné les tentatives des animatrices pour articuler celui-ci à la santé des femmes. Nous pensons qu'elles pourraient franchir un pas supplémentaire en mettant sur la table leur rôle professionnel et gratuit de soins. « Le travail de santé n'est pleinement pris en compte que si l'on reconnaît la place prépondérante des femmes en tant que groupe social assigné à son maintien et aux soins à autrui : non seulement en tant que travailleuses rémunérées dans les institutions médicales et paramédicales, mais encore à titre gratuit, dans la sphère familiale, en tant que « profanes » des soins. » (Vuille, Rey, Fussinger et Cresson, 2006, p. 4). Les travailleuses de la santé et les femmes pourraient trouver le commun de leurs situations et y appliquer une grille de lecture des rapports sociaux de sexe et de la division sexuelle du travail. Elles pourraient mettre au jour leur rapport au travail salarié et domestique et, plutôt que de renvoyer chacune à un aménagement personnel, elles pourraient en mesurer la portée subversive dès lors qu'il est porté collectivement. Cette opération appelle à davantage lever le voile dans les groupes sur le travail de soin salarié et sur le travail domestique. Il faudrait encore y associer l'élaboration de revendications structurelles qui dépasse l'analyse de la diffusion des stéréotypes. Elle appelle à une coordination des groupes et à un questionnement sur la division du travail entre femmes professionnelles et usagères. Danièle Kergoat et Elsa Galerand démontrent que les femmes « sont porteuses de ce lien (travail salarié–travail domestique), subversif pour le salariat et le patriarcat, et potentiellement émancipateur » (2008, p. 282). Parler de santé avec les femmes fait presque systématiquement

émerger la question du travail et, au regard de son potentiel subversif, il nous semble important de ne pas reléguer celle-ci à celles qui pourraient la traiter d'un côté, des professionnelles de l'analyse, mais de l'aborder ensemble. Danièle Kergoat et Elsa Galerland balisent deux obstacles majeurs à ce potentiel subversif qui peuvent inspirer la démarche du référentiel. Le premier, réside dans les difficultés de passer au collectif. Ces deux chercheuses expliquent celles-ci par un syllogisme, « (toutes) les femmes sont jalouses (hypocrites, parlent par-derrière, pas solidaires, etc.), à quoi elles opposent l'affirmation : moi, je ne suis pas comme ça, (...) donc, je ne suis pas une femme » je n'appartiens pas à ce groupe » (p.278). D'une part, ce syllogisme rend le passage au collectif très compliqué mais en naturalisant les qualités des groupes de sexe il tend à invisibiliser la concurrence entre ceux-ci et leur hiérarchisation. Pour passer du caractère subversif au caractère émancipateur, c'est le second obstacle à franchir, il faut « un opérateur : une organisation collective qui permette de transformer les résistances individuelles en pratique combatives et revendicatrices ».

Par conséquent il nous semble que la stratégie d'employer un même outil pour les professionnel·le·s de la santé et les usagères nous semble pertinent. Une première étape de remise en question des rapports de pouvoirs entre femmes est en cours, la suivante qui encourage une appropriation et une lecture collective qui exploite le continuum du travail de soin s'amorce. La troisième qui passe par la déconstruction du « syllogisme » et l'élaboration d'un opérateur est à construire et permettra de passer du potentiel, au subversif.

3) Le référentiel, un catalyseur ?

Nous avons relevé, à plusieurs occasions, des souhaits de « suivi » émis par les animatrices et de réseautage pour renforcer la démarche du référentiel. Le rôle qui vise à unir les forces et les intérêts du milieu en promotion de la santé est appelé catalyseur. Dans la démarche que nous avons analysée, il nous semble que ce rôle est confié, de manière primordiale au référentiel, pensé par ses instigatrices comme vecteur de transmission de pratiques. Ce choix a des limites et des avantages que nous proposons de relever.

Pour ce faire, nous reviendrons dans un premier temps sur le rôle joué par une célèbre publication dans le mouvement pour la santé des femmes : « Notre corps, nous-mêmes ». Nous poursuivrons par les fonctions attendues d'une démarche de catalyseur en structurant notre propos autour de la convergence et du réseau.

(a) Une publication qui a joué un rôle déterminant dans le mouvement pour la santé des femmes

Pour mieux comprendre le rôle que peut jouer une publication dans l'émergence d'un mouvement, nous reviendrons dans cette section sur l'histoire de « Our Bodies, Ourselves ». Il s'agit d'une publication qui voit le jour en 1970 aux États-Unis à l'intérieur d'un collectif de femmes réunies à Boston autour d'un atelier « les femmes et leur corps ». Ces femmes, confrontées à la difficulté de

discuter avec leur médecin, décident de collecter des données médicales et de les comparer avec leurs expériences personnelles. Elles produisent des textes sur la sexualité, la contraception, ... et finissent par les rassembler en un premier volume « Les femmes et leur corps » publié en 1970, suivi en 1973, d'une version élargie, « Nos corps nous-mêmes » (OBOS). Le groupe initial se mue en organisation, The Boston Women Health Book Collective (BWHBC), qui se consacre à la gestion des profits de vente d'OBOS et à leur utilisation pour promouvoir la santé des femmes (Burt Ruzet, 1978 ; Morgen, 2002 as cited in Löwy, 2005). La publication va connaître un succès considérable et être traduite dans plus de vingt langues. Le BWHBC va poursuivre un travail de production et de diffusion d'informations, et de nombreuses femmes leur écrivent pour témoigner. La « méthode OBOS » se fonde « sur le principe de production collective d'un savoir, adaptable à des conditions concrètes sur le terrain et sur l'effacement de la frontière rigide entre « savoir autorisé » de l'expert et savoir illégitime du non-spécialiste » (Davis, 2002 as cited in Löwy 2005). Les membres du BWHBC ne se limitent pas à une approche fondée sur le seul principe de self help mais y associent des luttes politiques pour une société plus juste, donc plus « saine » (Heather Stephenson, 2005 as cited in Löwy 2005). L'expérience OBOS a permis la reconnaissance de la puissance libératrice de la parole partagée et de l'action commune (Norsigian et al., 1999 as cited in Löwy 2005) mais contribua aussi, à l'intérieur du mouvement pour la santé des femmes, à la sauvegarde des acquis de la « deuxième vague » du féminisme. Elle participa également au développement d'alliances entre femmes de pays et de cultures différentes et à la démocratisation et au renouvellement de la science. En ce sens, OBOS a joué un rôle de connecteur entre de nombreuses femmes et a été le rouage important d'un mouvement. L'initiative inspirante OBOS nous amène à penser qu'une publication ne peut pas remplir la fonction de catalyseur seule mais peut y contribuer en maintenant un lien avec ses lectrices de co-construction et en associant *self-help* et luttes politiques.

(b) Le rôle de catalyseur

Nous avons repris le concept de « catalyseur » dans l'analyse menée par Lise Renaud, Renée Dufour et Jennifer O'Loughlin du programme Cœur en santé Saint-Louis-du-Parc. Le rôle de catalyseur en promotion de la santé vise à unir les forces et les intérêts du milieu. Pour y parvenir, il travaille d'une part à faire converger les activités des acteurs de la communauté vers la promotion de la santé. D'autre part, il appuie la consolidation d'un réseau entre les organismes communautaires autour de la santé. Dans notre cas, il vise à faire converger et organiser un réseau autour d'une approche « genre et santé ». Nous analyserons d'abord la convergence puis la mise en place d'un réseau.

• La convergence

Le référentiel tend à faire converger les activités des associations vers la promotion de la santé des femmes en étant un support concret et en attirant l'attention sur le sujet. Dans sa mise en œuvre, il a

pu générer des convergences dans des équipes mais nous n'avons pas observé de convergence entre des équipes.

Au sein des équipes certains facteurs favorisent la convergence. Nous relevons l'implication plus ou moins grande d'un ou de plusieurs membres de l'équipe, l'organisation du travail, la proximité avec les valeurs du référentiel ou les conditions de mises en œuvre. Si la structure fonctionne déjà avec des groupes de femmes qui se rencontrent régulièrement le transfert est moins compliqué que s'il faut affronter les aspects pratiques, comme trouver un espace et du temps de travail, et théoriques, comme convaincre l'équipe de la non-mixité par exemple. Dans ces configurations, le référentiel peut contribuer à processus collectif d'interrogation sur ses pratiques. Bien souvent, ces processus sont déjà en cours. Cependant, une animatrice d'un centre de santé posait la question de la possibilité de s'appuyer sur un soutien « extérieur » de la « sensibilisatrice » ou d'un potentiel groupe qui partagerait les mêmes processus autour du référentiel dans le cas où il n'y aurait pas de convergence interne. Cette convergence interne est également limitée par les autres sollicitations des structures. Dans les lieux de santé, le référentiel représente une déclinaison particulière du travail de santé communautaire, dans les associations pour les femmes, il s'agit d'un volet spécifique santé parmi d'autres.

Le référentiel permet de faire converger certaines équipes vers une prise en compte plus importante de la santé des femmes et / ou du genre mais des rappels réguliers sont nécessaires pour que cet axe spécifique devienne transversal.

• *Le réseau*

Le déploiement d'un réseau se situe au cœur de trois difficultés que nous allons parcourir.

La première s'articule autour de la non-rencontre entre les animatrices et la Plateforme pour la Santé des Femmes. D'un côté, la Plateforme joue le rôle de consolidation de réseau entre les organismes communautaires autour de la santé des femmes et, de l'autre, des organismes communautaires ne l'identifient pas ou ignorent son rôle.

La seconde difficulté s'organise autour de la perspective autogérée qui suggère que le référentiel se suffit à lui-même mais nous avons relevé que certaines attentes restent « suspendues ».

La troisième, en lien avec les deux précédentes, repose sur une association étroite entre le référentiel et la sensibilisatrice. Plusieurs répondantes, soit parce qu'elles la connaissaient dans le cadre précédent de Femmes et Santé soit suite à la sensibilisation, en font leur interlocutrice unique et légitimée par son statut d'experte « médecin ». Or celle-ci arrête ses activités.

L'émergence d'un véritable réseau nécessite d'affronter ces trois difficultés et d'établir des voies de communications entre les animatrices, la plateforme et la sensibilisatrice pour passer le relais.

Nous avons souligné en rappelant le rôle joué par OBOS qu'une publication peut contribuer à un mouvement mais ne peut remplir les fonctions de catalyseur seule. Le groupe de femmes à son origine a maintenu un lien avec ses lectrices de co-construction et associé *self-help* et luttes politiques. Cette double stratégie est une première étape vers la reconnaissance d'une instance qui pourra assumer les fonctions de catalyseur du mouvement. Trois difficultés sont à affronter pour permettre l'émergence de ce réseau et d'une convergence entre institutions pour mettre en œuvre une approche « genre et santé ».

VII. CONCLUSION

Nous avons tenté dans cette recherche d'évaluer l'impact du référentiel d'Auto-santé des femmes qui se propose d'articuler une démarche vers les femmes et vers les opérateurs de santé.

Nous nous sommes d'abord intéressée à mettre au jour, à la fois dans les intentions des instigatrices et sur le terrain, les articulations entre la promotion de la santé et l'approche du genre. Si nous avons pu démontrer que la démarche s'inscrit bien dans l'esprit de la promotion de la santé en renforçant la participation et l'implication des femmes, sa portée sur la santé des femmes est ambivalente. En effet, alors que les instigatrices visent à développer une approche « genre et santé », celle-ci n'est pas complètement comprise et intégrée. Elle aboutit à des paradoxes qui se structurent autour de la mise en œuvre de la non-mixité et de l'*empowerment*.

Nous avons ensuite analysé les reconfigurations générées dans les relations de pouvoir entre les soignants et les soigné·e·s. Ces transformations passent par des processus de renforcement des aptitudes des soigné·e·s et par la mise en lumière des mécanismes du genre pour les soignants. Le groupe de femmes mis en place lors des ateliers sert en ce cas, de terrain d'expérimentation de ces nouvelles formes de légitimité. La stratégie qui consiste à s'adresser avec le même support aux soignants et aux soigné·e·s semble particulièrement porteuse dans la mesure où elle permet potentiellement de déconstruire la division sexuelle du travail de soin, qu'il soit salarié ou gratuit. Pour passer du potentiel au subversif, la démarche doit dépasser deux obstacles : l'incapacité à former un collectif et celle à se structurer autour d'un opérateur. En ce sens, nous avons pu constater que le référentiel joue effectivement un rôle dans l'émergence d'un mouvement pour la santé des femmes mais ne suffit pas, en lui-même, à faire converger les associations vers cet objectif et à structurer le réseau.

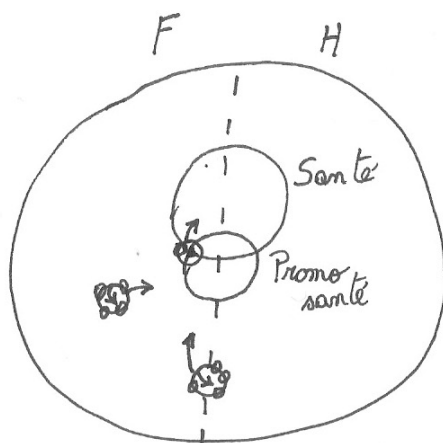
Par ailleurs, la démarche du référentiel affronte plusieurs difficultés telles que celle de transmettre à de publics ayant une maîtrise très disparate de ses concepts clés, celle du cloisonnement de groupes homogènes ou celles qu'ont ceux-ci à percevoir l'intérêt de l'inscrire dans un mouvement plus large. Elle est aussi aux prises avec des paradoxes tels que celui de faire cohabiter une approche salutogénique et une approche qui tend à déconstruire les rapports sociaux de sexe ou encore celui de l'articulation des enjeux féministes et de promotion de la santé.

Ces difficultés et paradoxes peuvent freiner le travail de déconstruction du genre et accroître l'oscillation entre l'optique de réparer et celle de transformer, l'optique de reproduire et celle de subvertir, au risque d'autoriser un retour de la norme de genre (Dussuet, Flahault, Loiseau, 2013, p.14).

En revanche, ces paradoxes peuvent à notre sens, s'ils sont travaillés, devenir les supports d'une intégration plus aboutie du genre en santé et dans les autres domaines tant publics que privés dans lesquelles œuvrent les femmes rencontrées.

Afin de poursuivre sur la voie de la transformation, une première étape pourrait passer par une clarification des rôles de la Plateforme et des animatrices dans le but de favoriser les allez-venues entre théorie et pratique ainsi qu'entre terrain et institution.

Au fil de cette recherche, nous avons rencontré de nombreuses femmes, été confrontée à différents cadres conceptuels, découvert le secteur de la santé par la littérature et partiellement lors d'entretiens. Ces femmes, ces champs, ces cadres s'inscrivent à des intersections, se croisent et nous avons éprouvé à plusieurs reprises l'envie de tenter des représentations schématiques pour mieux saisir les enjeux. Nous les avons intégrées à l'aide des trois dessins représentant les stratégies des instigatrices. À l'heure de boucler cette étape de recherche, il nous semble important de compléter ceux-ci avec les places que se sont aménagées les animatrices et usagères dans ce processus. Elles ne se retrouvent dans aucun de ces schémas mais en ont développé un autre.



Dans celui-ci, nous l'avons vu, la dimension du genre n'est pas toujours bien comprise (représentée ici par une ligne discontinue). Ces associations s'inscrivent dans le champ féministe, de promotion de la santé ou dans une approche plus globale. Leur démarche porte principalement sur leur structure propre, selon un double mouvement de changements internes et de remise en question du rapport de pouvoir exprimé dans la santé. Mais les participantes ne s'arrêtent pas là et questionnent le périmètre de leur groupe en s'appuyant sur le potentiel subversif du continuum de leur travail de soin.

Bibliographie

Ouvrages

- Dorlin, E. (2006). *La matrice de la race : généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*. Paris: La Découverte.
- Casini, A. & Jacquet, I. (2013). Chapitre 2. Intégrer la dimension du « genre » dans les programmes de formation des professionnels de la santé. Dans : F. Parent éd., *Penser la formation des professionnels de la santé* (pp. 153-168). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur. doi:10.3917/dbu.paren.2013.01.0153.
- Fassin, D. (1999) Inégalité, genre et santé, entre l'universel et le culturel. Dans Y. Preiswerk & M-J. Burnier éd., *Tant qu'on a la santé : Les déterminants socio-économiques et culturels de la santé dans les relations sociales entre les femmes et les hommes* (pp. 119-130). Genève : Graduate Institute Publications. doi: 10.4000/books.iheid.6070.
- Kergoat, D. (2000). Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe. Dans : H. Hirata, F. Laborie, H. Le Doaré, D. Senotier éd., *Dictionnaire critique du féminisme*, Paris : Puf, p. 33-54.
- Roy, M., & O'Neill, M. (2012). *La salutogénèse: Petit guide pour promouvoir la santé*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Articles

- Aïach, P. & Fassin D. (2004). L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La Revue du Praticien*, vol. 54 (20), 2221-2227.
- Alami, H., Gagnon, M., Ghandour, E. & Fortin, J. (2017). La réorientation des services de santé et la promotion de la santé : une lecture de la situation. *Santé Publique*, vol. 29(2), 179-184. doi:10.3917/spub.172.0179.
- Bantuelle, M. (2013). La promotion de la santé restera-t-elle une utopie dans un système politique morcelé ? Le cas de la Communauté française de Belgique. *Santé Publique*, s2(HS2), 149-160. doi:10.3917/spub.133.0149.
- Bantuelle, M. & Mouyart, P. (2016). Plate-forme intersectorielle du Sud entre Sambre et Meuse : une application locale de la promotion de la santé en Belgique. *Santé Publique*, vol. 28(6), 755-758. doi:10.3917/spub.166.0755.

- Brusadelli, N. (2017). Politiser sa trajectoire, démocratiser les savoirs : La fabrique des « conférenciers gesticulants ». *Agora débats/jeunesses*, 76(2), 93-106. doi:10.3917/agora.076.0093.
- Chaponnière, M., Roux, P. & Ruault, L. (2017). Que font les jeunes féministes de l'héritage des générations antérieures ?. *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 36(1), 6-14. doi:10.3917/nqf.361.0006.
- Chevallier, T. (2018). Des publics pas si dépolitisés: L'appropriation des prescriptions institutionnelles dans deux espaces de participation de quartier à Berlin-Neukölln. *Politiques de communication*, 11(2), 43-72. <https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/revue-politiques-de-communication-2018-2-page-43.htm>.
- Clair, I. (2016). Faire du terrain en féministe. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 213(3), 66-83. doi:10.3917/arss.213.0066.
- Devriendt, E., Monte, M. & Sandré, M. (2018). Analyse du discours et catégories « raciales » : problèmes, enjeux, perspectives. *Mots. Les langages du politique*, 116(1), 9-37. <https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/revue-mots-2018-1-page-9.htm>.
- Dussuet, A., Flahault, É. & Loiseau, D. (2013). Le genre est-il soluble dans les associations féministes : Introduction. *Cahiers du Genre*, 55(2), 5-17. doi:10.3917/cdge.055.0005
- Fussinger, C. (2010). Genre, médecine et santé : quelques repères, *Revue Médicale suisse*, vol. 6, 1429-1432.
- Gardey, D. (2013). Comment écrire l'histoire des relations corps, genre, médecine au xxe siècle ?. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 37(1), 143-162. <https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/revue-clio-femmes-genre-histoire-2013-1-page-143.htm>.
- Galerand, E. & Kergoat, D. (2008). Le potentiel subversif du rapport des femmes au travail. *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 27(2), 67-82. doi:10.3917/nqf.272.0067.
- Jacquemart, A. & Masclet, C. (2017). Mixités et non-mixités dans les mouvements féministes des années 1968 en France. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 46(2), 221-247. <https://www-cairn-info.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/revue-clio-femmes-genre-histoire-2017-2-page-221.htm>.
- Löwy, I. (2005). Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale : Le *Women Health Movement* et les transformations de la médecine aux États-Unis. *Travail, genre et sociétés*, n° 14(2), 89-108. doi:10.3917/tgs.014.0089.

- Löwy, I. & Gaudillière, J. (2006). Médicalisation de la ménopause, mouvements pour la santé des femmes et controverses sur les thérapies hormonales. *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 25(2), 48-65. doi:10.3917/nqf.252.0048.
- Morvan, A. (2017). Épreuve d'éducation populaire politique au Pavé: Retour critique sur une pratique de récits de vie. *Agora débats/jeunesses*, 76(2), 107-118. doi:10.3917/agora.076.0107.
- Potvin, L. & Frohlich K. L. (1998). L'utilité de la notion de genre pour comprendre les inégalités de santé, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 5, 142-152.
- Quéré, L. (2016). Lutttes féministes autour du consentement : Héritages et impensés des mobilisations contemporaines sur la gynécologie. *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 35(1), 32-47. doi:10.3917/nqf.351.0032.
- Renaud L., Dufour R., O'Loughlin J. (1997). Intervenir localement selon les cinq axes de la Charte d'Ottawa : défi de la promotion de la santé. *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 4(1), 23-34.
- Vuille, M., Rey, S., Fussinger, C. & Cresson, G. (2006). La santé est politique. *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 25(2), 4-15. doi:10.3917/nqf.252.0004.

Ouvrages et articles non-scientifiques

- Dupuis, P. (2011) Ottawa : une génération de promotion de la santé – Interview de Michel O'Neill. *Éducation Santé*, vol. 273, 9-12.
- Jodogne, C. (2017) Un premier plan de promotion de la santé pour Bruxelles. *Éducation Santé*, vol.336, 3-5.
- Mimeault, I. (2008) Changeons de lunettes ! Pour une approche globale et féministe de la santé. Montréal, Réseau québécois d'action pour la santé des femmes.
- Sandrin Berthon B. (2007). Promotion de la santé : de la théorie à la pratique... ou à quoi servent les déclarations solennelles de l'OMS ? *Santé conjugée* 40, 8-15.
- Vandoorne, C. (2017) La promotion de la santé est-elle probante ? *Éducation Santé*, vol. 332, 17-18.

Rapports, analyses et sites

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

Doumont, D., & Aujoulat, I. (2008, décembre). *L'efficacité de la promotion de la santé : une question de stratégies ? Etat de la question*. Série de dossiers techniques CFB, UCL-RESO, réf : 08-52.

Femmes et Santé asbl, Projet remis dans le cadre d'un appel : « Programme d'étude et d'activités sur la spécificité du genre en promotion de la santé. Une collaboration entre les différentes associations de la Plate-forme pour promouvoir la santé des femmes. » Dossier 2016-2019

Jaquet, M. (2016) Rapport de la recherche-action, Care, genre et santé des femmes Coordonné par Femmes et Santé pour la Plateforme pour la Santé des Femmes http://www.artko.be/pdf/Rapport_Care.pdf

Malengreaux, S. (2017) Tirez votre plan ! Une analyse de « Plans » pour promouvoir la santé en Flandre, en France, au Québec et en Suisse, Woluwé Saint Lambert : RESO.

Site Promosanté, carrefour des ressources et des pratiques en promotion de la santé, <http://promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/definition/> para. 4 Consulté le 5 février 2019.

Outils pédagogiques

Maquestiau, P. & Duysens, C. (2016) Perspectives de genre dans la lutte contre les violence sexuelles, Coll. Focus genre, Le Monde selon les femmes, Bruxelles.

Maquestiau P., De Ghellinck P., Markstein C. & Jaquet M., (2017) Référentiel Auto-santé des femmes, collection les Déclics du genre, Monde selon les Femmes, Bruxelles.

Maquestiau, P. & Markstein, C. (2018) Genre et Promotion de la santé, collection les Déclics du genre, Monde selon les Femmes, Bruxelles.

Textes législatifs

Décret portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, 14 juillet 1997, p.1 https://www.gallilex.cfwb.be/document/pdf/20356_002.pdf Consulté le 3 février 2019.

Charte d'Ottawa, consultée sur le site de la Banque de données en santé publique <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/17648/> le 4 octobre 2018.

VIII. ANNEXES

A. Annexe 1

AVEZ-VOUS VÉCU UNE INTERRUPTION
VOLONTAIRE OU INVOLONTAIRE DE GROSSESSE
(IVG/IMG/FAUSSE COUCHE)? VOUS DÉSIREZ EN
PARLER AVEC D'AUTRES FEMMES?

Permanences collectives autour de l'avortement

Femmes et Santé propose des rencontres mensuelles
et collectives autour de l'avortement

Le jeudi 25 avril de 18H à 20H

Le lundi 20 mai de 12H à 14H

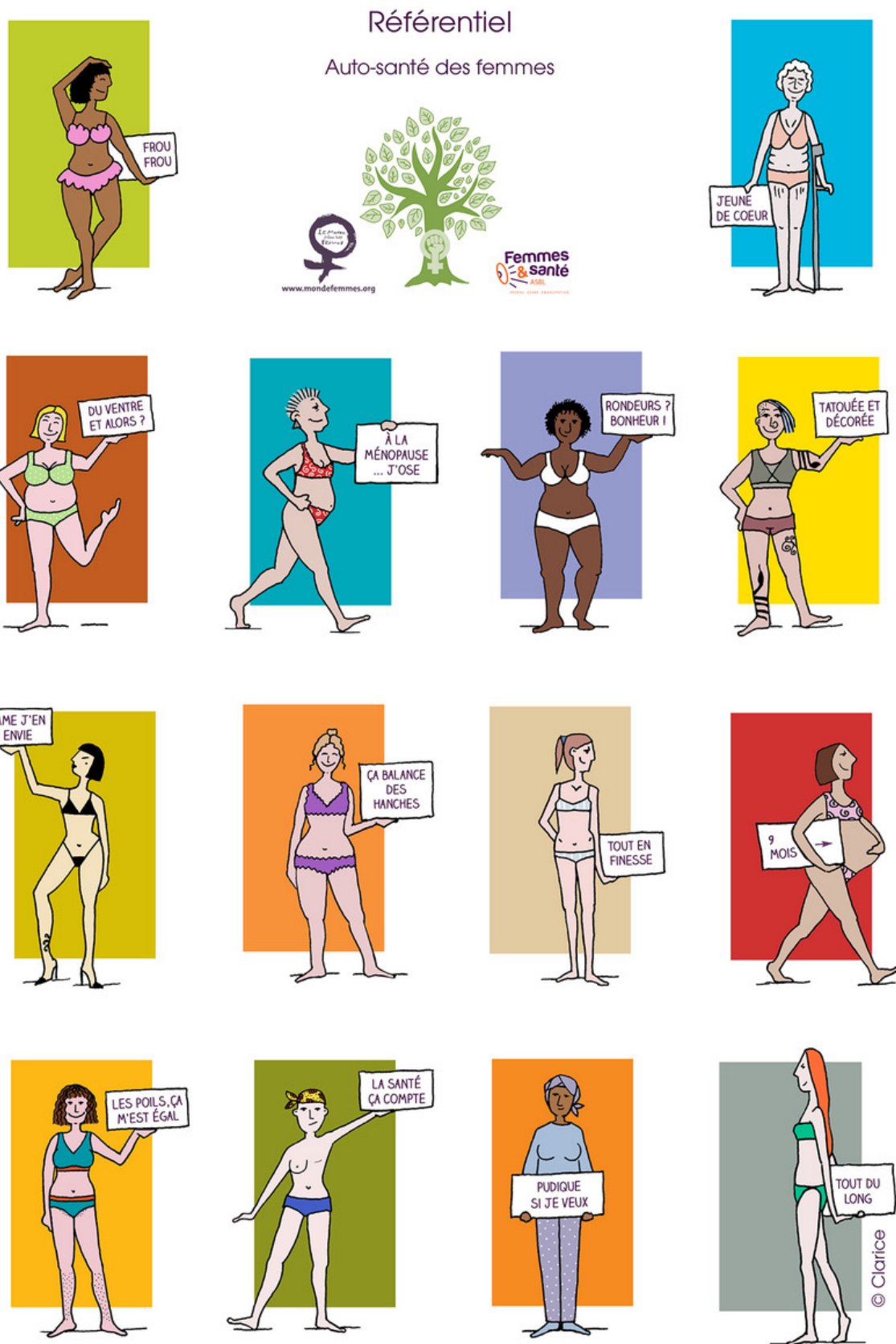
Le vendredi 14 juin de 14H à 16H

Adresse : Rue de Suisse 8 à 1060 Saint-Gilles



Plus d'infos ? info@femmesetsante.be ou 0493/81.85.23

B. Annexe 2



C. Annexe 3

Questionnaire d'évaluation du référentiel d'Auto-santé des femmes et de sa présentation

Pouvez-vous vous présenter en quelques mots et préciser votre rôle dans votre institution ?

De quelle manière avez-vous pris connaissance du référentiel ou de Femmes et Santé ?

1) Pourriez-vous évoquer un ou deux éléments qui vous ont marqué lors de la présentation du référentiel ?

Le style de présentation vous a-t-il paru adapté à vos besoins, à votre niveau de connaissance ?

2) Avez-vous utilisé des éléments du référentiel, lesquels dans quel cadre ou cercle ?
ou comptez-vous le faire et dans quel cadre ou cercle ?

3) Si vous l'avez utilisé, qu'est ce qui a bien marché ?

Qu'est qui a moins bien marché ?

4) Quels sont des éléments qui facilitent / faciliteraient son emploi ?

5) Quels sont des éléments qui freinent / freineraient son emploi ?

6) Est-ce que cette sensibilisation a changé quelque chose pour dans votre institution ? dans votre pratique professionnelle en individuel ou en collectif ? en dehors de votre cadre d'emploi dans vos relations individuelles ou en collectif ?

Est-ce que cet outil et sa présentation vous ont poussé à prendre contact avec d'autres associations ? à des collaborations ?

7) Le référentiel est imaginé pour un public non-mixte est ce que cet élément pose un problème pour votre organisation ? pour vous ?

8) Le référentiel a été élaboré à partir de pratiques collectives et est pensé comme une boîte à outils dans laquelle puiser mais vise aussi à encourager des recherches critiques des groupes dans une perspective d'une approche plus horizontale de la santé. Avez-vous perçu ces intentions dans la présentation ou dans le référentiel et qu'en pensez-vous ? sur le plan théorique et dans la pratique ?

9) Le référentiel est pensé comme un outil qui permet d'agir directement dans la continuité de la conférence gesticulée qui revient sur l'histoire de la santé des femmes et divers courants de la médecine. Avez-vous vu la conférence ? avez-vous eu envie de la voir à l'issue de la sensibilisation ? avez-vous lu, vous êtes-vous renseigné suite à cette présentation sur ces sujets ?

Le référentiel constitue-t-il une réponse qui permet d'agir directement ?

Voyez-vous d'autres pistes ? à d'autres niveaux ?

Quels sont les lieux les plus appropriés pour proposer ce type de démarche ?

10) Avez-vous transmis, parlé de cet outil à d'autres personnes ? Pouvez-vous préciser dans quel secteur ?

11) Selon vous, le référentiel est-il plutôt un outil de promotion de la santé, d'*empowerment*, ... autre suggestion ?

12) Quel types d'effets, la conférence gesticulée, la sensibilisation au référentiel et l'outil génèrent d'après vous ?



#SAVETHE DATE - 18/01/2019
Femmes et santé asbl
vous invite à

Comment le genre interroge nos pratiques?

Une journée de réflexions au regard de
#metoo et de la non-mixité

Quand ?
Le 18 janvier 2019
De 9H00 à 17H00

Où ?
Bruxelles Laïque
Avenue de Stalingrad 18
1000 Bruxelles

Inscription et informations
à l'adresse info@femmesetsante.be






Programme:

Accueil 9H00-9H30

Matinée : 9H30-12H30

Présentation d'éléments de la
photographie "Genre et promotion de la
santé" (réalisée par Femmes et Santé)

Ecoute collective du documentaire
"Traverser les forêts" de Judith Bordas

Session-débat : #Metoo et la promotion
de la santé : quels liens? quels impacts
sur nos pratiques?

Lunch prévu

Après-midi : 13H30-17H00

Ateliers d'échanges autour des enjeux
de la mixité et de la non-mixité dans les
pratiques

*En présence de Céline Audouard (MM
Neptune), Marie-France Zicot (Céméa)
et du Scop l'Engrenage (France).*

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 ?

Intégrer le genre dans la santé ou la santé dans les approches féministes sont des démarches longues et périlleuses. Trois femmes issues du secteur de la santé s'y sont attelées et ont développé le référentiel d'Auto-santé des femmes. Elles le présentent comme « un 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 ». Nous nous proposons d'étudier leur démarche en analysant d'abord les manières dont elles articulent les cadres conceptuels du genre et de la promotion de la santé. Nous poursuivrons par l'analyse des manières dont elles les traduisent dans des options de travail (non-mixité, *empowerment*, ...). Elles développent une stratégie de diffusion qui passent majoritairement par des structures instituées de santé et des associations généralistes et des femmes. En interrogeant ces dernières, nous pourrions mettre au jour les manières dont l'articulation des deux cadres s'harmonisent ou s'opposent sur le terrain. Nous tenterons ensuite de dégager les effets spécifiques de la démarche sur les relations de pouvoir entre soignant et soignée. Enfin, nous évaluerons la pertinence d'une démarche qui met sur un pied d'égalité professionnel·le et public.

Mots-clefs : Promotion de la santé, genre, outil pédagogique