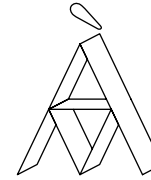




Le care précaire

En images et en mots



l'origine des photographies et des textes que vous allez découvrir, il y a un thème commun: les inégalités dans l'accès aux soins de santé. Le care précaire. À partir de là, les étudiant-e-s ont pensé large. Les inégalités peuvent en effet être liées aux revenus, au genre, à l'accès à l'information ou aux priorités des politiques publiques. À Bruxelles, ils et elles ont ainsi rencontré des patients qui achètent trois paires de semelles orthopédiques quand d'autres se font soigner les ongles pour la première fois ; un garçon isolé dans son parcours médical parce qu'il est porteur d'une « maladie de fille » ; des sages-femmes déçues de ne pouvoir mieux traiter leur patientes ; des personnes qui ignorent qu'elles sont porteuses du diabète ou une jeune fille en demande de soins psychologiques à qui l'on répond qu'il y en a d'autres « *qui ont des vrais problèmes* ».

Pour ces journalistes et photographes, la santé ne se limite pas à l'accès aux soins médicaux. Elle touche au bien-être, à la dignité, à la prévention, au care. Dans les pages qui suivent, le soin se donne aussi bien dans une morgue que dans une institution psychiatrique, dans l'aile féminine d'une prison, dans un salon familial autour de l'arrivée d'un bébé, dans une maison de repos inspirée de la méthode Montessori. Des patient-e-s témoignent de leur volonté de prendre leur parcours de santé en main, comme ce pompier gravement blessé qui se reconstruit entre les séances de kiné et les tâches administratives. Ou ce médecin, dans une maison médicale, qui s'assied du même côté du bureau que ses patient-e-s parce que, dans leur dossier médical, il n'a rien à cacher. Serait-ce déjà un petit pas vers plus d'égalité ?

Ce mook est le fruit de plusieurs mois de travail, réalisé au cours de l'année académique 2022-2023 par des étudiants de master 2, en journalisme et en langues et littératures françaises et romanes (finalité « écritures et littératures »). L'atelier de photographie était encadré par Gaël Turine, l'atelier textes par Laurence Brogniez (ULB) et Céline Gautier (Médor). Quels que soient leur formation ou le média choisi, toutes et tous ont expérimenté l'immersion, le temps long, le doute, les rendez-vous manqués comme les rencontres exceptionnelles, la hantise de la page blanche et la satisfaction du point final.

Félicitations à Quentin Arista, Céline Avot, Inès Bernoux, Lena Bonheure, Jonas Bourion, Louise Canu, Léa Dornier, Anne-Laure Dufeal, Baptiste Gillot, Nahida Jabak, Jeremy Kuprowski, Aline Leroy et Stefan Tabirta.

Sommaire



**Patients partenaires.
Bonjour docteur, comment tu vas?**
par Louise Canu _____ p.4



Vivre vif. Parcours d'un grand brûlé
par Aline Leroy _____ p.8



Saut vertigineux
par Inès Bernoux _____ p.12



Le poids de la maladie
par Baptiste Gillot _____ p.16



Prendre (de) son temps
par Jonas Bourion _____ p.20



**Diabète de type 2. Un dépistage
insuffisant contre la «maladie du siècle»**
par Stefan Tabirta _____ p.24



Dernier acte
par Anne-Laure Dufeal _____ p.28



Sur un pied d'inégalité
par Léa Dornier _____ p.32



Elle n'avait pas de «vrai problème»
par Lena Bonheure _____ p.36



**Hôpital de jour. La confiance
au cœur du suivi psychiatrique**
par Jeremy Kuprowski _____ p.40



**Violences obstétricales.
Coup de blouse chez les soignantes**
par Céline Avot _____ p.44



**La mission méconnue
des sages-femmes**
par Nahida Jabak _____ p.48



Les femmes à l'ombre
par Quentin Arista _____ p.52

Présentation des étudiant·es _____ p.56

Patients partenaires

Bonjour docteur, comment tu vas ?

Dans cette maison médicale de Liège, patients et soignants se réunissent en bande organisée, autour d'une idée novatrice: le médecin connaît son métier mais le patient connaît sa santé. Devenir «patient partenaire», c'est faire descendre votre docteur de son piédestal.

Par Louise Canu

Il a une gueule à la Delon, le côté pédant en moins. Dans sa vie, Joël Bouillon n'a pas eu la reconnaissance qu'il escomptait. Quand il travaillait en tant qu'assistant social, sa cheffe lui a mené la vie dure. «*Tu es gros, on dirait que tu vas accoucher, tu sens la frite.*» Un harcèlement qui se termine en burn-out, auquel le décès de sa maman et une rupture sentimentale douloureuse n'arrangent rien. «*Deux gros chocs*» qui le conduisent à s'installer à Liège, avec l'espoir de remonter un peu la pente. Il s'inscrit à la Maison médicale La Passerelle, où ses thérapeutes lui conseillent vivement de rejoindre l'association de patients. Et là, bingo: il revêt le statut de «patient partenaire» et troque sa solitude contre un quotidien tout en soin.

À l'origine du «partenariat patient», un constat: le monde médical change, et avec lui, l'équilibre traditionnel des relations entre soignés et soignants. Si la médecine n'est plus réservée à une élite, perdure cette bonne vieille idée

du «soignant qui connaît la vérité, qui sait ce qu'il faut faire, et duquel le patient est prié de suivre les avis». Un modèle «technocratique» dans lequel ne se reconnaît pas la Maison médicale La Passerelle.

La Passerelle se situe en Outremeuse, l'un des quartiers populaires de Liège. Ses habitants s'accordent à dire que le quartier n'est pas «spécialement beau», mais cela n'a pas d'importance. Il est connu pour sa mobilisation sociale et ses valeurs de solidarité. La Maison médicale, déterminée à promouvoir un système de soins horizontal, est à l'image du secteur.

Le «partenariat patient» prend racine dans le modèle politique de La Passerelle, basé sur l'autogestion. «*L'ensemble de l'équipe, y compris les patients qui sont représentés à l'Assemblée générale, prend les décisions et gère de manière collective et non-hiérarchique la Maison médicale*», lit-on sur le site internet. Les discussions englobent une foule de problématiques,

allant du choix de la couleur des bacs à plantes à la gestion des groupes de parole sur la fin de vie des patients. La prise de décision ne risque-t-elle pas d'en être ralentie? «*C'est sûr, en dictature, tout va plus vite*», rétorque le docteur Olivier Montigny. «*À voir si c'est réellement satisfaisant pour tout le monde.*»

Nouer un «lien thérapeutique»

Avec son étiquette Décathlon qui dépasse de sa polaire, son blue jean et ses chaussures de randonnée, Olivier vous met tout de suite à l'aise. Alors qu'il hésitait à embrasser une carrière de pianiste professionnel, il réalise un stage de médecine tropicale au Cameroun. Il faut imaginer un gamin de 23 ans et son maître de stage qui s'occupent, seuls, de 300 patients dans un hôpital. L'expérience marque.

«*L'art de diriger consiste à savoir abandonner la baguette pour ne pas gêner l'orchestre*», a dit un jour le chef d'orchestre autrichien Herbert von Karajan. En ce sens, Olivier Montigny n'est pas tout à fait passé à côté d'une carrière musicale. Ses consultations sont des morceaux dont il interprète la partition de concert avec les patients. Aux jeunes parents du bébé qui pleure, il montre le thermomètre. 38,7°. «*Est-ce que vous seriez d'accord pour un sirop antibiotique?*» À Jules, 9 ans, il pose la question: «*Toi, tu penses qu'il faudrait quelque chose pour que ta langue arrête de piquer?*» Enfin, le maestro prend la me-

sure du tourment parental. «*Madame, vous l'avez très bien soigné.*»

À votre arrivée, Olivier plante son regard dans le vôtre, et vous demande, tout sourire: «*Comment allez-vous?*» Il noue un «lien thérapeutique», comme on dit dans le jargon médical, qui se veut inclusif et collaboratif. «*Ça marche mieux quand on essaye de trouver des solutions ensemble, et qu'on vérifie que le patient comprend de quoi on parle, qu'on est d'accord, que la solution convient à tout le monde. Si on propose une solution qui ne convient pas, elle ne sera pas mise en place et ne fonctionnera pas. C'est cette idée de construire un dialogue, ça se fait vraiment à deux.*»

Tenez, un exemple. Isabelle est patiente à La Passerelle. Cela fait déjà un bout de temps qu'elle se plaint de douleurs inexplicables mais sa mutuelle fait pression pour qu'elle retourne au travail, après presque deux ans de mi-temps thérapeutique. Elle a vu des spécialistes dans tous les sens, sans parvenir à «trouver de solution miracle». Olivier, lui, se place à l'écoute de sa patiente. «*Je veux bien qu'on fasse le chemin ensemble, mais ce sont quand même les gens qui souffrent, pas moi.*»

- Isabelle: «*Je n'ai pas de demande particulière. C'est juste que ça fait bizarre, ce mi-temps, qui se termine. Voilà, je crois que c'est tout.*»
- Olivier: «*C'est déjà bien.*»

«Ça marche mieux quand on essaye de trouver des solutions ensemble, et qu'on vérifie que le patient comprend de quoi on parle.»

Olivier Montigny, médecin «partenaire»

La patiente accepte son retour au travail sans trop broncher, ce qui ne manque pas d'étonner son médecin traitant. «Je pense que ça arrangerait bien la mutuelle. J'aime beaucoup la mutuelle, hein!» précise Olivier. «Mais une bonne partie du travail du médecin conseil de l'INAMI, c'est d'évaluer si les interruptions de travail sont justifiées, en disant que les médecins ne sont pas toujours très objectifs. Ce qui est vrai, parfois. Mais cette patiente ne va techniquement pas mieux. Je ne voudrais pas qu'elle soit bêtement la victime du système parce que c'est une bonne poire, ce n'est pas une bonne raison.» Au mur, une photographie en noir et blanc montre des manifestants brandissant une pancarte: «On préfère travailler tous que travailler plus».

Le cabinet d'Olivier relève du joyeux bordel. Il fonctionne mieux comme ça, depuis le temps. Il a une théorie à ce sujet. «Je ne suis pas sûr que la qualité des soins soit proportionnelle au fait que tu aies un grand cabinet luxueux, avec tes diplômes affichés au mur. Il y a des docteurs comme ça. Avec de beaux sièges en cuir, un grand bureau en chêne et une belle bibliothèque avec plein de livres très compliqués et bien rangés.»

Patients et professionnels ne sont pas séparés par un bureau, comme c'est le cas dans la plupart des cabinets.

Celui-ci est positionné contre le mur, permettant ainsi au binôme de s'asseoir côte à côte. Et, fait suffisamment rare pour être souligné, le patient dispose d'une pleine visibilité sur le contenu de l'ordinateur du pra-

ticien. «L'ordinateur au milieu, c'est pour que le patient ait accès à son dossier et qu'il puisse participer, réagir. L'idée, c'est d'être le plus transparent possible. Et puis, on ne sait pas tout, en tant que médecin, on apprend aussi beaucoup quand le patient prend un peu les rênes.»

Pas des «patients»

18 heures, les soignants donnent un dernier tour de clef. Quelques patients montent les quatre étages pour se rendre au Conseil d'administration de L'Impatient, l'association de patients de La Passerelle. Gérée par un Conseil d'administration élu par une Assemblée générale, elle se veut solidaire des patients et de leurs différences sociales et culturelles. Ils corrigent tout de suite: ce ne sont pas des «patients». «On préfère le terme "usagers", qui est un mot plus acteur. On n'attend pas que les thérapeutes s'occupent de nous, on utilise les soins de santé.»

Certains usagers se fichent royalement du concept de «partenariat patient». Olivier Montigny l'a constaté à pas mal de reprises. «Il y a encore beaucoup de personnes qui arrivent, ont une confiance aveugle et disent : c'est vous le docteur, c'est vous qui savez.» D'autres ne s'y retrouvent tout simplement pas. Fanny Dubois, secrétaire générale de la Fédération des

Maisons médicales, observe ces différences d'appréciation d'un très bon œil. «Le modèle du "partenariat patient" est d'abord un cadre théorique, mais les patients, selon leurs capitaux, leurs ressources émotionnelles, l'expérimentent à

«On n'attend pas que les thérapeutes s'occupent de nous, on utilise les soins de santé.»

Des patients ou «usagers» de la Maison médicale La Passerelle

leur façon et utilisent leurs propres mots. Cela me rassure de savoir que les patients ne se robotisent pas derrière les savoirs froids des soignants!»

Du patient washing?

Je suis surprise qu'aucun professionnel de santé ne soit présent autour de la table lors de ce Conseil d'administration. Joël Bouillon, membre de L'Impatient, réagit. «Oui, mettons les pieds dans le plat tout de suite. Moi aussi, j'aimerais bien comprendre pourquoi.» Une absence «de longue date», dont les membres de l'association débattent.

- «La parole se libère beaucoup plus facilement quand on est entre nous, tout le monde n'est pas à l'aise pour prendre la parole devant un médecin. Ça permet de rééquilibrer les rapports de domination. Ici, c'est comme un espace safe, où on peut discuter en toute liberté, sans passer par une figure médicale.»
- «Moi, j'entends bien que "le patient est acteur de sa santé, on travaille de concert, on ne consomme pas des soins mais on fabrique de la santé", etc. Mais ce n'est pas toujours simple, on reste un groupe d'humains. Donc moi, ça m'intéresserait qu'il y ait de temps en temps des soignants, au moins pour ne pas tomber dans l'instrumentalisation.»

Un risque bien réel, qu'Olivier Montigny reconnaît, plus tard, en écrasant sa cigarette. «Le danger, c'est d'inclure les patients parce que ça fait bien, parce que ça leur fait plaisir ou parce que c'est à la mode. Mais leur pouvoir est généralement plus de l'ordre du consultatif que du décisionnel, surtout pour les grosses décisions.» Pas évident pour les praticiens d'accepter que les «patients aient leur mot à dire», même si «aucun ne dira qu'il est contre la participation des patients, au risque de se faire virer».

À l'ère du féminisme washing, du greenwashing et autres techniques marketing douteuses, peut-on parler d'un

patient washing? Sans oser trancher, l'équipe espère qu'à l'avenir, «on pourra considérer les patients comme de vrais partenaires.» En attendant ce jour, les patients s'organisent entre eux.

Prendre moins de médocs

L'équipe file au café social Le Chal'heureux, à quelques pas de La Passerelle. Au menu de ce soir, riz sauté, poulet frit et thé vert. Ouvert à l'initiative de l'association de patients, les membres comptent bien offrir un espace de partage «aux personnes isolées et précarisées du quartier d'Outremeuse». Quand on sait que 80% de notre santé est déterminée par des facteurs non-biologiques, cela vaut le coup pour les bénévoles de connaître «le vécu et les conditions de vie des personnes autour de soi».

Les nombreuses activités organisées par L'Impatient sont aussi le moyen de brouiller les frontières entre les statuts de patient et de soignant. «Ici, je m'appelle Joël. Au cabinet, c'est M. Bouillon. J'aime bien cette double casquette.» Peut-être aussi l'occasion de quelques engueulades, «mais on fonctionne comme ça, on se frite, on se fâche, on se rabiboche».

Joël Bouillon cherche son texte sur la table, retire ses lunettes et bombe le torse. «Comme beaucoup d'entre nous parfois je me suis senti seul, isolé, je peux confirmer qu'être ensemble et partager des expériences, c'est gai!» Le sosie de Delon qui proclame un slam sur une Maison médicale d'un quartier populaire de Liège, la situation a le mérite d'être originale. «C'est ça aussi, la santé et la solidarité, nous patients, pensons qu'être ensemble, c'est pas du toc, c'est une thérapie de choc, pour prendre moins de médocs.» ▲

Vivre vif. Parcours d'un grand brûlé

Julien Jacquemin était sapeur-pompier. En mai 2020, il est grièvement brûlé lors d'une intervention. Après plusieurs mois à l'hôpital, où les médecins ont pris la décision de l'amputer de l'avant-bras droit, Julien reprend le cours de sa vie. Ou presque. Il joue maintenant aux équilibristes, entre quotidien rythmé par les soins et envie de se réinventer.

Par Aline Leroy

Quand j'ai rencontré Julien Jacquemin pour la première fois, ce ne sont pas ses cicatrices qui m'ont d'abord marquée. J'ai vu un homme plutôt grand, la trentaine, l'air confiant. Avec son manteau bleu marine, on remarquait à peine qu'il n'avait plus d'avant-bras droit.

Ancien militaire, Julien était sapeur-pompier dans la province de Liège depuis 2015. La nuit du 15 au 16 mai 2020, au cours d'une intervention lors de l'incendie d'une maison, le premier étage s'effondre sur lui. Son flanc droit se retrouve enseveli sous les décombres. Julien tente de garder son calme et économise sa réserve d'oxygène. Ses collègues se relaient pendant près de trente minutes pour le sauver. Quelques instants de plus et il aurait suffoqué.

Pendant son hospitalisation au Centre des brûlés du CHU de Liège, Julien reste conscient. Il sait que ses brûlures au bras droit sont graves. Les médecins doivent se résoudre à l'amputer pour lui donner une chance de guérir. Plus d'une dizaine d'opérations et deux mois et demi plus tard, Julien est transféré au Centre de réhabilitation du CHU. Il y passe un mois et demi, avant de rentrer finalement chez lui.

À sa sortie de l'hôpital, il reprend peu à peu ses marques: il passe à nouveau son permis de conduire, se remet au sport, trouve des outils adaptés à son handicap pour faciliter son quotidien...

Cela fait maintenant presque trois ans que l'accident a eu lieu. Les soins, comme la kinésithérapie ou l'ergothérapie, ont encore une place importante dans sa vie. Il doit subir plusieurs opérations chirurgicales cette année, et il avoue «*en avoir marre des hôpitaux*». Un ras-le-bol auquel s'ajoutent les piles de documents administratifs qu'il doit conserver soigneusement pour l'assurance.

Julien est toujours en arrêt maladie mais il reste très proche de ses anciens collègues, qu'il considère presque comme sa famille. À terme, il pourrait reprendre un poste administratif, mais il sait qu'il n'ira plus jamais sur le terrain. «*C'est difficile de se dire qu'on va partir à la retraite à trente-six ans*».

Parler de son accident n'est pas pour lui un sujet tabou. Mais se reconstruire après un tel événement est un processus qui prend du temps. Julien est encore «*dans une période de flottement*». Au moment où j'écris ces lignes, il s'apprête à se lancer dans un nouveau défi: rouler à vélo. Une façon d'aller de l'avant.

Je remercie infiniment Julien de m'avoir ouvert les portes de son univers. Ce photoreportage est un condensé de ce que j'ai pu y découvrir. J'espère que la résilience dont Julien fait preuve vous touchera autant qu'elle m'a touchée.





Saut vertigineux

Ce texte constitue le volet poétique du diptyque que Baptiste Gillot et moi présentons ici, autour du portrait de Nicolas et de l'anorexie masculine.

Par Inès Bernoux



L'eau ruisselle sur sa peau livide. Elle tombe en torrents à ses pieds comme s'écoule une pluie acide. Ablution habituelle après sa purge rituelle, il cherche par le jet brûlant à chasser sa honte somnicide. Par peur de se mettre à nu, il doit se dénuder; il arrête l'eau, mais en sortant il ne regardera pas son reflet. Toutes les traces de sa purge disparaissent dans les conduits, mais dans son âme malade vivra toujours l'anorexie.

...

Manteau long, voiture rouge, visage juvénile; jeune homme des beaux quartiers, Nicolas ne paraît qu'un parmi une multitude. Le regard vague, il n'appelle pas le regard, mais sous son long manteau, il dissimule adroitement sa turpitude.

Il a les doigts fins, effilés, habiles, habitués à tâtonner vers ses entrailles pour lui faire rendre ce qu'ils lui ont donné; avec les années, ils ont appris à faire leur saut vertigineux, celui qui secouera son corps et embuera ses yeux. Les cigarettes donnent à sa voix une couleur atypique, et sa gorge incisée chante sa mélodie mélancolique. Quand il s'arrête, l'air est lesté par la douleur qui s'entête et qui laisse dans son sillage un visage marqué par la tempête.

Ses joues creuses, ses traits émaciés, sa silhouette infantile sont les cicatrices indélébiles d'une vie mouvementée; jeune homme intranquille, jeune âme tourmentée, locataire d'un corps saturé, amaigri, fracturé, trop vétuste pour si peu d'années.

Sous l'eau chaude, il s'efforce tant bien que mal de laver ses blessures, mais le corps qu'il cache sous son long manteau garde ses meurtrissures.

...

Il était une fois un enfant, garçonnet obéissant, savourant les premiers fruits du bonheur des insoucients. Enfançon menu, petit homme au corps ténu, mais qui puise parmi les siens l'ardeur de ceux qui sont vivants. Et pourtant, c'est au sein même de son foyer qu'elle sera étouffée, dans une fratrie devenue instable, il se sent délaissé, on lui intime de s'amoindrir, il se sent suffoquer, face à un frère-tyran on obéit, et lui, il s'estompe, il s'efface. Les années passent, mais on continue à se cacher, à oublier, à ignorer, on lui dit: « *Prends pas trop de place* ». Il ressent trop d'iniquité, mais ravale son acidité et il s'éteint, il s'estompe, il s'efface.

S'achève l'enfance, mais s'entête l'abattement: nouvelle école, nouveau décor, nouveaux tourments. Trop différent, il ne parvient pas à prendre sa place; trop de critiques sur le physique, ça l'angoisse. Et puis un jour, l'injure fuse. « *T'es gros*. » Pluie diluvienne. Elle n'était même pas pour lui, mais c'est assez pour que la folie le prenne. Quelque chose bascule dans sa tête. Sa manie, sa seule quête devient l'image de son corps, et la perfection, sa liaison secrète, son amour

passionnel; ça en devient irrationnel, obsessionnel. Et puis un soir, il est seul au monde et abattu, et ses doigts s'animent de désespoir et plongent vers l'inconnu. Ils s'unissent à ses entrailles et il atteint l'euphorie, il est asservi à sa folie. Les liqueurs de son corps coulent à flots, jusqu'au jour où: 1 m 41, 20 kilos.

Coup de grâce, on prend sa destinée en main. Il tente de résister en vain, mais son corps porte déjà trop de traces. Au milieu des médecins, il dépérit, les forces l'ont déserté; personne n'entend ses cris, il se sent séquestré. Personne pour lui ressembler, personne pour saisir sa douleur; alors à nouveau il doit s'effacer comme s'effacent ses couleurs. On tentera de lui faire reprendre de force ce qu'il a rejeté, mais la douleur attise et rembrase sa folie débridée. Son corps crie à l'aide, mais il veut l'ignorer, il ne veut pas de leurs remèdes, tout ce qu'il veut c'est rentrer. Esseulé, isolé, privé des siens qu'il a haïs pourtant; dans les lettres qu'il leur adresse, la détresse transpire de son écriture d'enfant.

«Je crois que j'ai vu dans la pharmacie la sonde de gavage.» «Je vous implore, faites-moi sortir d'ici.» «Vous me manquez énormément.» «Ne dites pas un mot de ce que j'ai écrit aux médecins ni à personne.» «Être coupé du contact des autres durant la journée et devoir rester en chambre tout le temps devient dur.» «Là où je suis, je n'ai plus aucun plaisir.» «Ils m'ont placé cette foutue sonde.» «Le fil se sent très fort dans ma gorge.» «Si je n'ai pas repris assez, je ne peux plus envoyer ni recevoir de lettres.»

...

Dix ans ont passé, Nicolas a grandi. Et derrière lui, les jours les plus sombres de sa courte vie. Des jours obscurs, des jours d'oubli, des jours funestes; des jours d'exil, où il exhale le maigre souffle qu'il lui reste.

Aujourd'hui, jeune homme solitaire, jeune âme esseulée, vestiges de cet âge sans prise sur sa destinée où on le soignait loin des autres comme une personne qu'on ne s'explique pas, comme un homme qui détonne, comme une femme qui ne l'est pas, car peu d'entre eux assimilent qu'il n'y ait pas que des «elles», que son mal est réel même si on l'appelle «il»; que le mal qui l'habite ne connaît pas les femmes, ne reconnaît pas les hommes, ne connaît que les âmes.

Sans cesse entouré par celles qui semblent ses semblables, mais souvent seul et solitaire, car son cas semble invraisemblable, il attend avec espoir de croiser le chemin d'un de ses pareils, pour traverser ensemble, main dans la main, toutes ces longues nuits sans sommeil. Et il sait, il sent qu'il n'est pas seul dans ces nuits, parce que pour neuf d'entre elles il y en a un comme lui. Mais où est-il, cet ami, ce confident qu'il cherche sans cesse? Les jours passent, et il nourrit toujours l'espoir qu'il apparaisse.

Il attend, et entretemps, il vit sa destinée seul, seul face à celle qui l'a tant tourmenté, et pourtant, elle est là, toujours à ses côtés, ils marchent côte à côte, jamais l'un sans l'autre, à jamais liés. Il

sait qu'il ne guérira pas, il sait qu'il n'y a pas de remède, qu'il ne domptera jamais cette bête sauvage qui le possède, il sait qu'un jour elle bondira, laissant déferler sa rage, mais il la salue et savoure l'accalmie jusqu'au prochain orage.

La parole le soulage, «c'est comme un exutoire», alors il se livre et il exprime cette intimité profonde de son histoire. Sans honte, sans peur, sans masque, il fait la lumière sur cette folie qui est la sienne, cette folie ivre et fantasque. La transparence l'apaise, il la veut claire, il la veut franche, et alors son âme s'ouvre, se découvre, se vide et s'épanche.

Il n'y a qu'à eux qu'il ne dit rien, eux qui l'ont vu grandir, mais eux qui n'ont pas voulu voir son âme et son corps se détruire. Face à leurs questions, il garde le silence, il se souvient de sa détresse et de leur faiblesse dans son enfance. À leur contact, la bête bondit, elle se déchaîne et l'entraîne vers le fond et la folie, car demeure sa rancœur pour ces heures en enfer, pour ces heurts, pour ses pleurs, pour leur peur, et pour son frère.

...

Ses doigts plongent vers sa gorge, son hoquet résonne sur le carrelage. Son corps se convulse et la douleur chasse les couleurs de son visage. Le suc qu'il crache se tache de carmin, le souffle court, il se relève et enlève la bile de ses mains. Puis il sort laver son corps désormais vide. Dans sa bouche, il sent encore le goût des humeurs acides. Après son rituel, il se purifie sous le jet brûlant, et il laisse l'onde calmer sa honte et ses blessures d'enfant.

Pour écouter le slam d'Inès Bernoux



Le poids de la maladie

Oui, l'anorexie se décline aussi au masculin. 10% des anorexiques sont des hommes. Nicolas fait partie de cette minorité quasiment invisible. À travers son histoire, ce récit met en lumière les obstacles sociaux et médicaux lorsque qu'un garçon est touché par cette maladie «de fille».

Par Baptiste Gillot

«J'étais dans un état morbide, à deux doigts de la mort. Il fallait que je sois hospitalisé», admet Nicolas Heynderickx. À l'époque, le jeune homme est âgé de douze ans. Il pèse 20 kilos pour un mètre quarante et un. Ses parents, désespérés, l'envoient à l'hôpital pour enfants Reine Fabiola. Objectif du personnel médical: refaire manger Nicolas, et ce, par tous les moyens possibles. Le séjour durera six mois. «Cette période de ma vie, je la considère comme un trauma.»

Jusque-là, Nicolas Heynderickx a connu, selon ses dires, une «enfance heureuse». Inscrit dans une petite école communale de Woluwé, il vit très bien sa scolarité. Tous les écoliers se connaissent. L'ambiance est bon enfant. Ensuite, Nicolas est envoyé dans une autre école à partir de la quatrième. Ce changement, il le vit mal. Il ne connaît personne. Socialement, c'est un retour à la case départ. L'école ne compte plus une mais quatre classes par niveau. Moins intimiste, plus intimidant.

Il découvre le jugement, les moqueries. «Un de mes potes s'était fait traiter de gros. J'ai toujours été mince mais à partir de là, j'ai fait attention à mon physique.»

Le petit garçon se met alors à manger de moins en moins. À table, il prétexte des fausses excuses pour aller aux toilettes où il recrache sa nourriture. Vient un moment où plus rien ne doit rentrer. Une pomme par jour, c'est trop. «Je le cachais à tout prix mais mes parents n'étaient pas dupes, ils l'ont vite capté. Ils m'ont fait voir un pédiatre, un psy et une nutritionniste. A chaque fois, je disais que je ferais ce qu'ils me demandaient. Mais arrivé chez moi, je tombais de plus en plus dans mes travers.»

Sa santé se détériore au fil du temps. En trois mois, Nicolas perd treize kilos. Il sera hospitalisé en urgence. Il ne le sait pas encore, mais il est atteint d'anorexie mentale. 10% des anorexiques sont des garçons¹. Pourtant, il n'en croquera aucun lors de son hospitalisation.

10% des anorexiques sont des garçons.

Les paramètres vitaux de Nicolas sont dans le rouge. Les premiers jours, il reste aux soins intensifs. «Je pense que même mon cerveau tournait au ralenti. J'en ai d'ailleurs gardé des séquelles ; j'ai eu des pertes de mémoire. Ça arrive qu'on me parle de souvenirs d'enfance dont je ne me souviens plus.» Par la suite, il est transféré dans une chambre. Enfermé 23h/24, Nicolas a juste droit à une radio et à quelques bouquins. Un éducateur le surveille à chaque repas. Pas d'échanges ou de contacts. «Pas terrible pour te redonner goût à la nourriture.» Le garçon, lassé de l'austérité des lieux, finit par refuser de s'alimenter.

rendre visite tous les jours mais je restais enfermé. Je revivais la même chose mais en moins strict.» On lui diagnostique non pas un problème physique mais mental. D'où son transfert à la Ramée. Le lieu est réputé pour prendre en charge les troubles du comportement alimentaire (TCA). Dès le départ, dans cette clinique spécialisée, Nicolas accepte de manger. Il ne veut pas revivre un gavage. Mais il faut bien le dire, quand c'est un traiteur qui prépare la becquetance, l'exercice s'avère plus facile. «À la Ramée, je pouvais faire du sport, garder mon téléphone, voir mes potes. J'ai fait les 400 coups. J'ai vécu ça comme une colo de vacances en fait. Y'avait

«Lorsqu'une fille perd du poids à l'adolescence, le " tiroir " de l'anorexie mentale est très vite ouvert.»

Corine Blanchet, endocrinologue

Le surlendemain matin, le réveil ne se déroule pas comme les autres jours. On l'emmène dans une autre salle. Là, on lui injecte de force une sonde gastrique. La douleur est insoutenable, l'idée de se faire nourrir de force l'est tout autant. Un traumatisme.

Seul au monde ?

Mars 2012. Nicolas se réveille dans une chambre qui n'est pas la sienne. Il se trouve dans la clinique psychiatrique de la Ramée, à Bruxelles. La cause: une rechute. Depuis la fin de sa dernière hospitalisation, il y a deux ans, Nicolas bénéficiait de soins ambulatoires. Son état était stable. Toutes les semaines, il voyait une psychologue, une nutritionniste et un pédiatre. Mais depuis quelques temps, ça ne suffit plus. Avant de se retrouver ici, Nicolas a séjourné deux mois à l'hôpital Saint-Luc. «C'était similaire à Fabiola. Mes parents pouvaient quand même me

le côté médical qui était encore très présent mais pas lourd.» Encore une fois, Nicolas se distingue des autres: c'est le seul garçon anorexique de la clinique, et ce sera le cas jusqu'à la fin de son séjour.

Pourtant, Nicolas ne relève pas de l'exception. On l'a déjà évoqué, 10% des anorexiques sont en effet des hommes. C'est en tous cas le chiffre le plus souvent avancé par la communauté scientifique. Pourquoi s'est-t-il donc toujours retrouvé seul? «Je travaille ici depuis 15 ans», confirme Judith Dereau, cheffe psychiatre à la Ramée. «Parmi tous les adolescents qui ont été hospitalisés pour un trouble des conduites alimentaires, il y a eu cinq garçons.» Le problème est lié au diagnostic. «Quand on parle de symptômes d'anorexie mentale, on parle des trois A. Perte d'appétit. Amaigrissement. Aménorrhée, absence des règles. Le troisième A n'est pas présent chez les hommes, il n'y a pas de père aussi clair.»

¹ «Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux».

L'équivalent chez l'homme, c'est la dysfonction érectile et la perte de libido. On a déjà fait plus clair comme symptômes, en effet. Même lorsqu'ils sont détectés, ces symptômes sont associés la plupart du temps à un trouble dépressif. L'endocrinologue Corine Blanchet assure que «*lorsqu'une fille perd du poids à l'adolescence, le "tiroir" de l'anorexie mentale est très vite ouvert, mais lorsque c'est un garçon, au mieux on s'interroge, au pire on se dit que ce n'est pas grave, qu'il grandit, qu'il s'épaissira plus tard*». Pas de diagnostic, pas de maladie détectée. Pas de maladie détectée, pas de soins appropriés. À cela s'ajoute une dimension taboue. «*La force, qu'elle soit physique ou mentale, est valorisée socialement chez les hommes. Avouer qu'on a un trouble psychique, c'est avouer une faiblesse. À la honte d'avoir un trouble psychique, s'ajoute la honte d'avoir un trouble considéré comme féminin*», explique Mickaël Ehrminger, chercheur en santé publique. Lorsque des troubles alimentaires apparaissent, la confusion et l'incompréhension s'en mêlent. Le réflexe, c'est souvent de les cacher, de les garder pour soi. Pour un garçon, c'est d'autant plus probable. Des Nicolas, il y en a d'autres dehors. Soit, ils ne le savent pas encore, soit ils refusent de se l'avouer.

Objectif abstinence

Nicolas revient du supermarché. Il rentre chez lui. Son vrai «chez lui». Il a à présent 24 ans et vit dans son propre appartement. Plusieurs émotions l'envahissent: la peur, la nervosité, la contrariété. Arrivé sur place, il cuisine ses pâtes et s'installe à table. Les tentures ont bien été tirées. Ça y est, le rituel peut commencer. Il est 17h. Nicolas engloutit son repas à la hâte. Il se dirige ensuite vers les toilettes. Il s'accroupit. Son doigt s'enfonce au fond de sa gorge. Il racle jusqu'à ce qu'il régurgite le contenu de son estomac. Et il répète l'opération, en-

core et encore. Son corps se contracte, se plie sous la douleur. Les signaux sont clairs: il faut arrêter. Mais Nicolas persiste. Au point que parfois, des gouttes de sang se mélangent au vomis. La plupart du temps, c'est plutôt l'apparition de bile qui conclut la «purge». Puis, il prend toujours une douche. Il est 18h15 lorsque Nicolas rouvre les tentures de son appartement.

Une crise de boulimie. Voici comment on nomme un épisode comme celui-ci, même si, dans le cas de Nicolas, il ne s'agit pas d'ingestion de grosses quantités de nourriture. Le but n'est pas de se faire plaisir mais bien de se remplir, de «comblé un vide». En cas de forte restriction alimentaire, des phases boulimiques ou hyperphagiques² sont quasiment inévitables. Comme l'explique Yves Simon, psychiatre qui a créé l'unité des troubles alimentaires à l'hôpital de Braine l'Alleud, «*lorsqu'une personne se prive de nourriture, le corps met en place une série de mécanismes pour se protéger de la dénutrition. Dès lors, la personne sera amenée à perdre le contrôle*». Le craquage s'invite alors dans l'équation. Il guette, à l'affût. On a beau le repousser, à un moment ou un autre, il finira bien par s'imposer.

À présent, Nicolas se sent mieux. Pas encore guéri, mais plus en paix avec lui-même. Le plaisir de manger revient petit à petit, mais le processus est fastidieux. Il mange trois repas par jour – ou du moins essaie. Il en saute quand même de temps à autre. «*Je suis proche de l'orthorexie. J'ai du mal à faire des p'tits excès. Ça peut arriver mais le lendemain, je ferai plus attention. Je pense que j'ai encore peur de prendre du poids, le gras reste tabou.*» L'orthorexie se caractérise par la volonté de manger systématiquement sain, et de rejeter tous les aliments transformés, industriels ou perçus comme trop gras. Dit comme ça, ce TCA ne semble

pas bien dangereux. Cependant, selon Guillaume Le Loc'h, pédopsychiatre à l'hôpital Reine Fabiola, «*si le trouble devient obsessionnel, il y a un risque de basculer vers une anorexie mentale*». De plus, les orthorexiques suivent parfois un programme sportif très rigoureux. Dans ce cas, ils peuvent rapidement glisser vers un autre trouble: la bigorexie ou **d y s m o r p h i e** musculaire. Autrement dit, la pratique excessive de musculation. Quand le corps «parfait» devient un objectif à atteindre à tout prix. Attention, une personne peut faire beaucoup de sport en ayant un rapport sain à son corps. Mais dans le cas

des personnes atteintes de ce syndrome, elles ne sont jamais satisfaites. Pas assez de muscles. Trop maigre. C'est du moins ce qu'elles pensent, ce qu'elles «voient». D'où le surnom du trouble: l'anorexie inversée. Généralement, ça se traduit par l'adoption d'un régime ultra-protéiné, mais ça peut aller jusqu'à la prise de stéroïdes. Dans les salles de fitness, un homme sur dix serait concerné, selon la Fondation du trouble de la dysmorphie musculaire.

«Bonnes fourchettes»

Voilà huit ans que Dorian fréquente les Outremangeurs Anonymes (OA). Même façon de faire que les Alcools Anonymes: l'entraide, l'égalité entre les membres, les 12 étapes de guérison, le parrainage. Sauf que là, on parle de troubles alimentaires. Le jeune homme y est rentré presque par hasard. À l'époque, sa copine se rendait aux réunions OA. Elle savait qu'elle avait un TCA. Lui, pas encore. Il mangeait très généreusement, mais ne voyait pas le problème. Son entourage valorisait

même ce côté «bonne fourchette», «bon vivant». «*En tant qu'homme, c'est plus facile de se réfugier dans des excuses. On a moins de pression sur notre physique. Et puis, on est moins sensibilisés sur la question, donc c'est plus facile d'ignorer le sujet.*» Il était dans le déni et sa copine en avait conscience. Pour l'aider, elle propose alors qu'il l'accompagne aux réunions OA. Pour qu'il en sache plus sur son problème à elle, prétexte-t-elle. Bon prince, il accepte. Après tout, c'est un mec empathique. Au bout de quelques réunions, Dorian réalise qu'il est hyperphagique. Il mange pour anesthésier ses émotions. «*Si je*

n'avais pas eu l'illusion d'y aller pour elle, je n'aurais jamais poussé la porte. C'est un peu ridicule mais c'est ce qui m'a permis de ne pas affronter mes problèmes trop brutalement, je ne les aurais pas reconnus». Aujourd'hui Dorian ne se considère pas guéri mais abstinent. Il a en partie identifié la cause de son trouble: la procrastination et l'anxiété qu'elle engendre, d'autant plus lorsqu'on vit la pression d'un doctorant. Les causes d'un TCA sont souvent multifactorielles et dépendent d'une personne à l'autre: trouble obsessionnel compulsif, trouble du spectre autistique, événement traumatique, manque d'estime de soi, anxiété, dépression, environnement familial néfaste, etc. Ce ne sont que des exemples parmi tant d'autres. En fin de compte, le TCA, c'est souvent l'arbre qui cache la forêt. ▲

«Je pense que j'ai encore peur de prendre du poids, le gras reste tabou.»

Nicolas Heynderickx

² Le fait de surconsommer de la nourriture dans un temps limité. Mais contrairement au boulimique, l'hyperphage n'adopte pas des comportements compensatoires comme les jeûnes, les vomissements provoqués, la prise de laxatif, etc.

Prendre (de) son temps

En maison de repos, le temps semble passer lentement. Certaines choses paraissent inamovibles. Pourtant, au milieu de cet environnement, des dizaines de professionnels s'activent. C'est le cas de l'équipe paramédicale du home Saint-Nicolas d'Enghien. Chaque jour, Delphine et ses collègues donnent de leur temps pour adoucir celui des résidents.

Par Jonas Bourion

Dans sa chambre, Isidoor regarde la télévision. Le volume est très élevé, la faute à une ouïe défaillante avec l'âge. Il est assis dans son fauteuil, une tasse de café vide devant lui. À côté de cette tasse, une photo encadrée est posée face à la télévision et dos à Isidoor. Elle montre une femme souriante, se tenant à côté d'un mur de roses trémières, lunettes de soleil fièrement posées sur le nez. Il s'agit de l'épouse d'Isidoor, décédée en décembre 2022. Depuis lors, le vieil homme l'installe systématiquement auprès de lui afin qu'ils puissent regarder la télévision ensemble.

«Ici, nous sommes chez eux. Nous ne devons pas oublier ça.» Delphine est membre de l'équipe paramédicale de la maison de repos Saint-Nicolas d'Enghien depuis onze ans. Dans ce métier, elle a trouvé l'humanité qu'elle recherchait. Apprendre à connaître les résidents ainsi que leurs histoires, comme celle d'Isidoor, fait partie de son quotidien. Car son quotidien, c'est avec eux qu'elle le passe.

«Aide-moi à faire seul»

La vision de l'équipe paramédicale du home Saint-Nicolas d'Enghien s'inscrit dans la méthode Montessori. «Aide-moi à faire seul», souffle Delphine. L'objectif est de refuser toute infantilisation en encourageant les résidents à conserver

un maximum d'autonomie. «*Tout ce qui nous rend vivants, c'est ce qu'on a envie de faire. Nous, on veut absolument leur laisser le choix, même si ça nous prend du temps. On ne veut pas qu'ils aient l'impression que tout s'arrête parce qu'ils arrivent en maison de repos.*»

Jeux de société, promenade, séance de gymnastique douce...: voilà autant d'activités organisées par l'équipe paramédicale. Tour à tour, ses membres deviennent professeurs de yoga, randonneurs ou animateurs. Mais au-delà, il y a les activités que l'on ne voit pas. «*Parfois, il faut juste s'asseoir et prendre le temps de discuter*», raconte Delphine. «*On voit alors dans leurs yeux qu'ils se sentent reconnus en tant que personnes et que ce lien social est crucial pour leur bien-être.*»

Pendant deux semaines, j'ai pu suivre l'équipe paramédicale du home Saint-Nicolas d'Enghien. Malgré un retour inopiné du Covid-19 pendant l'immersion, j'y ai rencontré des professionnels profondément humains, convaincus qu'un sourire ou une longue discussion peuvent changer beaucoup de choses. Chaque jour, Delphine et ses collègues prennent (de) leur temps pour adoucir celui des résidents. Ma façon de les remercier est de vous proposer de prendre un peu du vôtre pour découvrir leur travail et le quotidien des résidents.





Diabète de type 2 Un dépistage insuffisant contre la « maladie du siècle »

1,05 million de personnes sont déjà atteintes du diabète de type 2 en Belgique. Parmi elles, un tiers ignore avoir contracté la maladie. Le nombre de cas ne cesse d'augmenter, notamment chez les personnes plus précaires et les rares actions de prévention ne suffisent pas.

Par Stefan Tabirta

Stylo autopiqueur, capteur de glycémie, stylo à insuline, sucre, languette blanche, voilà le matériel rangé dans la trousse que Mehidi traîne toujours derrière lui. Il est 15h32 lorsqu'il mesure son taux de glycémie pour la troisième fois de la journée. « Dès que je ne me sens pas bien, automatiquement je me teste. » Il prend son stylo et se pique le bout de son doigt. Il prélève une goutte de sang sur une petite languette blanche et l'insère ensuite dans un capteur qui lui permet de connaître l'état de sa glycémie. « Voilà, je suis à 90 milligrammes de sucre par décilitre de sang. Si je ne mange pas quelque chose de sucré dans les trente minutes, je risque de faire une crise de glycémie. » Mehidi note minutieusement l'heure et sa concentration de glucose dans un carnet qui le suit partout. Il en a déjà rempli sept en l'espace de deux ans depuis qu'il a appris qu'il était atteint du diabète de type 2.

« J'ai déjà eu des crises, mais au début je ne savais pas forcément que c'était à cause du diabète. » Il pense alors à des baisses de tension parce qu'il a sauté des repas. « Est-

ce que tu es déjà tombé dans les pommes ou as-tu déjà eu une baisse de tension ? Ce sont à peu près les mêmes symptômes sauf qu'ils sont considérablement augmentés. C'est vraiment désagréable, tu commences à paniquer car ton corps te lâche, d'un instant à l'autre tu perds le contact avec la réalité. Ma voisine m'a déjà retrouvé deux fois inconscient devant ma porte. » Mehidi vit seul.

L'épidémie du siècle

Le diabète de type 2 est une maladie chronique incurable, qui se traduit par des symptômes silencieux provoquant une diminution de la sensibilité à l'insuline et un épuisement du pancréas. Considérée comme « l'épidémie du siècle¹ », cette maladie dite de « maturité » apparaît progressivement à partir de l'âge de 40 ans. De plus en plus de jeunes sont concernés. En plus des crises, les personnes atteintes s'exposent à un risque de cécité, d'insuffisance rénale, d'accident vasculaire cérébral (AVC) ou encore d'amputation.

Selon le Centre européen d'étude du diabète (EDC), le nombre de diabétiques dans le monde était de 108 millions (diabète de type 1 et de type 2 confondus) en 1980. En 2021, la maladie affectait 537 millions de personnes, parmi lesquelles 90% étaient diabétiques de type 2. D'ici 2030, l'EDC estime que 643 millions d'êtres humains seront concernés.

En Belgique, d'après les données de belgiqueenbonnesante.be²), la prévalence du diabète (type 1 et 2) est de 10% parmi la population depuis 2020. Ainsi, 1,05 million de Belges sont diabétiques de type 2 (90% des cas de diabètes). Pour avoir un ordre de comparaison, en 2014, Sciensano estimait que la prévalence du diabète de type 2 était de 640 000 personnes. De ce fait, en l'équivalent de 10 ans, ce ne sont pas moins

de 410 000 nouveaux cas qui sont apparus au sein de la population belge.

Dans la capitale, le constat est encore plus alarmant. À Bruxelles, 40% de la population a plus de 40 ans. Le Réseau santé diabète estime donc qu'un Bruxellois sur quatre de plus de 40 ans est atteint du diabète de type 2, soit plus de 120 000 habitants.

Chez les plus précaires

Les 120 000 Bruxellois atteints par la maladie ne sont pas équitablement répartis dans les communes. On retrouve une forte concentration de diabétiques de type 2 dans le « croissant pauvre » (partie Ouest du pentagone sur les territoires de Bruxelles-ville, des communes de Saint-Josse, Molenbeek-Saint-Jean, Saint-Gilles, Schaerbeek et Anderlecht).

Diabète standardisé par âge et sexe en Région bruxelloise, 2016

(Observatoire de la santé et du social de Bruxelles)

Indice standardisé
Région bruxelloise : 100

> 130
100 - 130
70 - 100
< 70
moins de 50 bénéficiaires



Source: Agence InterMutualiste
Cartographie: Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

¹ « Le diabète, l'épidémie du 21e siècle », Esanum (en ligne).

² Site web à l'initiative du gouvernement destiné à sensibiliser le public belge à l'importance de la santé et du bien-être.

Cette zone regroupe les communes ayant les revenus totaux nets moyens les plus bas de la Région³. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les personnes précarisées voient leurs choix alimentaires limités en raison d'un faible pouvoir d'achat, qui les pousse à consommer des aliments transformés riches en sucre et en graisse. Ces personnes sont également plus vulnérables au stress que peut procurer l'environnement urbain, ce qui favorise la consommation d'alcool et de tabac. 70% des espaces verts se trouvent en périphérie de la capitale bruxelloise, les habitants du «croissant pauvre» courent donc aussi un risque plus important de mener une vie sédentaire. Toutes ces circonstances contribuent à la propagation du diabète de type 2. Ce sont donc ces raisons qui exposent les Bruxellois précarisés à un risque presque 50% plus élevé que les plus aisés, de souffrir de diabète de type 2.

Malgré cette vulnérabilité accrue, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) constate que dans les quartiers défavorisés de Bruxelles, on retrouve moins de généralistes et de spécialistes, plus de patients sans mutuelle et un taux de mortalité plus élevé pour certaines maladies. D'après l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), en 2020, environ un tiers des Belges ont reporté ou évité des soins de santé pour des raisons financières.

Une angoisse omniprésente

Mehidi doit jongler avec ses quatre à cinq piqûres quotidiennes d'insuline.

Le Réseau santé diabète estime qu'un Bruxellois sur quatre de plus de 40 ans est atteint du diabète de type 2.

Le traitement médicamenteux ne suffit plus. Les injections lui permettent de contrôler son taux de glycémie, sans quoi la quantité de sucre qu'il a dans le sang serait trop instable.

Il se pique à hauteur de son nombril. « Certains ont peur de faire un malaise s'ils s'injectent trop d'insuline. On doit être son propre médecin ! » Il a dû se contenter des seules indications qu'on lui a données lors de son diagnostic. « Ils m'ont simplement dit : "Vous mettez cinq doigts à droite ou à gauche du nombril et vous vous piquez là" », explique-t-il. Avec le temps, ce protocole devient douloureux. « Avec quatre à cinq piqûres par jour, à la longue, ça fait mal et ça devient sensible. Sur deux ans, tu peux imaginer le nombre d'injections. »

D'autres tracas s'ajoutent à la charge que lui impose son traitement. « Ce qui est difficile avec cette maladie, c'est qu'il faut sans cesse faire attention à son alimentation. » Avant chaque repas, Mehidi doit connaître son taux d'insuline et le sucre contenu dans les aliments qu'il consomme. En plus de cette rigueur alimentaire, le diabète ne lui facilite pas la tâche sur le marché de l'emploi. « J'ai toujours été restaurateur d'œuvres d'art indépendant et dans ce domaine, tu ne trouves pas facilement du boulot. Depuis que je suis diabétique, c'est encore plus compliqué. » Mehidi ne s'en cache pas : il a du mal à joindre les deux bouts. « Quand je paye mon loyer et tout ce qui va avec, je vis avec un budget de 21 euros par jour et avec ça, je dois manger, je dois tout faire. » Il reçoit une aide du CPAS, qui lui permet de bénéficier des transports en commun gratuitement et

de médicaments à prix réduit. « Sans le CPAS, je ne sais pas comment j'aurais fait. »

Aux yeux de Mehidi, le diabète de type 2 est une « agression journalière ». « Ce n'est pas une maladie anodine, elle change ta perception des choses. » Les personnes autour de lui ne se rendent pas souvent compte des problèmes auxquels il est confronté. « C'est vraiment une angoisse. Que je sois bien ou pas bien, je dois cuisiner, je dois aller faire les courses, je dois gérer toutes les questions administratives. »

Une prévention inefficace

Comme pour beaucoup de diabétiques de type 2, Mehidi ne connaissait pas la maladie avant d'en être lui-même atteint. Lorsqu'il l'a découverte, il était abasourdi. « On n'en avait jamais parlé, que ce soit en famille ou bien entre amis. » Selon le Réseau santé, plus d'un diabétique de type 2 sur trois ne serait pas au courant qu'il est porteur de cette maladie.

Seule une analyse de sang, à jeun, permet de confirmer la présence d'un diabète. Contrairement aux stratégies de dépistage mises en place pour le cancer du côlon, celui du sein ou encore celui de la prostate, aucune stratégie n'existe réellement concernant le dépistage du diabète de type 2. D'après l'Agence inter mutualiste (AIM) et le Réseau santé diabète, il n'y a pas d'invitation systématique à se faire dépister, ce qui est paradoxal au vu du nombre de diabétiques qui l'apprend par hasard, lors d'une prise de sang de routine.

À Bruxelles, c'est la Commission communautaire française (COCOF) qui gère les compétences en matière de santé. Elle fixe un cadre général au travers, notamment, d'un Plan de promotion de la santé qui vise à sensibiliser les Bruxellois aux comportements sains (favorables à la santé concernant l'alimentation, les activités physiques, la consommation d'alcool et de tabac). Le Réseau santé diabète a été désigné pour promouvoir la santé autour du diabète

de type 2. Dans les Marolles, le Réseau organise des ateliers de cuisine et des séances sportives. On retrouve également ce genre d'initiatives à Forest et Saint-Gilles grâce à l'asbl Forest quartier santé, à Cureghem avec l'asbl Pissenlit et à Molenbeek grâce à l'asbl La rue.

Limitées au niveau du quartier, ces stratégies ne suffisent pas. Les associations déplorent ne pas pouvoir étendre leurs actions. « On a l'impression qu'on ne nous donne pas les moyens d'atteindre nos ambitions. Il faudrait des initiatives à l'échelle de plusieurs quartiers, et même à l'échelle de Bruxelles », indiquent les membres du Réseau santé diabète. « On peut agir sur un ou deux déterminants pour notre quartier. Le problème du diabète de type 2, c'est qu'il englobe des déterminants comme la qualité alimentaire, ce qui nous dépasse. » L'OMS recommande de mettre en place des politiques et des stratégies nationales pour prendre en charge la prévention. En optant pour cette approche holistique, peut-être la Belgique parviendra-t-elle à faire baisser le nombre de cas sur son territoire ?

La vie continue

Bien que la maladie ne soit pas toujours évidente à gérer, des millions de diabétiques de type 2 continuent de vivre. Dans le groupe Facebook « diabète de type 2 description et recettes, conseil », Riccardo suggère d'avancer un pas à la fois. « Le diabète ne requiert pas un régime, mais un changement de style de vie. C'est difficile de totalement lâcher le sucre du jour au lendemain. Plutôt que de me limiter à 0 sucre, je me permets quelques petites gâteries pendant le mois et mon diabète se porte très bien. »

Pour Cécile, la maladie l'a obligée à reprendre des routines oubliées. « C'est motivant de se réapproprier son image. Parvenir à remplir tous ces petits objectifs, ça me pousse à aller de l'avant. »

« Finalement, conclut Séverine, le diabète, même si c'est difficile à dire, m'a rendu service car il m'a permis de changer. » ▲

³ Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA).

Dernier acte

À la morgue de l'hôpital Molière-Longchamps (hôpitaux Iris Sud), où je suis restée trois semaines, les agents ont un rôle bien différent des autres membres de l'hôpital. L'enjeu n'est plus de sauver le corps souffrant mais de lui offrir un dernier soin: effacer toutes traces des conséquences de la mort. Dernier maillon de la chaîne hospitalière, l'agent de la morgue considère le défunt non pas comme une dépouille anonyme mais comme un être singulier qu'il faut traiter avec attention.

Par Anne-Laure Dufeal

«Rendre à la famille leur proche»: voilà l'essence du travail de Joëlle Hocquet, embaumeuse professionnelle, thanatopracteur et responsable de la coordination des morgues pour les hôpitaux Iris Sud (Etterbeek-Ixelles, Joseph Bracops, et Molière-Longchamps). De l'arrivée du corps jusqu'à son ultime départ, Joëlle est présente. Les gestes répétés mille et une fois sont empreints d'une tendresse et d'une précaution infinies.

La morgue, hors du temps, est régie par un silence absolu. Parfois, les frigos de la chambre froide grondent comme pour nous rappeler où nous sommes. L'immobilité des longs jours s'interrompt par la sonnerie du téléphone qui signale une arrivée ou un départ: aller chercher le défunt, faire les soins de présentation, libérer le corps de sa rigidité cadavérique, le conserver au frigo, prendre contact et présenter le corps à la famille, assurer le circuit administratif, mettre en bière (placer le corps dans le cercueil) avec les pompes funèbres.

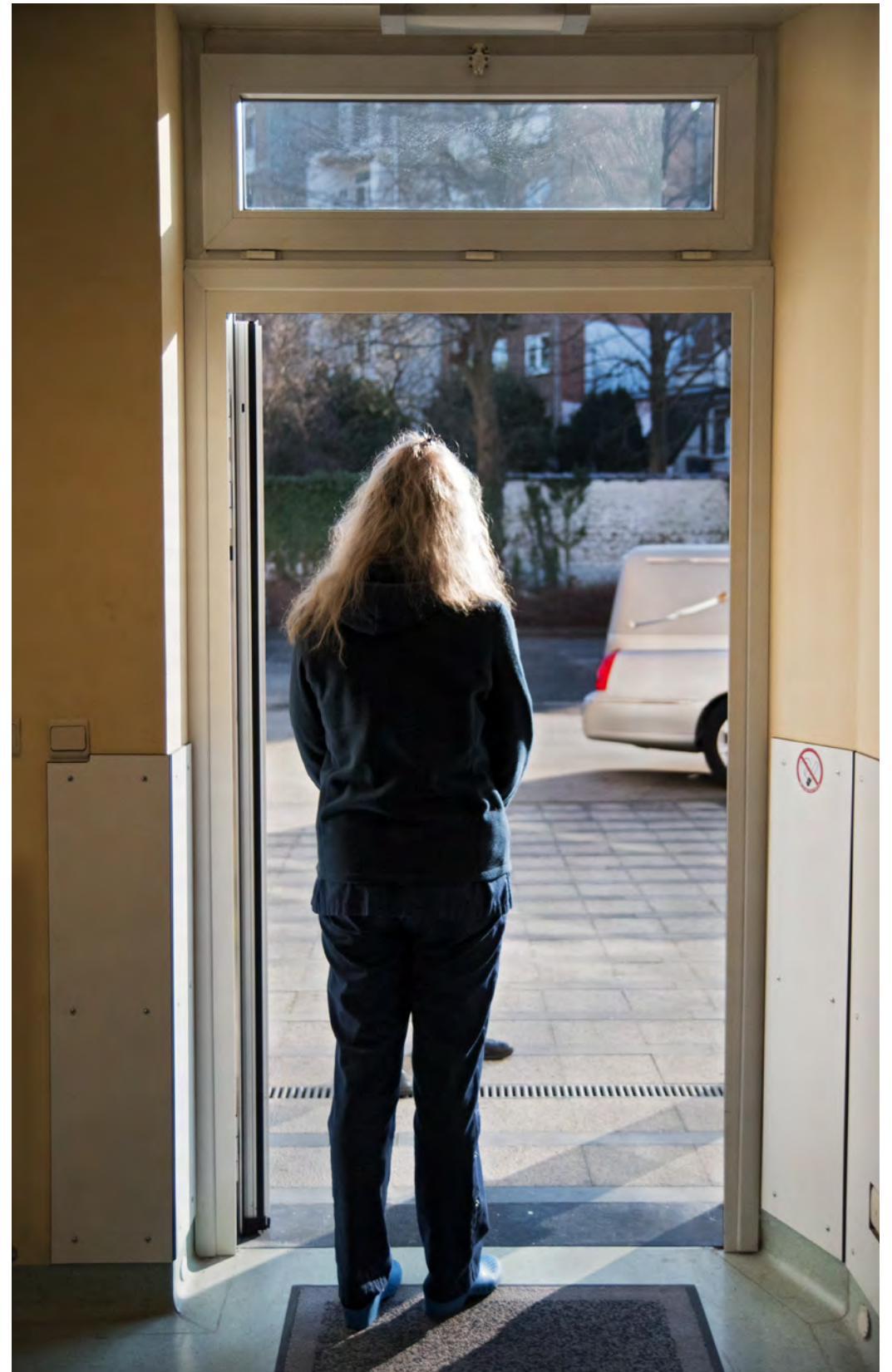
Si la plupart des agents en morgue hospitalière choisissent ce métier après une reconversion professionnelle, pour Joëlle, travailler avec les défunts a toujours été une évidence. Petite, elle voulait «maquiller les morts». Malgré sa fascination pour ce métier, si particulier, travailler à la morgue n'est pas toujours

facile: «c'est un métier difficile psychologiquement. J'ai voulu arrêter.» Il y a quelques années, elle troque ses gants et son tablier jaune pour un travail plus conventionnel. Elle obtient en cours du soir un bachelier en management et rejoint le corps administratif des hôpitaux Iris Sud. Mais Joëlle n'est pas une femme de conventions, plutôt de convictions. Elle décide de revenir à sa première passion, à cette morgue qui la fascine tant.

Au travail, l'agent mortuaire est le seul maître à bord. Son travail n'est pas dicté par la chaîne de commande et la hiérarchie du travail médical. Ce système lui confère une grande liberté, mais sa profession est souvent reléguée au second plan. Pourtant, la morgue est une pièce maîtresse de l'institution: les différents services gériatriques y envoient leurs patients défunts.

Mais pour Joëlle, les défunts et la famille sont la priorité. Elle n'oublie pas la part humaine de son métier: «j'agis comme si c'était mon père sur la table». En 29 ans de carrière, elle refuse de se laisser submerger par l'indifférence. Elle assure que si cela devait arriver, alors, «il serait temps de changer de métier».





Sur un pied d'inégalité

Si l'avenir peut se lire dans les lignes de vos mains, vos pieds aussi ont des choses à dire. Il faut d'abord oser les montrer, et ensuite aligner les billets. Les podologues et pédicures médicales proposent des services essentiels mais peu remboursés. Enquête sur l'accès aux soins des pieds à Bruxelles.

Par Léa Dornier

Une plaie ouverte lacère l'orteil de Maria*, devenu violet. Elle ne peut quasiment plus le bouger. La douleur l'a amenée à consulter à La Fontaine, un centre d'accueil de jour à Bruxelles. Elle n'avait jamais, en 60 ans, fait ausculter ses pieds. Elle voudrait que ça se termine vite et qu'on ne se s'attarde pas sur ses ongles épais et noirs. Pour les infirmières, sa plaie est bénigne comparée aux ulcères et aux macérations des pieds qu'elles soignent régulièrement. Ou plutôt, qu'elles tentent de soigner. Car dans certains cas, les dommages sont irréversibles.

Selon une étude de 2019 menée par l'Union française de santé du pied (UFSP), 38% des personnes qui consultent un podologue ne sortent plus de chez elles à cause de leurs douleurs. Un déséquilibre du pied ou de la démarche peut affecter toutes les autres parties du corps – genoux, hanches, dos, épaules, mâchoire – et occasionner un lourd handicap. «*Il y a des gosses de 12 ans*

à qui on demande de stopper le sport, suite à une blessure ou une pathologie de croissance, alors que les semelles peuvent les soulager complètement ou au moins leur éviter que ça empire. J'en suis la preuve.» Sabrina Coutelle était handballeuse de haut niveau. Une blessure au genou, pendant son adolescence, l'oblige à porter des semelles podologiques. Et là, miracle: elle peut continuer à dribbler. C'est une révélation, elle se dit: «*ok, je veux devenir podologue.*»

La magie a un prix: minimum 200 euros, rien que pour des semelles. Peu de mutuelles couvrent la dépense. 50 euros remboursés tous les deux ans pour la Mutualité neutre, contre tous les ans pour Hélan et Partenamut. La Mutualité libérale, elle, offre 20 euros tous les ans. Solidaris reverse 40 euros tous les ans pour les enfants, et tous les deux ans pour les adultes. Avec cette somme, les patients dans le besoin ne vont pas bien loin. Selon une enquête Sciensano de 2013, 22,5% des Bruxellois déclarent

avoir reporté des soins de santé pour des raisons financières. Les pieds n'y échappent pas. «*On mène un projet de recherche, en partenariat avec la Haute École Libre de Bruxelles (HELB) pour prouver l'importance de la podologie et obtenir de meilleurs remboursements*», revendique Joe Abi Nader, président de l'Association belge des podologues.

Prendre le pied par les cornes

Franck* vit dans la rue. Grand et charmeur, il a un sourire accroché aux lèvres, malgré quelques dents en moins. «*Il aime bien m'embêter*», s'amuse Laura Papasergio, pédicure médicale au tempérament bien trempé. Le quinquagénaire vient toutes les semaines, sur rendez-vous, au centre d'accueil La Fontaine. Dès qu'il arrive, il prend une petite caisse avec des vêtements propres et des produits d'hygiène. Il file sous la douche puis enfile,

de peau durci qui s'enfoncé sous le derme, récidive sur son pied droit. Romain sera-t-il capable de l'enlever pour de bon? Le futur podologue crée une petite orthèse en silicone à placer entre ses orteils pour limiter le frottement. L'équipement a un coût: 70 euros le gros pot de silicone. Laura évite de s'en servir: «*Les patients perdent toujours leur orthèse, ils ont des conditions de vie trop précaires. Ils ne se rendent pas compte du prix.*» Romain dément. «*Il vaut mieux tenter et faire confiance au patient. J'essaie de les rendre acteurs de leurs soins. Je leur explique bien mes gestes et la marche à suivre pour se soigner.*»

Les pieds des personnes sans-abri requièrent une attention particulière. «*Ils marchent tellement qu'ils ont les mêmes pathologies que les runners*», sans pour autant disposer de chaussures adaptées ni d'une «*hygiène régulière*». S'ils consom-

«**Quand tu sais que ton hygiène n'est pas top, tu n'as pas envie de montrer tes pieds.**»

Sabrina Coutelle, podologue

comme tout le monde, des chaussons blancs. Dans la salle commune, on lui sert un café et il en profite pour saluer d'autres habitués qui mangent un bout en lisant «*Métro*». «*On a un spécialiste des pieds aujourd'hui*», lui indique Laura, de sa voix rauque. Elle présente Romain Pierre, étudiant et stagiaire en podologie. Il apporte des connaissances sur la posturologie et le bon fonctionnement de l'appareil moteur, tandis que le métier de pédicure concerne uniquement les pathologies liées aux ongles et à la peau.

Sous sa barbe épaisse et ses tatouages, Romain cache une détermination folle. Franck le met au défi. Un cor, un cercle

ment de l'alcool, leur transpiration sera plus abondante et acide. Certains dorment avec leurs souliers. En hiver, leurs pieds restent constamment humides et finissent par macérer. Depuis dix ans qu'elle les soigne, Laura sait que «*les premiers soins prodigués sont toujours plus longs, car ces patients ne se sont parfois pas occupés de leurs pieds depuis des années. Quand ils reviennent régulièrement, on peut aller plus vite et on fait de l'entretien.*»

Romain a eu raison de faire confiance à Franck et Maria. Ils retournent au centre la semaine suivante, chacun à son tour, avec son orthèse bien conservée et des orteils qui commencent à cicatriser.

La pédicure médicale soigne les symptômes, mais pas forcément les causes. La Fontaine, et les autres établissements destinés à des publics précaires, ne sont pas équipés pour fabriquer des semelles podologiques, au grand regret de Romain. «*Ça ne guérit pas sur le long terme. Les cors sont souvent liés à une démarche anormale, ce qui pourrait être réglé en portant des semelles.*» Parfois, le simple fait de changer de chaussures peut résoudre une partie du problème. «*On essaye d'endiguer plus que de traiter.*»

Couvrez ce pied que je ne saurais voir

«*Quand tu sais que ton hygiène n'est pas top, tu n'as pas envie de montrer tes pieds*», assure Sabrina Coutelle, podologue depuis ses 22 ans. Des pieds, elle en a vu défiler. Aujourd'hui, elle termine en parallèle un master en santé publique, motivée par l'ambition d'un accès aux soins plus égalitaire. «*Quand je bossais à l'hôpital, j'ai rencontré un vieux monsieur qui vivait seul. Il n'avait pas coupé ses ongles depuis six ans, il ne pouvait pas se baisser. Pourtant, il était assez autonome, il se lavait tout seul. Même s'il avait parfois la visite d'infirmières, personne n'avait pensé à regarder ses pieds. J'ai dû rattraper les dégâts.*»

Tous les deux mois, quatre étudiants en podologie de l'HELB se rendent au centre Entr'aides des Marolles pour s'occuper gratuitement de personnes dans le besoin. Les soins sont réalisés dans une vaste salle de réunion. Les vitres, orientées au nord, laissent peu entrer les rayons du soleil, mais offrent un point de vue sur les toits alentour. Quelques plantes verdissent la pièce. Une patiente retire les feuilles mortes de l'une d'elles.

Robin Hoffmann s'occupe d'une dame de soixante ans qui ne parle pas bien français. Il lui pose des questions de routine: «*- Vous avez du diabète? - Oui. - Vous prenez des médicaments ou de l'insuline? - Non. - Comment savez-vous*

que vous avez du diabète? Vous avez fait des tests? - Oui. - Il faut régulièrement consulter un médecin alors, pour contrôler.» Le diabète peut provoquer de la neuropathie, une perte de sensibilité des membres inférieurs, augmentant le risque d'ulcères, d'infections, et au bout du compte, d'amputation.

Les conversations des étudiants avec leur patient se mêlent les unes aux autres. On peut tout entendre et voir. Les silences. Les malaises. Les rires. Le vrombissement des fraises podologiques. Assis sur leur chaise en attendant leur tour, les patients discutent entre eux. «*- J'ai du mal à mettre mes chaussettes. - Moi aussi.*» L'une est pieds nus dans ses baskets, malgré le froid hivernal. L'autre porte des sandales.

«Ah bon, j'ai payé autant?»

Christophe* arrive en avance dans le cabinet de sa podologue, Sabrina Coutelle, à Woluwe-Saint-Lambert. Il se présente tiré à quatre épingles, écharpe nouée autour du cou et cheveux blancs bien peignés. Il est pressé: il part en vacances en Espagne dans quelques jours. Mais avant, il doit faire réviser ses semelles, qu'il a commencé à porter en décembre 2021. Ses balades intensives durant le confinement ont provoqué un névrome de Morton, une compression d'un nerf entre deux orteils. «*Je ne savais plus marcher. Grâce aux semelles, la douleur a disparu.*» Christophe est tellement satisfait qu'il en possède maintenant trois paires différentes, qui s'adaptent à tous ses souliers, des chaussures de marche aux mocassins.

Il a oublié ce que ça lui a coûté. 220 euros pour chaque paire et 80 euros la visite. «*Ah bon, j'ai payé autant? Ça n'a pas de prix car je n'ai plus mal.*» Meryem* aimerait en dire autant. Voûté, son corps entier la fait souffrir, surtout ses lombaires, mais le coût des semelles rajoute un poids. La podologue insiste. «*Vous en avez vraiment besoin.*» Meryem a un hallux valgus – une bosse osseuse sur l'articulation du gros orteil

– une scoliose, une hernie discale et une tendinite. Ses pieds s'affaissent, elle ne se sent jamais en équilibre. «*Les semelles éviteront que ça empire, mais je ne peux pas vous promettre un miracle.*»

Allongée sur la table d'examen, Meryem ferme les yeux et profite du massage. Les traits de son visage se détendent enfin. Entre le chômage, sa mère malade et ses enfants à gérer, «*en avoir plein le dos, ce n'est pas qu'une expression.*» Le récent séisme dans son pays natal, la Turquie, a été le coup de massue.

«*Vous avez les jambes tendues, vous êtes stressé?*», demande la podologue à Christophe. «*Non, c'est parce que je reviens du ski.*»

La podologie au plus près de l'humain

Sabrina Coutelle essaye de s'adapter aux moyens de ses patients. Elle propose une réduction à Meryem: «*Vous donnez beaucoup aux autres. À moi de vous aider un peu.*» Les patients peuvent aussi régler en plusieurs fois. «*J'ai déjà bricolé directement dans la chaussure, parce qu'une personne ne pouvait pas se payer de vraies semelles. J'en ai aussi offert à des réfugiés ukrainiens. Je peux me le permettre grâce à ma clientèle plus aisée.*»

Elle est agréée au CPAS d'Ixelles. Le bénéficiaire de l'aide sociale doit d'abord recevoir une prescription du médecin. Le podologue fait un devis, qui est ensuite soumis à un comité. «*Je n'ai jamais eu de refus mais il faut parfois faire plusieurs devis. Les patients n'ont pas à avancer l'argent. J'attends plusieurs mois*

pour être payée... Et je ne gagne quasiment rien.» Peu de communes disposent de podologues agréés au CPAS. «*À part Sabrina Coutelle, je n'en connais aucun*», déplore Joe Abi Nader, président de l'Association belge des podologues.

«Ah bon, j'ai payé autant? Ça n'a pas de prix car je n'ai plus mal.»

Christophe, qui possède trois paires de semelles différentes.

Les orthopédistes, à la différence des podologues, bénéficient d'un remboursement de l'INAMI: 50 euros sur 120. De nombreux patients se tournent vers cette option, qui semble plus accessible. Ils étaient 196 440 en 2021, pour un total de 9946000 euros déboursés par l'organisme.

À long terme, Joe Abi Nader assure que la podologie est plus rentable et efficace pour le patient. Les semelles podolo-

giques sont garanties entre deux et cinq ans. «*On peut retravailler dessus tous les ans, si elles s'affaissent.*» L'orthopédiste ne propose pas d'examen posturologique et utilise des matériaux rigides, comme le liège, pour confectionner les semelles, alors que le podologue analyse la démarche du patient, crée un moulage 3D de son pied et regarde ses empreintes. «*L'orthopédiste reste statique, alors que notre expertise est dynamique. Avec notre approche, on réussit même à traiter des problèmes de mâchoire.*»

Maria a encore l'orteil déformé lorsqu'elle sort de son second rendez-vous avec le podologue. «*L'orthèse en silicone protège son pied, mais ne corrige pas la malformation*». Elle arrive à marcher sans trop boiter. Vu le chemin parcouru, c'est déjà une victoire. ▲

* Les prénoms ont été modifiés

Elle n'avait pas de «vrai problème»

Émilie sort d'une dépression. Ne bénéficiant d'aucun revenu, elle a dû se tourner vers le CPAS afin d'obtenir une aide financière lui permettant un suivi psychologique. Un geste qui n'est ni simple ni anodin. Portrait d'une jeune femme en rémission et d'une institution essoufflée.

Par Lena Bonheure



« Vous savez, madame, il y a des gens qui ont de vrais problèmes. » Cette phrase, Émilie¹ l'a entendue alors qu'elle cherchait de l'aide auprès du CPAS de Schaerbeek. Cette phrase, elle l'a vécue comme un coup de poing dans l'estomac. Pourtant, elle n'est pas tombée. Et elle a poussé la porte autant de fois qu'il le fallait pour obtenir l'aide dont elle avait besoin, et à laquelle elle avait droit.

Lorsque j'ai commencé mes recherches et qu'on m'a parlé d'Émilie, je me suis construit une image mentale. Sans trop savoir pourquoi, j'ai imaginé une femme d'âge mûr, sur qui la vie aurait laissé des traces, notamment physiques. Et pourtant, à Schaerbeek, 60,42% des bénéficiaires du Revenu d'intégration sociale (RIS) ont moins de 25 ans². Je ne m'attendais pas à la personne que j'ai ren-

« À un moment donné, je n'ai juste pas pu, je ne pouvais pas continuer. J'avais besoin d'aide. »

Émilie, usagère du CPAS

Émilie est née en Belgique, mais a passé la majeure partie de son enfance à l'étranger, déménageant au gré des petits boulots et des aventures amoureuses de sa mère. Bien vite, Émilie supporte toutes sortes de responsabilités d'adulte. Elle quitte l'école à quinze ans. Lorsqu'elle revient en Belgique à sa majorité, elle est seule et sans aucun revenu. Elle se tourne alors vers le CPAS pour survivre, et reprend des études afin d'obtenir son CESS, consciente de l'importance de ce sésame. En 2020, elle contracte une maladie gynécologique dont les médecins ne prennent pas assez rapidement la mesure. Les soins tardent. Petit à petit, son moral et sa santé mentale se dégradent. « À un moment donné, je n'ai juste pas pu, je ne pouvais pas continuer. J'avais besoin d'aide. » Ainsi, l'été 2021, Émilie entame des démarches pour obtenir un suivi psychologique et se tourne à nouveau vers le CPAS.

contrée: Émilie est jeune et plutôt souriante. Elle a d'ailleurs l'air plus à l'aise que moi. Elle parle sans détour, évoque son passé avec franchise et n'hésite pas à rire de l'absurdité de certaines situations. Son regard et son visage ne laissent rien deviner de la profondeur de ses tourments.

Une maladie invisible: c'est ainsi qu'on qualifie souvent la dépression. Invisible et donc souvent incomprise ou sous-estimée. Après avoir trouvé la force de chercher de l'aide, les premiers obstacles auxquels doit faire face Émilie sont la désinformation et l'incompréhension. Sur son visage ne se lisent ni ses luttes mentales ni l'effort fourni pour venir en parler: et pourtant, après chaque sortie, deux jours complets lui sont nécessaires pour récupérer. « Je ne pense pas que quelqu'un viendrait demander une aide urgente pour des soins physiques, parce qu'il s'est

¹ Le nom a été modifié. Photo d'illustration.

² Chiffres Brulocalis pour l'année 2022.

cassé la jambe par exemple, on lui dirait d'attendre parce que ce n'est pas si urgent et qu'il y a d'autres problèmes. Moi, c'est ce qu'on m'a dit au début et pourtant ce n'est pas moins important, j'avais tout autant besoin d'aide.» Pourtant, selon le rapport 2019 de la Plateforme bruxelloise pour la santé mentale (PBSM), «les besoins de soins en santé mentale semblent bénéficier généralement de la même considération qu'un besoin de soins de santé physique». Mais dans les faits, il s'agit plutôt de situations au cas par cas. Le rapport mentionne d'ailleurs par la suite qu'obtenir une aide est plus difficile dans certains CPAS que d'autres. En cause: la densité de population, le nombre de demandes, la saturation des services, les tabous autour de la santé mentale.

Émilie commence par raconter ce qu'elle considère comme une «chance»: celle d'avoir déjà, dans le passé, rencontré une assistante sociale qui lui a expliqué ses droits en détail, notamment concernant les demandes d'aides financières dans le domaine médical. En effet, un assistant social est tenu de prendre en compte toutes les demandes, ensuite évaluées par le conseil du CPAS. Mais le travailleur social ne peut refuser une demande de lui-même, il ou elle a seulement un droit de conseil. Pourtant, par manque de considération voire d'informations, certains rechignent à prendre certaines demandes en compte, prétextant qu'il y a plus grave, plus urgent ou un manque de financement, ou que, de toute manière, la demande ne serait pas acceptée et que cela ne servirait à rien. C'est la première réaction à laquelle Émilie s'est heurtée lorsqu'elle a souhaité obtenir l'aide du CPAS. Et elle n'est pas la seule.

À Schaerbeek, 60,42% des bénéficiaires du Revenu sociale (RIS) ont moins de 25 ans.

À l'origine des questionnements ayant mené à cet article, j'ai également rencontré d'autres usagères du CPAS, à Braine-l'Alleud cette fois. À la suite d'un atelier «Confiance en soi», organisé en complément de l'aide que pouvait leur apporter le CPAS, considérée comme insuffisante tant par les participants que par l'organisatrice, elles m'ont confié les mêmes difficultés. «J'ai toujours dû me battre moi-même dans la vie, seule. Alors je me suis battue pour ça aussi. Mais oui, j'ai dû demander moi-même cette aide au CPAS et insister pour l'obtenir», raconte l'une d'elles. Une autre, après avoir insisté sur le fait

que son histoire ne serait pas intéressante pour moi, explique être restée au stade précédent: «Je sais que je devrais aller voir un psy, que ça me ferait du bien. Mais on m'a juste donné une liste de personnes que je pouvais contacter, et je dois faire toutes les démarches toute seule. Je n'arrive pas à passer le pas.»

«Trop de social»

La salle d'attente du CPAS de Schaerbeek est presque pleine. Des personnes de tous âges, mais qui ont surtout l'air jeunes et fatiguées, occupent quatre rangées de sièges en plastique aux couleurs criardes, tentative vaine d'égayer le lieu. Chacun et chacune a dans la main un ticket, sa place dans la file d'attente. Celui d'Émilie porte le numéro 51. L'écran au mur indique le numéro 43. Mais les chiffres se succèdent rapidement: aujourd'hui, il y a sept assistantes sociales présentes. Et chaque usager ne dispose que de quinze minutes de rendez-vous. «C'est beaucoup trop peu. On n'a droit qu'à un entretien de suivi par an, et de façon générale, il y a un délai d'un mois d'attente pour avoir un

rendez-vous», précise Émilie. En 2018, la PBSM constatait que le nombre de dossiers géré par un assistant social «dépassait souvent» cent en un an. Selon l'Observatoire de la santé et du social (OSS), les chiffres augmentent encore à l'heure actuelle. Cette pression sur les travailleurs sociaux, Émilie la ressent de son côté également, par des échos, comme celui d'un de ses anciens assistants sociaux à qui on reprochait de faire «trop de social», ou par le peu de temps et d'attention disponibles pour l'écouter et comprendre sa situation.

Pour autant, par son insistance, Émilie parvient à être entendue et à commencer la procédure. Le choix du praticien est laissé au patient, et après quelques recherches, la jeune femme trouve une psychologue qui lui convient. «Là aussi, j'ai eu de la chance en tombant directement sur quelqu'un qui me convenait.» Une demande d'aide doit être appuyée par un devis de la part du professionnel de santé qui prend en charge le bénéficiaire demandeur, déclare alors le CPAS. Étonnement du côté de la psychologue, qui découvre également ce système. «Faire un devis me semble aberrant. C'est très difficile d'évaluer de combien de séances une personne a besoin, surtout quand on ne la connaît pas encore, qu'on ne connaît pas toutes ses difficultés ni ce qui fonctionne avec elle.»

Une fois la demande introduite, l'attente est longue. Le stress, important. Mais la réponse sera positive. Tout n'est cependant pas gagné; les incompréhensions, les lenteurs administratives et les déconvenues parsèmeront encore le parcours d'Émilie. Son aide, qui avait été acceptée grâce aux aides supplémentaires suivant la pandémie, s'arrête brusquement à la fin de l'année. Le parcours recommence: prise de rendez-vous, attentes, échanges de mails, incompréhension et dénégation de son état. Émilie me confie qu'à cette période, elle a «l'impression d'être une sangsue» pour le CPAS. Mais elle a toujours besoin d'aide. Si elle a repris sa formation, commence doucement à

remplir à nouveau son agenda, elle ne se sent pas sortie d'affaire. Surtout, il y a la peur de la rechute.

«En colère contre l'institution»

La sonnerie du téléphone retentit dans la pièce. Enfin, on la recontacte. Émilie décroche, les mauvaises nouvelles agressent son oreille: pas de rendez-vous possible avant janvier. Elle tente de protester et de s'exprimer, les mots se heurtent au combiné; de l'autre côté, les reproches pleuvent. «On est débordées, on ne peut pas faire d'exceptions. Il y a de vraies urgences.» Émilie ne peut pas en placer une, ses lèvres bougent dans le vide, son souffle s'accélère, et le monologue continue sans elle: l'assistante sociale lui reproche d'avoir causé les réprimandes qu'elle a subies, de ne pas avoir repris rendez-vous, d'avoir pris trop de temps pour un devis qui ne devait pas nécessairement être précis. Émilie l'entend à peine, elle n'essaie plus de répondre, acquiesçant machinalement. Son souffle et son cœur s'emballent, sa vue commence à se brouiller, son visage se décompose. Elle finit par raccrocher, au bord de la crise de panique.

Aujourd'hui, Émilie se dit outrée et hallucinée du parcours effectué, bien que sa situation se soit arrangée et qu'elle ait reçu une nouvelle réponse favorable. Elle déplore notamment un manque d'humanité et une trop grande prévalence de l'administratif sur le travail social. «J'ai beaucoup d'empathie pour eux, mais je suis en colère contre l'institution», ajoute-t-elle. Ses proches tempèrent, arguant que «c'est déjà bien d'avoir une aide». Émilie, elle, revendique son droit à critiquer les manquements de l'institution malgré tout, tout en poursuivant son rêve: aller mieux et se stabiliser, en premier lieu, ensuite aller étudier à l'université pour devenir logopède. ▲

Hôpital de jour la confiance au cœur du suivi psychiatrique

Pour briser les clichés liés aux troubles psychiatriques et montrer les facettes plus positives des traitements proposés, nous avons passé cinq semaines dans l'intimité de patients atteints de troubles légers. Diverses activités sont proposées pour recréer du lien social, stimuler la créativité et les capacités cognitives des patients, mais aussi leur permettre de retrouver confiance en eux.

Par Jeremy Kuprowski

L'ASBL Le Bivouac, située en plein cœur de la commune d'Uccle, ne déroge pas à son nom. Elle représente un havre de paix temporaire pour ses patients, qui s'y rendent une ou plusieurs fois par semaine. En tant qu'hôpital de jour, les patients n'y résident pas: ils s'y rendent le matin pour repartir en fin d'après-midi. Leur présence est toutefois requise, et toute absence doit être notifiée et justifiée auprès de l'équipe soignante. Cette dernière se compose autant d'ergothérapeutes que de psychologues, assistantes sociales ou infirmières, afin d'assurer un ensemble complet de soins et une prise en charge adaptée.

Une journée type commence par les présences autour d'une boisson chaude. L'occasion aussi de distribuer à chaque patient une tâche ménagère qu'il devra réaliser pendant la journée. Cela peut être mettre ou débarrasser la table de leur salle commune ou faire la vaisselle. Il n'est pas rare pour un patient de proposer son aide à un autre si sa tâche est plus facile, ou bien d'échanger une tâche s'il doit s'absenter l'après-midi, par exemple. Cette réunion matinale est aussi l'occasion de présenter la ou les activités du matin, pouvant être de différents types. Les promenades sont fréquentes, mais aussi des jeux, des exercices physiques, de la stimulation cognitive ou des activités artistiques,

mettant l'inventivité des patients à l'honneur. Des tables de discussions sont également fréquemment proposées, sur l'un ou l'autre sujet.

Certaines activités sont hebdomadaires, d'autres plus sporadiques. Une sortie à la piscine est ainsi proposée chaque vendredi après-midi. Une parenthèse « bien-être » a lieu le mercredi, pour permettre aux patients de se détendre, de prendre soin d'eux. Du chant gospel, prenant place au théâtre de la Monnaie, est proposé les lundis, au sein d'un groupe plus large. Enfin, difficile d'ignorer la Grignotière, restaurant de l'ASBL: les patients qui le souhaitent peuvent y renouer en douceur avec le contact extérieur en préparant des plats et en assurant le service. Pour certains profils, c'est même l'activité principale exercée au sein du Bivouac.

L'ensemble des ateliers se fait toujours sous le regard bienveillant d'une ou plusieurs membres de l'équipe soignante, s'assurant que les activités soient toujours comprises, accueillantes et bénéfiques plutôt que contraignantes ou éprouvantes. La confiance, en soi et dans les relations entretenues entre eux, l'équipe soignante et le monde extérieur, est le maître-mot. On ne peut que souligner leur courage et leurs efforts.





Violences obstétricales Coup de blouse chez les soignantes

De nombreuses femmes ont témoigné de violences obstétricales ces dernières années. Non-consentement par rapport à certains gestes, humiliations, absence de soins... Ces actes ne sont pas des faits isolés: ils résultent de l'asphyxie du système hospitalier. Trois maternités nous ouvrent leurs portes pour nous aider à comprendre le quotidien des soignantes.

Par Céline Avot

«Allez madame, on ne s'arrête pas!» Épuisée, après avoir poussé pendant presque deux heures, la patiente de la chambre 1 pleure, le visage déformé par la douleur. Deux minutes plus tard, ses traits se détendent, ses yeux s'illuminent: elle vient de devenir maman. Une bulle se crée entre elle et sa fille alors qu'autour, tout s'accélère. Une gynécologue quitte la salle, deux sages-femmes s'activent autour de son périnée. L'une d'entre elles part précipitamment de la chambre; une autre femme va bientôt accoucher. L'arrivée d'un bébé est un moment hors du temps pour les parents, le basculement vers une vie nouvelle. Le quotidien des professionnels des maternités, lui, est un chamboulement permanent. Dans leur service, ils ne vivent pas la même magie que les parents.

«On n'a pas besoin de faire du sport», blague Sylvia, sage-femme à l'hôpital Érasme. Depuis le début de sa garde, à sept heures, elle ne s'arrête pas, arpentant le couloir de la salle d'accou-

chement presque en courant, passant de chambre en chambre au rythme des lumières rouges qui s'allument au-dessus des portes. Dans la salle de garde, une grande télévision affiche les monitorings de tous les bébés: les courbes envahissent l'écran, signe que le service est complet. Trois sages-femmes assurent la garde: «Insuffisant quand le tableau est plein. On n'a pas le temps», estime Géraldine Wagemans, responsable adjointe des sages-femmes de la salle d'accouchement. «On n'augmente pas le staff et on demande de plus en plus de qualité, mais aucun changement n'est fait dans le service.» Elle fait référence aux nombreux témoignages de femmes, sur les réseaux sociaux depuis 2015, qui dénoncent des violences de la part des gynécologues et des sages-femmes. «Il peut s'agir de propos déplacés, humiliants, voire menaçants, d'absence d'information, absence de consentement ou non-respect du refus de soins, de déni de la douleur exprimée par la femme, de négligence, de non-respect de l'intimité, voire de brutalité dans les gestes...», décrit sur son site

La Plateforme pour une naissance respectée, une asbl belge qui milite activement contre les violences obstétricales. De nombreuses études d'associations militantes¹ montrent que ces violences sont souvent perçues comme des faits isolés, alors qu'elles se situent au croisement entre les violences sexistes et institutionnelles et découlent d'un problème plus profond.

«On est frustrées de ne pas pouvoir bien faire notre métier», soupire Isabelle Cattlin, sage-femme à l'hôpital Saint-Luc. Manque de personnel, manque de temps, manque de moyens: difficile pour les services de maternité de respecter le rythme de chaque femme, alors qu'on leur demande «*toujours plus, toujours plus vite*». À l'heure où les soignants sont

depuis sept ans à l'hôpital. Surveiller les cicatrices des césariennes, vérifier que les nouveaux-nés n'ont pas la jaunisse, montrer aux jeunes mamans comment allaiter, et surtout rassurer les nouveaux parents, les sages-femmes jouent un rôle important dans l'arrivée d'un bébé. «*Le relationnel avec les mamans, le cadre bienveillant dans les maternités, c'est essentiel*», affirme Lucie Debuck, responsable de la maternité. «*Mais avec tout ce qu'on a à faire, on est obligées d'être rapides, il faut courir entre les gens.*»

La cadence est rude, les sages-femmes ont peu de temps pour se reposer, un repas souvent pris sur des temps de réunion et des horaires décalés, alternant entre trois plages différentes (7h-15h/14h30-22h/22h-7h30).

«**On est frustrées de pas pouvoir bien faire notre métier.**»

Isabelle Cattlin,
sage-femme à l'hôpital Saint-Luc

pointés du doigt et accusés de violences obstétricales, eux ciblent l'institution hospitalière qui coule petit à petit, emmenant avec elle les restes d'humanisme et de tranquillité qui prévalaient dans les services de maternité.

Marathon hospitalier

À l'unité 508 de l'hôpital Saint-Pierre, il y a cinq sages-femmes pour 17 chambres, dont quatre doubles. Ce jour-là, 14 chambres sont occupées, donc 28 personnes au total. «*C'est impossible de prendre bien le temps pour chaque maman*», raconte Marie, sage-femme

«*On fait tout ce qu'on peut, mais avec la charge de travail, on ressent qu'on ne fait pas notre maximum, que c'est insuffisant*», témoigne Marie. «*Quand il y a beaucoup de monde, on n'a pas de temps pour les mères. Quelquefois, elles préfèrent la péridurale parce qu'elles ne se sentent pas soutenues par l'équipe, alors qu'elles avaient peut-être des projets de naissance autres*», explique Jessica, sage-femme en salle d'accouchement.

Les politiques concernant les maternités ne vont pas dans le sens de donner plus de temps au personnel soignant. Depuis 2015, à la suite d'une demande

¹ Voir par exemple «Accoucher à Bruxelles et en Wallonie avant et pendant le Covid» par la Plateforme pour une naissance respectée et «Les violences obstétricales, des exceptions?» par Fanny Colard (Solaria).

de la ministre de la Santé de l'époque, Maggie De Block, les séjours en maternité ont été réduits à deux jours après un accouchement sans complications. Cela permet d'augmenter le nombre de lits disponibles et de réaliser des économies.

«*Quand j'ai commencé le métier, les femmes pouvaient rester 5-6 jours après leur accouchement. Maintenant, on n'a plus ce temps-là, on est stressées et on induit du stress chez les parents*», affirme Isabelle Cattlin, sage-femme depuis plus de 30 ans. Cette réduction du temps de séjour a entraîné une réduction du person-

nel, selon Vanessa Wittrouw, présidente de l'Union professionnelle des sages-femmes belges francophones (UPSFB). Dans la Région bruxelloise, 1676 sages-femmes étaient employées dans des centres hospitaliers en 2014, pour 1135 en 2018, selon les données de la cellule planification de l'offre des professions de soins de santé du Service public fédéral de santé. «*Désormais, les sages-femmes font de l'intensif tout le temps.*»

«**Ce n'est plus un moment émotionnel**»

En Région bruxelloise, 32% des accouchements ont été déclenchés, avec une rupture artificielle de la poche des eaux ou une injection d'ocytocine de synthèse (hormone qui provoque les contractions) en 2021. La médicalisation de l'accouchement a également engendré sa «*standardisation*», selon Florence Guiot, présidente de la Plateforme pour une naissance respectée. De nombreux professionnels s'appuient notamment sur la norme selon laquelle le col de l'utérus s'ouvrirait d'un centimètre par heure, alors que des publications de l'OMS réfutent cette idée. «*Les accouchements sont surmédicalisés, on intervient un peu trop vite*», admet Mathilde, sage-femme à Saint-Luc. «*Le déclenchement*

**En Région
bruxelloise,
32% des
accouchements
ont été
déclenchés.**

artificiel du travail est devenu une pratique obstétricale courante», indique le Centre d'épidémiologie périnatale (CEPIP), en précisant que «*celle-ci n'est pas sans risque*». Le déclenchement peut entraîner des complications qui nécessitent l'intervention d'obstétriciens. En 2021, sur 22065 accouchements en Région bruxelloise, 9% ont été réalisés à l'aide des ventouses et 11,8% des femmes ont subi des épisiotomies. Des chiffres qui varient d'une maternité bruxelloise à l'autre. Dans certains services, les épisiotomies concernent

plus d'un accouchement sur quatre. Le taux de césariennes a par ailleurs augmenté de 6,3% de 2008 à 2021, pour atteindre 20,1% des accouchements, alors que l'OMS estime que seulement 10 à 15% d'entre eux nécessitent ce type d'intervention chirurgicale.

«*En 20 ans, le métier est passé d'assistante du gynécologue à professionnelle du monde médical*», analyse la présidente de l'UPSFB. «*Cela a entraîné un délaissement de l'accompagnement au profit du médical.*» Les sages-femmes sont en effet mieux considérées et ont désormais plus de compétences, mais pour certaines, l'accouchement n'est plus un événement singulier. «*Ce n'est plus un moment émotionnel, c'est un moment médical*», constate tristement Isabelle Cattlin. «*En Belgique, on surmédicalise, et les normes deviennent très exigeantes, alors que l'accouchement est un acte physiologique.*»

À l'unité 508 de l'hôpital Saint-Pierre, après chaque passage en chambre, Marie s'arrête devant un ordinateur dans le couloir à la lumière jaunâtre. Elle doit inscrire de nombreuses informations médicales: réalisation d'une prise de sang, tension, couleur des selles, laps de temps après l'accouchement pour uriner, taux de bilirubine

pour la jaunisse, poids du bébé... Tout doit être noté avec précision. «*On est abruties par les démarches administratives*», soupire Isabelle Cattlin. «*C'est inutile au possible! Ça nous prend beaucoup trop de temps et ça nous empêche d'être auprès de nos patientes.*»

Épisio budgétaire

Devant cette surmédicalisation, dénoncée autant par des patientes que des soignants, des hôpitaux mettent en place des services particuliers, en marge des maternités, pour accueillir des accouchements démedicalisés. C'est le cas du Cocon, situé au quatrième étage de l'hôpital Erasme. Le projet a été mis en place par Michelle Warnimont, auparavant sage-femme au sein de la salle d'accouchement. Ce «*gîte de naissance*» accueille des femmes qui souhaitent accoucher naturellement avec une sage-femme à leur côté. Ce projet permet un suivi individuel et au rythme de la mère. Ici, on attend que le travail se mette spontanément en route, entre 37 et 41 semaines de grossesse. L'initiative plaît beaucoup. Le Cocon doit régulièrement refuser du monde.

Dans la maternité classique, en revanche, les équipes continuent à subir la pression économique. «*On a envie de changements, mais les moyens ne sont pas là*», se désole Laura Cuypers, responsable des sages-femmes de la maternité d'Érasme. «*On peut comparer les hôpitaux à des entreprises*», explique Philippe Defeyt, économiste à l'UCL. «*L'entreprise doit être efficace, mais de manière efficiente.*» Une philosophie qui pousse à faire de bons résultats avec le minimum de dépenses, forçant ainsi les équipes médicales à faire du chiffre. À Saint-Pierre, le service a déjà vu dix lits se fermer récemment pour «*manque de rentabilité financière*», selon Lucie Debuck. «*Il y a un enjeu économique derrière la santé*», estime Roxane Lejeune, animatrice en éducation permanente et chercheuse au Centre permanent pour la citoyenneté et la participation (CPCP). «*Les soignants n'ont pas le temps d'écouter*

une patiente. L'institution est soumise à des lois capitalistes et néo-libérales. Il faut aller vite. Dans cet enjeu de rapidité, il y a le déclenchement des accouchements.»

Évolution générationnelle

Si les violences obstétricales peuvent s'expliquer par une dynamique institutionnelle caractérisée par le manque de temps et d'argent, elles sont également le résultat de normes et de pratiques qui ne répondent plus aux exigences de la société. «*Les patientes, qui auparavant acceptaient de souffrir en silence, sont de plus en plus conscientes de leurs droits, de leurs besoins et envies*», explique Abraham Franssen, professeur de sociologie à l'université Saint-Louis. «*Il y a une remise en question de la relation d'autorité.*»

Élaboration d'un projet de naissance, choix de différentes positions pour accoucher...: «*le changement vient des femmes*», affirme Géraldine Wagemans. Des praticiens refusent encore cette évolution des mentalités, en continuant de recourir à des méthodes archaïques, comme l'expression abdominale, une pratique désormais interdite en France et non recommandée en Belgique. «*Il y a des gynécologues qui demandent encore de le faire et tu vois des sages-femmes qui se mettent au-dessus de la femme et qui lui appuient sur le haut du ventre*», raconte une sage-femme de l'hôpital Saint-Luc.

«*Il y a une évolution des mentalités dans la nouvelle génération, mais les vieux gynécologues agissent toujours comme ça*», analyse Caroline Kadji, professeure de gynécologie et d'obstétrique ainsi que gynécologue à l'hôpital Brugmann. «*La nouvelle génération a conscience de l'impact qu'elle peut avoir sur le corps de l'autre.*» La question du consentement semble faire sa place aujourd'hui. À Érasme, une assistante gynécologue frappe doucement à la porte de la chambre 1 avant d'entrer. Sur sa blouse, elle porte un badge, «*Mon corps, mon choix*». ▲

La mission méconnue des sages-femmes

En apparence simples, les soins autour de la grossesse et de la naissance que la sage-femme assure ne se limitent pas au suivi médical. Nous avons passé un mois avec Donatienne Roels, sage-femme indépendante assermentée. Durant la journée, c'est la course contre la montre, elle assure des tâches différentes dans des endroits multiples. Donatienne est toujours en mouvement. Elle accueille des couples à la clinique pour des soins prénataux, visite un autre couple à domicile pour des soins postnataux, réalise un accouchement naturel en toute autonomie ou assiste le gynécologue au Cocon ou à l'hôpital.

Par Nahida Jabak

Donatienne Roels possède toutes les compétences de la sage-femme. Cependant, elle se distingue des autres sages-femmes parce qu'elle a de multiples casquettes. En effet, en plus du parcours ordinaire de sage-femme, Donatienne a été formée à la préparation à la naissance affective (haptonomie) et à la préparation à la naissance en pleine conscience¹. Donatienne a également suivi des formations en spinning babies², en Rebozo³ et en deuil périnatal. Selon elle, rares sont les sages-femmes qui combinent toutes ces compétences.

Donatienne travaille pour l'ASBL Naisantiel, où elle accueille des couples ou des femmes enceintes pour les soins prénataux. Parfois, elle les reçoit chez elle, où elle a aménagé une pièce pour les consultations. Elle sait bien que les sages-femmes dans les hôpitaux ont une charge de travail importante et de mauvais salaires. Mais ce n'est pas son cas. Donatienne planifie son travail et choisit d'avoir des mois chargés et d'autres moins, ce qui lui permet de concilier vie professionnelle et vie pri-

vé, avoir des vacances et s'occuper de sa famille: ses trois filles, son compagnon et ses deux chats.

Cette carrière de sage-femme, Donatienne l'a choisie à l'âge adulte. Après avoir été monteuse dans les médias, elle s'est réorientée professionnellement pour devenir sage-femme, passionnée par ce métier qu'elle pratique depuis 5 ans. «*Ce que j'aime le plus dans ce métier, c'est la compétence psycho-sociale et environnementale de ma profession pour accompagner les couples dans ces processus de naissance et de parentalité. Je me base sur ma compétence médicale pour les accompagner au mieux.*»

Pour Donatienne, la profession véhicule encore une vision stéréotypée. En effet, en Belgique, selon les statistiques de 2019, sur les 8416 sages-femmes actives, seuls 99 sont des hommes.

Ces soignants de première ligne exercent un métier qui, selon Donatienne, est «*une profession joyeuse car on participe à la naissance. Cependant, elle exige empathie, écoute et bienveillance*».

¹ Avoir la conscience de la douleur et choisir de ne plus l'écouter.

² Une position pour assouplir les ligaments et les parois de l'utérus afin de permettre au bébé d'être dans la position convenable pour l'accouchement.

³ Soin physique, émotionnel et psychique qui permet à la femme de se réaligner, de se réapproprier son corps de femme et de retrouver sa vitalité.





Les femmes à l'ombre

Près de 500 femmes vivent en milieu carcéral. Delphine Darville et Corentin Delhuvette s'inquiètent de leurs conditions de détention. Ces deux membres de l'ASBL Résilience viennent en aide aux justiciables, dans la région de Mons. Par leur témoignage, ils nous ouvrent les portes de la prison.

Par Quentin Arista



« Les femmes qui se retrouvent en prison ont tendance à être plus souvent et plus rapidement abandonnées par leur compagnon. »

**Delphine Darville,
ASBL Résilience**

« (...) notre vie s'arrête le jour où on est enfermer, dans une prison vraiment pire que on peut imaginer, (...) aussi y a plusieurs suicide qui arrive souvent en 8 mois il en as eu 2 je comprend c'est pas une vie carcéral ici je sais que on es la car on le merite mais on peut avoir un peu plus de confort (...) ».

Ce témoignage, c'est Delphine Darville qui me le transmet. La note est écrite au crayon vert, à peine lisible, sur deux feuilles volantes arrachées à un bloc-notes. Elle décrit la précarité d'une détenue: « on as que 2h de preau part jour quand biensur y a des agent (...), on as cours quand on peut être prise, le travaille ici est dur a (...) accepter... des agents qui ont des preference a la tête du détenu, on [ne] reçoit plus de café car tout casse

milieu associatif que je me suis tourné pour aborder le sujet.

Résilience est une ASBL d'aide aux justiciables opérant dans la région de Mons. Elle cherche à aider toute personne ayant affaire au système judiciaire, que ce soit en tant que victime ou en tant que détenu-e. Son domaine de compétence est assez large, allant de la gestion de dossier à l'appui psychologique ou l'assistance sociale, en passant également par la médiation.

Delphine Darville est assistante sociale au sein de l'association. En plus de cette mission, elle aide également à la gestion de dossiers et s'occupe des victimes, en plus des détenu-e-s. Corentin Delhuvette, psychologue, se concentre pour

même des pâte/riz on a pas.. en vrai y a presque plus rien ici, la plus part du temps on est H22 en cellule, on a que 3 douche semaine et encore la plus part du temps on a de l'eau gèler». L'assistante sociale confirme: ces mots reflètent ce qu'elle voit, entend et, d'une certaine façon, vit, lorsqu'elle se rend à la prison de Mons.

Un système hermétique

Mon but initial était de faire le portrait d'une détenue, étayé par les témoignages de divers intervenants au sein et autour du monde carcéral. Mais c'était sans compter les délais d'attente et la difficulté d'accès aux détenues. Après deux tentatives infructueuses, changement de cap: c'est vers deux professionnels du

sa part sur l'aide psychologique aux détenu-e-s. Dans le cadre de leur temps partiel au sein de Résilience, leur emploi du temps est partagé entre les visites en prison et les consultations dans leurs bureaux hors les murs. Ils sont indépendants du système judiciaire, aspect primordial dans le rapport d'aide. Ils feront ici office de porte-voix des problématiques méconnues du public et négligées des politiques.

L'isolement social

Outre la précarité matérielle liée à la vétusté des infrastructures pénitentiaires, les femmes incarcérées sont particulièrement touchées par l'isolement social. Cette fragilité accrue

des liens sociaux par rapport à leurs homologues masculins se manifeste à plusieurs égards. «*Tout d'abord*», précise Delphine Darville, «*les femmes qui se retrouvent en prison ont tendance à être plus souvent et plus rapidement abandonnées par leur compagnon, là où les hommes détenus bénéficient bien plus souvent de la fidélité de leur compagne ou épouse*». Gracielle Allyndree, directrice adjointe de la prison de Mons, tente, pour sa part, de nuancer cette observation en affirmant que cela dépend des cas. Cependant, si on se réfère aux propos de la criminologue Gwenola Ricordeau¹, les femmes souffrent en effet plus souvent d'abandon conjugal. Cette situation est notamment liée à l'éloignement des centres de détention féminins. En effet, sur les 37 prisons belges, seulement 9 d'entre elles accueillent des femmes. Pour ces détenues issues de milieux socio-économiques souvent défavorisés, ne serait-ce pas une forme de discrimination que de rendre compliquées les démarches de visite des familles? Sans compter les problèmes que ces femmes rencontrent à leur libération: inégalité des chances de réinsertion, liée à la stigmatisation des formations non professionnalisantes proposées en prison (couture, intendance, etc.) et celle, accrue, de leur passé judiciaire.

Une autre facette de l'isolement social – et peut-être le plus important – concerne les mères. L'assistante sociale précise: «*Là où les pères de famille reçoivent généralement la visite de leur épouse ou partenaire qui amènent les*

enfants au parler, ceux des mères emprisonnées leur sont très souvent retirés pour être placés en famille d'accueil». Une mère incarcérée a en effet presque trois fois plus de chance (34%) de voir son enfant placé qu'un père incarcéré (12%). Quant aux mères amenées à accoucher en prison, l'aspect médical et l'état des prisons ajoutent à leur désarroi. En effet, peu de prisons permettent à la nouvelle mère de rester auprès de son enfant pendant les premières années (en théorie, jusqu'à trois ans). De ce fait, peu avant l'accouchement, les femmes sont transférées dans une prison équipée à cet effet, mais souvent très éloignée. Elles doivent donc abandonner tout lien relationnel avec leurs codétenues, et il est rare que leurs familles puissent leur rendre visite dans le nouvel établissement. Parfois, cependant, on préfère les transférer en hôpital – encore faut-il qu'il soit homologué –, mais cette solution n'est pas toujours faisable logistiquement, géographiquement ou financièrement (vu les frais de personnel de sécurité supplémentaires).

À cela, d'autres facteurs d'isolement peuvent s'ajouter. Il existe ainsi une hiérarchisation parmi la population carcérale féminine, liée à la gravité des faits ayant entraîné la peine. Les personnes incarcérées pour des faits violents suscitent la peur chez les autres détenues qui les évitent par conséquent, augmentant leur mal-être. L'état des infrastructures contribue aussi à altérer les liens sociaux intracarcéraux et le bien-être psychologique. C'est ainsi qu'à la prison de Mons, la salle de sport est fermée depuis

**Une mère
incarcérée a
presque trois
fois plus de
chance (34%) de
voir son enfant
placé qu'un
père incarcéré
(12%).**

« On a parfois l'impression qu'on distribue les médicaments comme des Smarties, ce qui rend la population carcérale plus docile. »

**Corentin Delhuvenne,
ASBL Résilience**

deux ans, en attente de réparations. Au manque de lieux de sociabilité s'ajoute donc un manque d'exutoires, tout aussi importants pour la santé mentale.

Corentin Delhuvenne nous parle également du problème de surmédicalisation à la prison de Mons, imputable au sous-effectif du personnel psychiatrique. «*Il est plus facile de gérer la multitude et d'éviter les bagarres à coup de calmants. Du coup, on a parfois l'impression qu'on distribue les médicaments comme des Smarties, ce qui rend la population carcérale plus docile.*»

Les murs du métier

En janvier dernier, le psychologue était invité au vernissage de l'exposition *I Built A Wall* par Serena Vittorini. À cette occasion, il était convié à partager son expérience professionnelle. En particulier, les «murs» entravant son travail auprès des détenus, hommes et femmes confondus. «*Le premier mur est bien évidemment celui de l'intervenant lui-même qui doit aller à la rencontre de ceux que la société a étiquetés de voleurs, meurtriers, pédophiles, etc. Mais les mots ne recouvrent pas les choses qu'ils décrivent, et encore moins la complexité de l'être humain. Nous tentons de nous débarrasser de nos croyances pour laisser place à la rencontre, nous laisser toucher par leur vécu. Cela implique d'être attentifs à nos propres ressentis qui entraveraient la rencontre.*» Comme le rappelle Gwenola Ricordeau, les détenu-e-s souffrent encore plus d'une image déformée et de préjugés.

D'après Corentin Delhuvenne, les autres grandes barrières faisant obstacle au travail d'aide sont l'antagonisme ressenti (le «moi contre eux» récurrent) et la lenteur du système judiciaire. Le thérapeute partage l'expérience qu'il a eue avec l'un de ses patients. Ce dernier avait été suivi brièvement après sa sortie provisoire de prison (en attente de jugement) et, six ans plus tard, une fois condamné, s'était vu contraint de reprendre la thérapie, alors même que le psychologue de l'époque ne l'avait plus jugée nécessaire. Face à ce genre de situations frisant l'absurde, comment endosser une autorité légitime et arriver à convaincre quiconque du bien-fondé – et des bénéfices potentiels – de la démarche thérapeutique? C'est bien là le combat de tous les jours dans lequel s'engagent les deux professionnels de Résilience.

Face à ces difficultés et ces défis, Delphine Darville et Corentin Delhuvenne partagent une même vocation dans la manière d'exercer leurs métiers respectifs. Ainsi, malgré des approches différentes, une certaine complémentarité s'est développée entre eux. Ce qui, dans leurs échanges, prend la forme d'une bienveillance et d'une complicité solidaire, au-delà de la simple courtoisie professionnelle. Il est dès lors évident que la charge mentale qui leur est imposée nécessite stabilité et bien-être mentaux. Les mauvais jours, ces deux jeunes parents peuvent, eux, compter sur la présence de leur famille. Ils ne prennent pas de douches d'eau gelée. ▲

¹ Gwenola Ricordeau, *Pour elles toutes. Femmes contre la prison*, Montréal, Lux, 2019, p. 89-116



Quentin Arista

J'aime créer des histoires. La philo me passionne au même titre que la science-fiction. L'escalade et les sports extrêmes aussi (depuis mon canapé). Mon travail idéal serait dans l'édition, le milieu associatif ou culturel. quentin.arista@gmail.com



Céline Avot

Je suis étudiante en master de journalisme, j'ai aussi un bachelier en sciences politiques. Je m'intéresse aux faits divers, aux sujets sociétaux et à l'environnement. Vous pouvez me contacter à celine.avot02@gmail.com



Inès Bernoux

J'aime la musique et le papier-bulles, l'air frais et les beaux textes, les gaufres de Liège et l'écriture. Ma vie est parsemée de plaisirs aussi simples que mon prénom et qui, parfois, se retrouvent mêlés à mon travail.



Lena Bonheure

Étudiante en lettres romanes, j'ai 23 ans et suis passionnée par l'écriture, bien que plus habituée à la fiction et aux jeux de rôles. Cependant, je me dirige plutôt vers la correction-révision, à moins que ChatGPT ne rende le métier obsolète d'ici là.



Jonas Bourion

À 22 ans, j'arrive au bout de mes études de journalisme après un bac de communication. Passionné de musique, j'aimerais beaucoup travailler dans le journalisme culturel. Et même si mon domaine est plutôt l'écrit, je parle de tous les formats sur mon Instagram [@jOnas_brn](https://www.instagram.com/jOnas_brn) !



Louise Canu

J'aime me réveiller tôt, mériter la confiance des gens et être sur le terrain. Alors, vive le journalisme ! Mon sujet de prédilection : les journalistes en exil, entre Belgique et Rwanda. Louise.canu.zaugg@gmail.com / <https://ginkio.com/louise-canu>



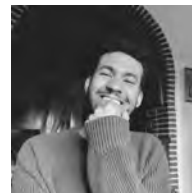
Léa Dornier

Je m'intéresse aux sujets de société tabous et souvent laissés de côté ; j'écris mon mémoire sur l'inceste. Je pige aussi pour le service culture de l'Écho et suis surtout spécialisée en littérature. Twitter: [@LeaDornier](https://twitter.com/LeaDornier) Mail : lea.dornier@outlook.fr



Anne-Laure Duféal

Journaliste polyvalente. Je travaille l'audio, l'écrit et la photo. J'ai commencé mon expérience professionnelle dans le hard news. Aujourd'hui, je me dirige vers un journalisme au long cours. Mes productions sont accessibles via twitter [@AnneLaureDuf](https://twitter.com/AnneLaureDuf)



Baptiste Gillot

J'adore apprendre et découvrir. J'ai une préférence pour le journalisme radio mais je reste ouvert à toutes ses autres formes. Étant passionné par le stand-up, je réalise mon mémoire sur ce sujet !



Nahida Jabak

Après une carrière dans l'enseignement et l'humanitaire, je reprends mes études en journalisme pour en saisir les évolutions. L'information sous toutes ses formes me passionne. Être journaliste à l'international est ma prochaine mission. njabak@gmail.com



Jeremy Kuprowski

Éternel curieux, amoureux de culture, j'ai expérimenté la plupart des formes usuelles de journalisme au cours de divers stages (TV, radio, web). J'écris pour un fanzine dédié aux musiques alternatives et anime un podcast sur la bière artisanale.



Aline Leroy

Après avoir eu la chance de vivre au Mexique et en Italie, j'étais à la recherche d'un métier qui bouge. J'avais besoin de garder l'humain au centre, tout en satisfaisant mon côté perfectionniste. C'est cela que j'ai trouvé dans le journalisme.



Stefan Tabirta

Je suis un jeune journaliste spécialisé en presse écrite (sujets de société, comme la santé). J'ai également appris à travailler sur tous les autres supports médiatiques. (Steftab@hotmail.fr).

Publication réalisée par des étudiants
de master 2 en journalisme et en langues
et littératures française et romanes,
finalité « écritures et littératures » (ULB),
au cours d'un atelier de réalisations
éditoriales encadré par
Laurence Brogniez, Céline Gautier
et Gaël Turine

*Quentin Arista, Céline Avot,
Inès Bernoux, Lena Bonheure,
Jonas Bourion, Louise Canu, Léa Dornier,
Anne-Laure Dufeal, Baptiste Gillot,
Nahida Jabak, Jeremy Kuprowski,
Aline Leroy et Stefan Tabirta.*

Le graphisme de ce mook a été réalisé
par Sébastien Gairaud — www.sebastiengairaud.be

The logo of the University of Liège (ULB) is displayed in white, bold, uppercase letters on a black rectangular background.