

# Melting Point

Situations de vulnérabilité,  
accès et recours aux soins de  
première ligne en Région de  
Bruxelles-Capitale



---

Sophie Thunus, Alexandre Donnén, Alexis Creten  
et Carole Walker  
Institut de recherche santé et société – UCLouvain

# PLAN

- 01 Approche « territoire » :  
le quartier de Cureghem
- 02 Approche « situation » :  
monoparentalité féminine
- 03 Vulnérabilité et  
représentations de la santé

- 04 La relation de soin
- 05 Approche « première ligne »
- 06 Recommandations

01

Approche « territoire » :  
le quartier de Cureghem

## 01. Approche « territoire » : le quartier de Cureghem

- Un quartier convivial, vivant et solidaire
- Un quartier qui centralise une série de « problèmes sociaux » : chômage, travail précaire et informel, logements exigus et insalubres, saleté ambiante, manque d'espaces verts et de sociabilité, etc.
- Un sentiment d'exclusion – politique et symbolique
- Une terre d'accueil et une porte d'entrée pour les nouveaux·elles arrivant·es : à la fois ressource et facteur de nouvelles barrières (linguistiques, numériques, sociales, culturelles)

## 01. Approche « territoire » : le quartier de Cureghem

- Un contexte qui favorise les effets de cloisonnement au sein du quartier
- Une concentration de diversité, de cultures multiples et de précarités
- Un accroissement de la précarisation des conditions de vie des habitant·es et du travail des professionnel·les de la santé et du social :

« Si on imagine une falaise et la mer au pied de la falaise, notre boulot en principe est d'être au-dessus de la falaise et d'essayer d'empêcher les jeunes de tomber. Notre métier en réalité maintenant c'est d'être dans un canot pneumatique dans l'eau, à essayer d'apprendre à nager à ceux qui sont tombés. Et dès qu'ils se débrouillent un peu, on ne peut pas les accompagner jusqu'à la rive, on est obligé d'apprendre à nager à l'autre qui vient de tomber à côté, car c'est plus urgent »  
(ASSOS, 2020)

## 01. Approche « territoire » : le quartier de Cureghem

- Les précarités sociales, économiques et environnementales s'articulent et se renforcent mutuellement avec d'autres types de précarités, notamment de santé physique et psychique :
  - Des problèmes « complexes »
  - Des pathologies « extraordinaires »
  - Des problèmes accrus de santé mentale et de violences intrafamiliales et conjugales

## 01. Approche « territoire » : le quartier de Cureghem

- Une asymétrie du recours aux soins liée au genre :
  - Les femmes recourent davantage aux soins que les hommes
  - L'espace du soin comme exutoire et lieu de sociabilité
  - L'espace du soin dans la linéarité des espaces du *care*
  - Une assimilation du soin à la dépendance et en opposition à la réalisation autonome de soi

« moi j'ai construit la Belgique ! ... je suis le chef de famille ... j'ai vécu seul pendant des années, dans le froid ... je n'ai pas besoin d'aller expliquer à un autre homme ma douleur ou ma souffrance, il n'est pas là pour ça » (HABIT, 2020)

- Des publics « invisibles » :
  - Facteurs structurels régulant l'accès
  - Les « nouvelles migrations », les Roms et les Doms
  - Les jeunes et les personnes âgées
  - Les personnes dont les problèmes sont invisibles : santé mentale, violences intrafamiliales et conjugales

02

Approche « situation » :  
monoparentalité féminine

## 03. Approche « situation » : monoparentalité féminine

### « Monoparentalité »

- Un seul parent qui éduque de façon permanente ou en alternance, un ou plusieurs enfants qui sont sous sa responsabilité financière.

## 03. Approche « situation » : monoparentalité féminine

### L'épreuve de la séparation

- Violences psychiques et/ou physiques

*« Il y avait aussi ce climat de violence avec les enfants, avec moi, et le problème d'alcool. Ça s'est terminé avec la police parce qu'il ne voulait pas partir. J'ai toujours eu très peur, je voulais déjà me séparer avant mais je n'osais pas le faire parce qu'il y avait toujours cette violence, c'est surtout la violence psychologique et physique qui aurait pu se passer »*

- Isolement social
- Problèmes de santé (ex : maladies chroniques)

## 03. Approche « situation » : monoparentalité féminine

### **L'instabilité de l'après et les multiples sources de tension**

- Responsabilité des enfants
- Des besoins multiples, liés à la scolarité et à la santé
- Une exposition permanente à la fatigue et au stress

*« Il y a beaucoup de stress...on est le seul moteur d'un foyer, c'est-à-dire que si on flanche... c'est à nous que revient cette responsabilité. Donc il faut redoubler de persévérance, de mental »*

## 03. Approche « situation » : monoparentalité féminine

### **Stigmatisation, culpabilité, exemplarité**

- Le logement : instable et difficilement accessible

*« J'ai fait des recherches jour et nuit. Je n'en dormais pas. [...] Et c'était difficile parce que j'avais une situation financière CPAS, revenu d'intégration, pas de garant, mère célibataire, étudiante. C'est pas le profil des plus rassurants pour un propriétaire ou pour une agence immobilière »*

- À l'école

*« 'C'est une jeune fille ... Est-ce qu'elle va pouvoir supporter son rôle de jeune maman, il faudrait contacter les services sociaux' etc. On a cette pression dès le départ »*

## 03. Approche « situation » : monoparentalité féminine

### **Stigmatisation, culpabilité, exemplarité (suite)**

- Montrer l'exemple, dissimuler la vulnérabilité

« Moi je ne supporte pas d'être dépendante des services sociaux. »

- La stigmatisation : renforce la vulnérabilité, éloigne des aides existantes

## 03. Approche « situation » : monoparentalité féminine

### Arbitrages et hiérarchisations

*« Pour la petite j'essaye de faire le maximum mais pour moi du coup, il faut mettre certaines choses en stand-by. »*

*« Tout ce qui est anti-symptomatique, j'attends. Le spray pour la gorge, il faut vraiment que je ne puisse plus manger .... Je fais la même chose avec ma fille. Par exemple s'il faut commencer un antibiotique ... si c'est répétitif et que ça fait longtemps et qu'elle est affaiblie, là je vais aller chercher l'antibiotique. »*

## 03. Approche « situation » : monoparentalité féminine

### **Arbitrages et hiérarchisations (suite)**

- Report de soins > Soins dentaires et oculaires
- Des motifs financiers et temporels
- Plusieurs facilitateurs : le tiers payant, la disponibilité des soins

## 03. Approche « situation » : monoparentalité féminine

### **Autres facilitateurs**

- Importance de l'information
- Importance de la relation de soins

*« Des gens bien intentionnés, même dans le milieu médical et social, peuvent dire des choses qui sont extrêmement violentes ... comme 'même en prison les enfants peuvent voir leur père' ! ... Donc les parents se renferment, moi et d'autres. Je vois des tas de parents qui se renferment à ce moment-là (après la séparation) »*

## 03. Approche « situation » : monoparentalité féminine

### **Autres facilitateurs (suite)**

- Importance du réseau social

*« J'ai eu de la chance de tomber sur les bonnes personnes qui m'ont soutenu. J'ai habité pendant quelques mois dans une maison collective pour personnes qui ont subi des violences ... S'ils n'avaient pas été là, je ne sais pas ce que j'aurais fait »*

# 03

## Vulnérabilité, représentations de la santé et recours aux soins

## 03. Vulnérabilités

- **Vulnérabilités**
  - Environnements pluriels : physiques, politiques, économiques et socio-culturels
  - Mécanismes structurels : combinaison de difficultés avec différents systèmes sociaux (éducation, enseignement, justice,...)
  - Mécanismes émotionnels : sentiment de délaissement et de différence, culpabilité et non-recours
- **Des formes prégnantes de vulnérabilité:**
  - Situations lourdes et extraordinaires
  - Situations complexes et violentes, liées au genre, à l'invisibilisation et à l'hétérogénéité croissante des mouvements migratoires

## 03. Représentations de la santé et des soins

- Santé « fonctionnelle » : un lien fort à l'activité
  - La santé nécessaire pour travailler

*Ma santé est très importante pour que je puisse travailler et ramener l'argent à la maison pour ma famille ... Donc, la moindre chose, je dois absolument vite guérir ... et essayer de travailler, travailler, travailler. Il faut dire qu'en Belgique, on suit la production d'argent. Si on ne travaille pas, on tombe dans le trou. (CITOY).*

- La santé comme travail

*« (la santé) pour moi franchement c'est mes enfants et mon mari, c'est mon avis ... Il y a beaucoup de problèmes malheureusement. Mais heureusement on a des enfants ici, ils vivent bien, on fait tout le bien pour les enfants alors ça c'est l'important. » (HABIT, 2021).*

### 03. Représentations de la santé et des soins

- La « bonne santé »
  - Être en mouvement et avoir des relations
- La « mauvaise santé »
  - Des « agents pathogènes » dont les relations, l'alimentation, le logement et l'environnement social

*Les personnes toxiques, nocives, on les tient bien loin de nous et les personnes qui nous portent vers le haut, qui nous soulèvent spirituellement, amicalement etc (Chloé).*

*Si on mange mal, d'office on a des ma- ladies ... Et même mentalement , il faut éviter tous les gens toxiques, c'est très important. Il faut savoir dire non aussi aux personnes... (Madou).*

- L'absence de la santé mentale :

*« Non le psychologique ne peut pas faire ça, le mental ne peut pas faire ça ... Il n'y a que quand on voit quelque chose qu'on peut aller chez le médecin ... » (ASSOC).*

### 03. Recours aux soins

- Le recours aux soins :

- Un corps résistant

*Pour voir un médecin, ça, c'est le corps qui le dit, hein ! Dès que vous vous sentez pas en mesure de rester sans voir un médecin, le corps le dira, on n'a pas le choix. Mais moi, c'est-à-dire que je suis quelqu'un de vraiment robuste. Je tombe pas malade facilement. Et quand je tombe malade, là, c'est sérieusement. (HABIT, 2021).*

- Self-care et l'automédication

*Quand tu as un souci de santé, vers qui te tournes-tu en premier ? Envers moi-même !(Cindy).*

- Recours aux soins : médecine générale, urgences, et médecine traditionnelle (parfois).

*Mais je suis habitué à prendre quelques médicaments traditionnels, et ça va souvent, comme le miel, l'ail, des choses comme ça (HABIT, 2021).*

### 03. Recours aux soins

- « Arbitrages et hiérarchisations » (Desprès 2013), des priorités différentes :
  - Entre les besoins des proches et différents besoins:

*Ce n'est pas que [la santé] n'est pas prioritaire, je crois que tout le monde aimerait bien avoir de belles dents blanches, c'est pas ça le problème ... Je pense que les parents inconsciemment ils ont une échelle de gradation ... D'abord, c'est que mes enfants ne meurent pas de faim ... Ensuite, je pense que c'est l'éducation ... Ça veut dire que je vais faire le maximum pour qu'ils puissent réussir. Et ensuite, il y a le logement qui vient encore avant les soins de santé (HABIT).*

- Des rôles sociaux...

*Chez les papas, il y a toujours cette fierté .... Moi j'ai construit la Belgique ! ... je n'ai pas besoin d'aller expliquer à un autre homme ma douleur ou ma souffrance, il n'est pas là pour ça (HABIT).*

*« Je peux avoir un papier du médecin qui dit que je suis obligée de rester à la maison mais à ce moment-là je ne travaille pas. Et moi, personnellement, ça n'ira pas parce que ça fait partie de : ok on va amener ses enfants et sa famille jusqu'au bout ... » (France).*

### 03. Recours aux soins

Dans un « monde vulnérable »

- Les décisions de recours comme « **stratégies paradoxales** » (Faizang 1997)
  - Une rationalité différente de la culture médicale
- Vision des soins et du recours/non-recours
  - « Malade » ou du « patient » (Parsons 1939) comme une **personne autonome** dont **la priorité** est de guérir ou d'aller mieux ...



04

## La relation de soin

## 04. La relation de soin

- Les éléments relationnels sont omniprésents et concernent :
  - Le lien à la société : vision de la position qu'une personne y occupe
  - Les interactions quotidiennes
  - Les relations avec différents services sociaux, qui peuvent s'avérer émancipatrices ou discriminantes
  - **La relation de soin (de santé)**
- La relation de soin comme médiatrice (vulnérabilité/santé)
  - Contribue au sentiment de sécurité et de qualité de soin
  - Peut participer aux dynamiques de renoncement et aux difficultés à recourir aux soins

## 04. La relation de soin – la communication

- La barrière linguistique
  - Des moyens formels et informels existent... (traducteur formel, informel et bricolages)
  - ...mais présentent des limites

« [l'usage des ressources formelles] reste assez lourd, donc on ne le fait pas toujours » (MGMM, 2020)

« On se voit embarquer dans des histoires très intimes. Parce que la fois passée, c'était une dame... enfin je veux dire, poser des questions très intimes par rapport à des choses très intimes quoi, au niveau sexuel, au niveau génital etc. Et donc c'est wow, c'est lourd, c'est difficile de se retrouver nez-à-nez avec un couple en plus et de voir ... Je ne sais pas, il y a quand même un peu de mini pudeur quand même et c'est un peu gênant » (CITOY).

## 04. La relation de soin – la communication

- La barrière linguistique
  - Des moyens formels et informels existent... (traducteur formel, informel et bricolages)
  - ...mais présentent des limites
- Une situation de stress, de détresse ou sous influence
- La difficulté de décrire la situation, le problème ou le ressenti
- Le jargon médical
- (Ne pas) oser poser des questions, rectifier le médecin s'il se trompe, dire ses incompréhensions ou aborder des problèmes intimes ou « honteux »

## 04. La relation de soin

- Dans la **construction de la relation**, la distance entre soigné.e.s et soignant.e.s (culture, race, classe, symbolique) :
  - Peut accentuer la peur du jugement, la difficulté de poser des questions, de parler de choses intimes, etc.
  - Peut ouvrir la porte aux représentations ou préjugés
  - Qui peuvent être sources de traitements différenciés
- Comment créer un cadre de compréhension partagé ?

## 04. La relation de soin

- Des qualités « humaines » au cœur de la relation de soin

*« la relation est très importante pour les soins. Il faut pouvoir se sentir en sécurité, soutenu, c'est la seule façon de pouvoir parler sans obstacle » (HABIT, 2021)*

*« un patient bien accueilli est un patient à moitié guéri » (HABIT, 2021)*

*« quand je suis en difficulté par rapport à ma santé, il me parle gentiment. Juste quand il me parle, c'est comme un remède, je me sens bien.» (HABIT, 2021).*

- L'importance du temps

*J'avais une patiente que je voyais pendant longtemps et à chaque fois c'était pour des conneries ...Je me disais "mais qu'est-ce qu'elle a ? Elle n'a que ça à faire de sa vie, à 25 ans ?" ... Et puis un jour, je la vois et elle craque, elle se met à pleurer. Et là je comprends que c'est une femme qui est victime de violences de la part de son conjoint depuis longtemps, et c'est seulement là que je me dis : "ah c'était ça..." (MGMM,2020).*

05

Approche

« première ligne »

« Les vies vulnérables sont d'abord des vies dont la viabilité est menacée. Ce sont également des vies auxquelles les formes dominantes de représentation ne laissent pas de place parce qu'elles sont considérées comme inutiles, perturbantes ou hors normes. Certains vies sont plus vulnérables que d'autres et ont besoin à cet titre d'être protégées pour pouvoir se libérer ou s'exprimer »

— Fabienne Burgère 2017: 53

---

## 05. Approche « première ligne »

- **Ouverture**
  - Absence d'obstacles physiques ou administratifs
  - Manière d'accueillir et de s'adresser aux personnes en se mettant à leur disposition – plutôt que de « disposer » leur situation en « l'ordonnant »
  - Approche préventive, psychosociale et culturelle : des activités qui « donnent une voix »
- **Les « yeux écarquillés »**
  - Ecoute réelle, disponibilité temporelle et psychique
- **Pragmatisme**
  - Adaptation des pratiques professionnelles et réflexion *dans l'action*
- **Ethique professionnelle relationnelle et contextuelle**
  - Attention portée à chaque situation particulière
  - Souci pour la continuité relationnelle

## 05. Approche « première ligne »

- *Il y a des femmes qui doivent assumer seule l'éducation de 3 ou 4 enfants, parfois un enfant avec un retard mental ou des problèmes de comportement, et qui sont incapable d'aller travailler parce qu'elles doivent tout gérer. Ou alors elles ont un revenu d'intégration du CPAS et le CPAS les force à aller travailler. Alors moi, en tant que médecin je suis « obligée » de dire qu'il y a une maladie derrière pour justifier le maintien du CPAS sans les forcer à aller travailler parce que c'est impossible d'envisager qu'elles aillent travailler alors qu'elles sont incapables de gérer la logistique de la maison et les enfants en plus ! (MGMM).*

## 05. Approche « première ligne »

- **Réflexivité**
  - Réflexion relative aux bricolages réalisés dans l'action, afin d'interroger les manières d'interpréter des situations socialement et culturellement très différentes
  - « Veille » relative aux pratiques professionnelles qui se développent face aux situations complexes et de violence, et qui sont progressivement formalisées

*On se dit : on va faire un dispositif ouvert à tous, avec une accessibilité financière avec un tiers-payant. Moi j'ai bossé et j'ai vécu à l'étranger, beaucoup. Donc je me dis je suis armé pour appréhender le patient. Et en fait on est rappelé à notre modestie régulièrement sur le plan socio-culturel parce que bien connaître l'autre culture et l'autre individu, c'est une mission impossible ! Donc il faut avoir cette dynamique: il ne faut jamais se poser en disant j'ai bien compris maintenant ce qu'est le ramadan, ou j'ai bien compris le statut de la femme dans certains publics que je soigne. En fait non ! (MGPG).*

06

# Recommandations

## 06. Recommandations

1. Soutien aux femmes en situation de vulnérabilité et aux parentalités multiples
2. Santé mentale
3. Soins spécifiques et « difficilement accessibles »
4. L'éthique du care/le prisme de la vulnérabilité: formation, évaluation et organisation des soins au niveau des territoires
5. Promouvoir les voix différentes en politique/dans la vie publique
6. Perspectives de recherche:
  - Les émotions dans le recours aux soins
  - La santé comme travail genré

