

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé - educationsante.be
Chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles
N° 414 / OCTOBRE 2024



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



**Nature sur
prescription:
les sillons convergent**

Sommaire



3

INITIATIVES
**Communication
NonViolente**
en Région
germanophone



9

INITIATIVES
Accès à la Nature:
inégalités, obstacles
et solutions



5

INITIATIVES
**Nature sur
prescription:**
les sillons convergent



10

RÉFLEXIONS
**Aide et soins
à domicile:**
participer aux décisions
pour ne plus être
pressées comme des
citrons



[educationsante.be](https://www.educationsante.be)

- Retrouvez tous nos articles et des inédits en ligne.
- Abonnez-vous à notre newsletter et découvrez d'autres articles, ressources et informations épinglés pour vous.

Retrouvez-nous aussi sur :  [facebook.com/revueeducationsante](https://www.facebook.com/revueeducationsante)

 [linkedin.com/company/education-sant-](https://www.linkedin.com/company/education-sant-)

MENSUEL (11 numéros par an, ne paraît pas en août). **ABONNEMENT** : gratuit pour la Belgique. Pour l'étranger, nous contacter. **RÉALISATION ET DIFFUSION** : Mutualité chrétienne (MC). **ONT COLLABORÉ CE MOIS-CI** : Clotilde de Gastines, Nolwenn Lechien, Rachida Bensliman. **RÉDACTRICE EN CHEF** : France Gerard (education.sante@mc.be). **ÉQUIPE** : Clotilde de Gastines, Rajae Serrokh, Maryse Van Audenhaege. **CONTACT ABONNÉS** : education.sante@mc.be. **COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT** : Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Martin de Duve, Dominique Doumont, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Célestine Gallez, Estelle Georgin, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Denis Mannaerts, Daphné Scheppers. **COMITÉ OPÉRATIONNEL** : Tania Antonioli, Pierre Baldewyns, Nathalie Cobbaut, Dominique Doumont, François Negrel, Anne-Sophie Poncelet. **ÉDITEUR RESPONSABLE** : Alexandre Verhamme, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **MISE EN PAGE** : Émerance Cauchie. **ISSN** : 0776 - 2623. Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord de la revue et moyennant mention de la source. **POUR TOUS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET** : [educationsante.be](https://www.educationsante.be). **COURRIEL** : education.sante@mc.be. Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé : [pipsa.be](https://www.pipsa.be). Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site [educationsante.be](https://www.educationsante.be). Notre site adhère à la plate-forme **promosante.net**. Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt : Charleroi X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrément : P401139. Crédit photos : AdobeStock.

Communication NonViolente

en région germanophone

En région germanophone, la Mutualité Chrétienne a formé près de 500 professionnel·les et citoyen·nes aux principes d'une Communication NonViolente. Cette initiative vise à améliorer les compétences psycho-sociales de la population.

INITIATIVES

► CLOTILDE DE GASTINES

« *La communication bienveillante ou NonViolente, ça rend le vivre ensemble un peu plus léger* », explique Sonja Nowakowski, formatrice certifiée, qui intervient depuis 2019 en région germanophone à la demande de la Mutualité Chrétienne. En cinq ans, le pôle MC de Verviers-Eupen a formé 496 personnes à la méthode de la Communication NonViolente (CNV).

Le projet vise à améliorer le bien-être de la population de Belgique orientale en renforçant ses capacités de dialogue et de coopération, autrement dit : ses compétences psycho-sociales.

La communauté germanophone finance ce projet à hauteur de 85 000 euros depuis 2019. La formation s'adresse en

particulier aux professionnel·les du soin, du *care*, en particulier aux encadrants de la petite enfance, mais aussi aux bénévoles, aux parents, aux actifs et aux couples.

Incompréhension, énervement, agressivité : des conflits peuvent surgir au quotidien dans le milieu familial ou professionnel. La méthode de la communication NonViolente (CNV) permet de dégager des marges de manœuvre en développant un mode d'expression et d'écoute qui favorise les attitudes constructives et positives. Elle vise à prévenir, aborder et résoudre des situations complexes ou conflictuelles pour faciliter l'exercice de la parentalité, l'activité professionnelle ou bénévole, améliorer la relation soignant-soigné, ou encore remédier aux conflits et ou aux non-dits au sein des équipes.

En 2024, les formations de la MC se sont principalement adressées à des professionnel·les issu·es du secteur du soin : médecins, aides-soignant·es, infirmier·es, qui travaillent en maison de repos, à domicile, en soins palliatifs, ou en hôpitaux.

« *Une bonne communication est essentielle que ce soit entre le soignant et le patient ou au sein de l'équipe*, décrit Vera Jesinghaus, pilote du projet à la MC. *Celles et ceux qui prennent peu de temps pour communiquer et ne prêtent pas attention à leur ton provoquent rapidement des situations et des conflits désagréables. Les principes de la Communication NonViolente peuvent faciliter le travail dans le quotidien des soins et leur qualité* ».

Pour l'aide aux patients, l'établissement d'une relation par le biais de services de communication qualifiés est pertinent pour faire face à la problématique de la solitude des personnes âgées. « *Dans le même temps, pour pouvoir exercer*



La CNV comme outil de promotion de la santé

La Communication NonViolente (CNV) ou bienveillante émerge à la fin des années 60 sur l'impulsion du psychologue américain Marshall B. Rosenberg. Celui-ci s'inspire du pacifisme (aussi bien du mouvement des Droits Civiques américains, que de la pensée de Gandhi), en reprenant le terme sanskrit « *Ahimsa* », qui signifie « *absence de violence* » ou « *absence de façon de nuire* », ce qui l'amène à créer le terme « *NonViolent* » – délibérément écrit sans espace et sans tiret. La CNV vise à contribuer à un changement social en créant des relations fondées sur l'empathie, la compassion, la coopération harmonieuse et le respect de soi et des autres.



cette profession à long terme, ces professionnel·les ont la nécessité de s'entraîner à garder une juste distance ou une juste proximité. Le travail relationnel et de communication permet de réduire les sources de stress» ajoute-t-elle.

En 2021, une édition consacrée à l'enfance avait déjà permis de former des auxiliaires de puériculture et des assistantes maternelles. Le programme s'étendait sur deux jours de sensibilisation et quatre jours d'approfondissement. Un module spécifique a aussi été ouvert à tous les parents qui le souhaitaient. Ceux-ci ont pu renforcer leurs compétences parentales à l'aide d'un webinaire en ligne d'une durée de 15h.

La formation vise à ce que chacun·e :

- ▶ s'exerce à repérer ce qui, dans sa manière de penser et de communiquer, bloque et génère de la violence ou au contraire ce qui facilite la communication et désamorce les conflits ;
- ▶ développe ses capacités d'écoute ;
- ▶ apprenne à instaurer un dialogue et à mener des entretiens conflictuels ;
- ▶ développe sa capacité à clarifier ce qu'il ou elle vit, et à exprimer des demandes claires ;
- ▶ parvienne à « décoder » l'agressivité en analysant les conflits de rôle ou de hiérarchie de manière à rétablir ou instaurer un dialogue où chacun·e est entendu.

Les 4 étapes de la méthode CNV

Les journées de formation sont rythmées par des temps théoriques, en particulier sur la philosophie de la méthode puis par des exercices pratiques très concrets. La CNV se décline en quatre grandes étapes résumées sous l'acronyme OBSD : observation, sentiment, besoin, demande.

- ▶ **Observation (O)** : décrire la situation en partant de faits concrets. Cela ouvre la possibilité de formuler des demandes d'actions précises à réaliser dans le futur.
- ▶ **Sentiment (S)** : exprimer l'ensemble des sentiments ressentis face à cette situation : que ce soit l'incompréhension, la frustration ou la colère.
- ▶ **Besoin (B)** : clarifier se(s) besoin(s), sans penser qu'on se met en situation de faiblesse.
- ▶ **Demande (D)** : faire une demande réalisable, concrète, précise et formulée positivement. Le fait que la demande soit accompagnée d'une formulation des besoins la rend négociable. Rosenberg fait d'ailleurs bien la distinction entre « demande » et « exigence ». Les demandes perçues comme des exigences sont vécues comme des actes de domination auquel l'interlocuteur va répondre par la soumission ou la révolte.

Des sessions sur mesure

Dans cet espace où la confidentialité est de mise, chacun·e peut partager une situation vécue personnellement, et y appliquer le modèle des quatre étapes à son cas particulier. « *On travaille la posture, on essaie d'identifier ce qui va accentuer le conflit, et ce qui peut l'apaiser. Même si je communique de façon non-violente, tous les problèmes ne disparaissent pas instantanément. Mais c'est aidant de se comprendre dans un conflit* », précise Sonja Nowakowski qui anime les sessions. Si le temps le permet, elle organise aussi des jeux de rôles pour mettre en pratique les principes essentiels.

La CNV consiste entre autres à créer des interactions. « *Si je propose simplement : "Est-ce que pour toi c'est un bon moment pour se parler ?" C'est une manière d'ouvrir la porte, et c'est déjà énorme* » explique Vera Jesinghaus. Cette proposition toute simple prend le contrepied de l'injonction fréquente : « *Écoute, il faut qu'on parle* ». Et ses applications sont illimitées quel que soit le type de conversation.

« *Si on se sent agressé par quelqu'un, il faut pouvoir se demander : "qu'a-t-il voulu faire ? Est-il en stress ?" Ou bien se remettre en question et se demander si on n'a pas fait quelque chose dont il nous tient rigueur* », ajoute la pilote du projet.

Le projet se poursuit cet automne et se prolongera en 2025. La formation donnée auprès des professionnels de santé de l'hôpital d'Eupen a convaincu la direction de l'étendre à l'ensemble de son personnel.

Références

- ▶ Marshall B Rosenberg : *Nonviolent Communication: A Language of compassion*, traduit en français sous le titre *Les mots sont des fenêtres (ou des murs)*.
- ▶ passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=communication_non_violente_th

Nature sur prescription :

les sillons convergent

Repartir de chez le médecin avec une prescription de nature ? Aller travailler chez un maraîcher pour sortir du burn out ? Les Soins verts sont en plein essor en Belgique. De plus en plus de professionnel·les du soin et de la promotion de la santé veulent montrer que cette intervention thérapeutique non-médicamenteuse a fait ses preuves.

INITIATIVES

► CLOTILDE DE GASTINES

Au cours des six derniers mois, une cinquantaine de patients de la maison médicale de Sprimont en province de Liège ont reçu une ordonnance pas comme les autres : une prescription de nature. Le carnet de 50 pages, couverture verte estampillée par le cachet et la signature d'un des onze médecins généralistes du Centre de Santé Intégrée des Carrières (CSIC) est sobrement illustré d'un dessin d'arbre stylisé.

À la lecture du carnet, les patients découvrent les fondamentaux de la prescription de nature. Le concept de « *Green prescription* » est né en Nouvelle Zélande en 1998 et plusieurs pays lui ont depuis emboîté le pas : États-Unis, Canada, Royaume-Uni, Japon, Suède, Suisse. Les différentes études menées sur ces terrains constatent que le fait de passer deux heures dans la nature par semaine, par tranche de 20 minutes minimum est bon pour la santé. Une recommandation qui figure d'ailleurs en couverture de la prescription de Sprimont.

« *Actuellement, nous avons 25 patients qui suivent le programme d'activités. Certains ont terminé, d'autres prolongent le programme initial* » précise Nolwenn Lechien, l'initiatrice du projet. Chargée de promotion santé au sein de la maison médicale de Sprimont, elle a coordonné un groupe de travail associant patients et professionnel·les pour co-construire cette prescription verte sur le fond et sur la forme.

Dans ses pages intérieures figurent un calendrier proposant huit semaines d'activités de (re)découverte et de (re) connexion à la nature. Chaque participant a la possibilité de s'inspirer d'une liste d'activités individuelles et collectives à faire à la maison ou en extérieur : une marche de 30 minutes, une visite de la réserve naturelle de la Heid des



L'équipe du CSIC de Sprimont avec le carnet de prescription verte illustré par Lucyle Massu, illustratrice et graphiste. De gauche à droite : le Dr Xavier Giet, Nolwenn Lechien, le Dr Fannette Brendel, le Dr Thomas Daltin. Cette photo a été prise fin mars 2024, au commencement du projet avec les patients.

Gattes (sur la commune d'Aywaille), l'écoute d'un épisode du podcast de Quentin Travailé « La Vie Partout », etc... Chaque patient dispose d'une double-page par semaine avec d'un côté une check liste, de l'autre une page vierge pour des annotations.

Un projet d'inspiration néo-zélandaise

Pour concevoir le dispositif, Nolwenn Lechien s'est inspirée de l'expérience d'un membre de sa famille qui vit et travaille en Nouvelle-Zélande comme « *garden prescripator* », littéralement un prescripteur de jardin. Elle découvre ce modèle pendant ses études d'infirmière. « *On était nombreux à s'interroger sur le paradigme du soin où prime le "tout curatif", à se demander si on n'était pas en train de devenir des prescripteurs sur pattes*, explique-t-elle. *On se demandait comment redonner du pouvoir à nos patients, en leur proposant, quand c'est possible, une alternative aux médicaments* ».



© Lucyle Massu (tous droits réservés)

Petit à petit, l'idée fait son chemin. Et si la Belgique suivait cette voie? Dans le cadre d'un master en santé publique à la Faculté de Médecine de l'Université de Liège, la jeune femme décide d'explorer la faisabilité des prescriptions vertes. Elle lance un questionnaire auprès des maisons médicales de la province de Liège, rencontre 69 professionnels de santé et sent un frémissement. Tous ses interlocuteurs sont « persuadés » des

bienfaits de la nature, décrit-elle. Ils ont toutefois « besoin de preuves scientifiques » pour faire face au possible scepticisme de leurs patients et à l'incrédulité que peut générer cette proposition dans l'opinion publique.

Le lien avec la nature est-il tellement fragilisé, qu'il faut que ce soient les médecins qui la prescrivent? Malheureusement, il semble que oui. Au cours de ses échanges, la chercheuse objective les obstacles qui entravent l'accès à la nature: le manque d'expérience, d'habitude, l'éloignement (pour ceux qui habitent en ville en particulier), la mobilité et les blocages psychologiques. « Ce n'est pas parce qu'on habite en milieu rural ou en campagne qu'on est connecté à la nature. Pour certains, le végétal génère plutôt de la contrainte: il faut tondre, parfois traîner, certain-es prennent leur voiture pour se déplacer » relate Nolwenn Lechien, qui détaille les obstacles et les solutions dans un article initialement publié sur le site de Canopéa (anciennement Inter-environnement Wallonie). (voir l'encart p. 9)

Des patients-bénévoles convaincus dès le lancement

Et pourquoi passer par une formalisation écrite, alors qu'une partie des médecins généralistes ploie sous la surcharge de prescription? « Un conseil écrit a toujours plus de force qu'un conseil oral », précise Sarah De Munck, médecin généraliste au sein de la SSMG et chargée de projet Santé Environnement chez Canopéa. Les médecins jouissent d'une place particulière auprès des patients qui leur font confiance grâce à leur connaissance et leur proximité. Ils jouent donc un rôle essentiel dans la prévention et la transition vers un système de santé moins dépendant des médicaments, ainsi que dans la sensibilisation aux bienfaits de la nature ».

À l'été 2023, Nolwenn Lechien présente son mémoire de fin d'études intitulé « Prescription de la nature par les professionnels de santé en maison médicale: exploration en région liégeoise des perceptions, freins et leviers de cette

pratique innovante ». Il est distingué par le prix HERA de la Fondation pour les Générations Futures. Aussitôt, le CSIC lui ouvre la perspective d'une mise en pratique concrète à Sprimont, en proposant à la jeune diplômée de devenir responsable de projet en promotion de santé – et d'y mettre en œuvre les prescriptions de nature.

Les réflexions démarrent en octobre 2023 avec les professionnel·les de la maison médicale et un groupe de travail auquel participent sept patient·es volontaires, dont l'une est guide nature. Fin mars, le carnet est finalisé et les premier·es patient·es reçoivent des prescriptions vertes.

« Cinq patient·es de notre groupe de travail ont voulu s'impliquer au-delà de la création du carnet. Ils animent bénévolement des activités collectives: des marches de remise en forme, des marches de découverte historique autour de Sprimont, des balades en pleine nature et en pleine conscience, des rencontres de maraîchers pour parler alimentation ou potager » se réjouit Nolwenn Lechien.

Réflexivité et changement de pratique

« Au départ, on pensait prescrire de la nature pour un maximum de patient·es avec ou sans pathologie chronique, explique le Dr Xavier Giet. Dans la pratique, on remarque qu'on en prescrit principalement pour des problèmes d'anxiété, de burn out, d'isolement, ou parfois quand un patient est en rémission d'un cancer. »

Le projet pousse les médecins de la maison médicale à la réflexivité. « Ce n'est pas évident de changer notre pratique pour que la prescription de nature devienne un acte naturel pour nous et qu'on y pense aussi pour les maladies chroniques comme le diabète et l'hypertension » ajoute le praticien. Celui-ci partage d'ailleurs les préoccupations de Nolwenn Lechien quant à la sur-médication. Il passe régulièrement en revue les plans de traitement de ses patients pour tenter de diminuer les doses, ou le nombre de molécules quand c'est possible.

Après une prescription de nature, le médecin revoit son patient au bout de quatre semaines d'activités nature pour assurer le suivi médical. En parallèle, Nolwenn Lechien assure une consultation d'une heure toutes les deux semaines pour identifier si l'activité a pu donner le goût de la nature, de nouvelles habitudes et s'il subsiste des freins.

« Certaines personnes ont des difficultés d'accès. On ne peut pas encore financer le transport pour celles qui sont privées de mobilité, qu'elles soient précarisées, âgées ou handicapées », explique-t-elle. Pour le moment, l'initiative fonctionne sur fonds propres, sans aide de la commune de Sprimont.

Cet automne, le carnet va évoluer pour s'adapter aux pratiques des médecins et des patients. « Il était très centré sur Sprimont et ses alentours, il va se diversifier pour permettre son utilisation ailleurs en Wallonie, gagner en

souplesse en supprimant la checklist. Il fera aussi plus de place aux prises de notes des patients, et fixera un objectif au début des deux mois, pour permettre d'objectiver la réalisation de celui-ci».

La nature, une alliée thérapeutique

Si le dispositif de Sprimont est encore trop jeune pour pouvoir présenter une évaluation médicale précise, il met toutefois en avant la liste des bienfaits de la nature dans une double-page illustrée, comme le montre l'extrait ci-dessous.

En 2005, le journaliste américain Richard Louv présentait le « syndrome de manque de nature » (Nature Deficit Disorder) dans son livre *Last Child in the Woods*. Il y constatait le fait que les humains, et notamment les enfants, se trouvent de plus en plus confinés en milieu urbain, et tissait un lien de cause à effet sur le moindre usage des capacités sensorielles, des difficultés d'attention et un impact sur des pathologies comme l'obésité.

Ce n'est que depuis 2010, que la littérature scientifique caractérise véritablement les effets des « thérapies assistées par la nature », notamment de l'agriculture sociale et publie des preuves scientifiques.

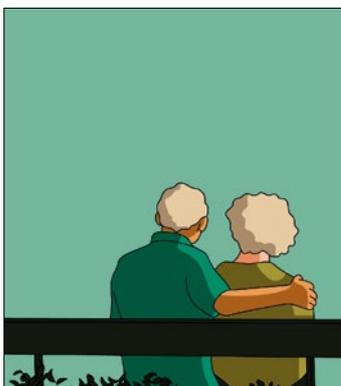
De nombreuses études sont en cours actuellement. En Suisse, le médecin Mathieu Saubade mène par exemple une recherche pour Unisanté Lausanne sur les bains de forêt. Il documente les effets de balades immersives en forêts sur les maladies cardiovasculaires et l'hypertension en mesurant les constantes des participants. Il est parvenu à mettre en évidence la différence entre un bain de forêt et une balade en milieu urbain. Il étudie aussi les effets du groupe de pairs, de l'état méditatif et de l'expérience multisensorielle.

Lors de la présentation de ses travaux, en septembre 2022, il dressait la liste des bienfaits physiologiques et psychologiques. L'environnement forestier se distingue par la qualité de son air, notamment une plus forte concentration d'oxygène, des sons de faible intensité entre silence et sons de la nature. Chez les participants, il mesure une diminution significative du rythme cardiaque, une diminution de la tension artérielle et du cortisol (l'hormone du stress) après la marche en forêt. Cette diminution est plus forte qu'après une marche en ville. Il constate aussi une augmentation des niveaux de sérotonine et d'endorphines, améliorant ainsi l'humeur, le sentiment de bien-être général et l'attention. Enfin, l'exposition à des phytocides, des composés organiques volatils libérés par les arbres, contribue à renforcer le système immunitaire.

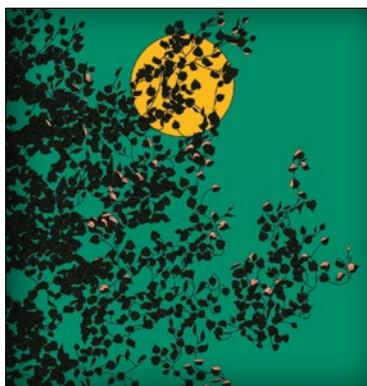
Les bienfaits de la nature

Extrait du carnet de Sprimont
(graphisme illustration Lucyle Massu)

1. Baisse la tension artérielle



2. Assure un meilleur fonctionnement du système immunitaire et un meilleur sommeil



3. Augmente le sentiment de convivialité et favorise les contacts sociaux



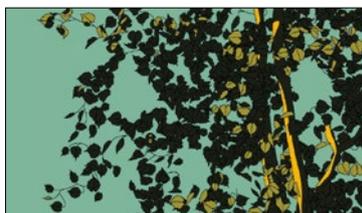
4. Baisse le taux de sucre et de cortisol dans le sang



5. Facilite la perte de poids



6. Calme le rythme cardiaque et le rythme respiratoire



7. Réduit l'anxiété, l'agressivité et les sentiments dépressifs



8. Restaure la concentration, clarifie les pensées et améliore la mémoire



Cartographie de l'influence de la nature – la nature comme thérapie de soins

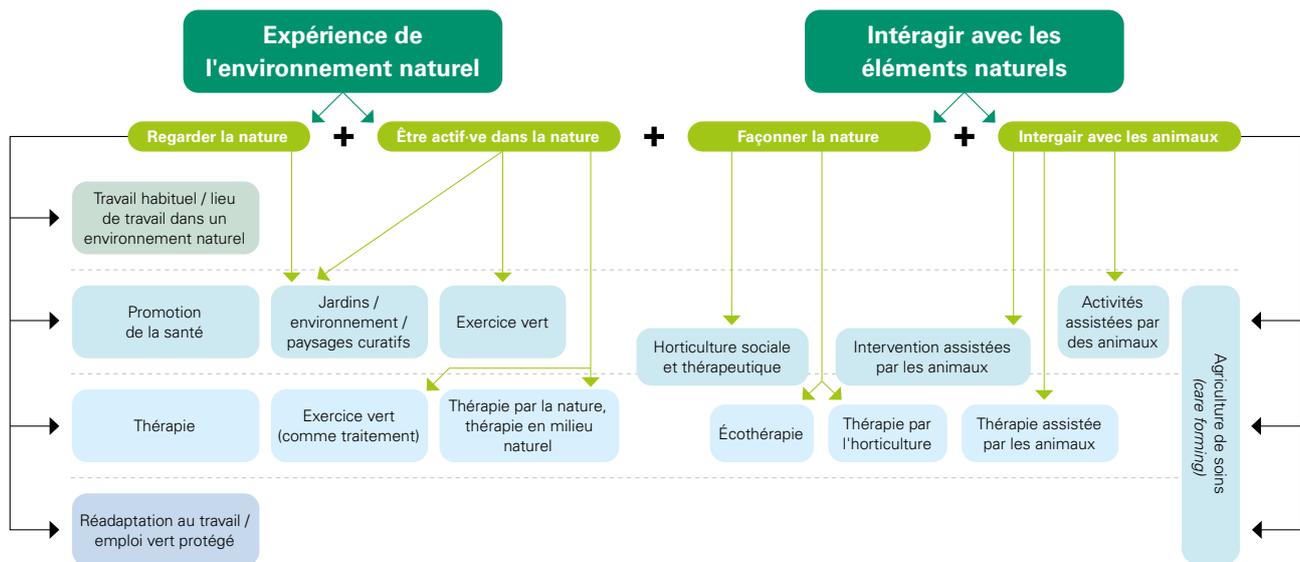


Schéma issu du rapport Sempik, J., Hine, R., & Wilcox, D. (2010). Green care and its links with other interventions and approaches. Green Care: A Conceptual Framework, 53–69.

Essaimer et évaluer les soins verts en Belgique

Partout en Belgique, les initiatives fleurissent autour des soins verts, qu'il s'agisse d'horticulture thérapeutique, d'activités de conservation de la biodiversité, d'exercice physique en pleine nature (marche, vélo, escalade...) ou d'art thérapie en extérieur. En Flandre, l'hôpital de Courtrai a aménagé son parc et y organise des activités de connexion à la nature. À Wépion, le Jardin Animé (une asbl agréée en promotion santé) est un éco-lieu orienté vers la santé globale.

À l'échelle du pays, la fondation Terre de Vie a lancé un programme baptisé « Soins verts – Groene Zorg ». Il vise en particulier à mettre en valeur une pratique qui a fait ses preuves : l'accueil de patients en *burn out* dans une ferme pour leur permettre de se rétablir. Une évaluation quantitative et qualitative se met en place avec les équipes de la KULeuven. L'ASBL Nos Oignons, agréée en santé mentale en Wallonie et en promotion santé à Bruxelles joue le rôle d'ensemblier.

« On souhaite recruter 60 personnes à l'échelle de la Belgique, la moitié en Flandre, et l'autre en Wallonie. On étudiera les effets des "soins verts" sur ces personnes, afin d'identifier les facteurs facilitant ou empêchant une amélioration de leur état de santé et de leur motivation », précise Samuel Hubaux, le directeur de Nos Oignons, qui publie un article détaillé et un « *call to action* » dans le numéro 108 de Santé Conjuguée.

La Fondation Terre de Vie avait organisé une journée d'études sur le sujet le 15 mai dernier au Parlement de

Wallonie à destination des élus et invité entre autres Nolwenn Lechien pour qu'elle y présente l'initiative de Sprimont. Elle plaide pour que la prescription verte soit à l'agenda de l'accord du prochain gouvernement fédéral. À l'échelle de la Belgique, le terreau semble prêt. Les acteurs et actrices de la promotion de la santé arrosent les petites pousses doucement mais sûrement pour tresser un futur maillage commun.

Références

- ▶ Et si les médecins vous prescrivaient... de la nature?! – Canopea
Lien : canopea.be/et-si-les-medecins-vous-prescrivaient-de-la-nature
- ▶ Santé et nature : vers une nouvelle pratique médicale – Canopea
Lien : canopea.be/sante-et-nature-vers-une-nouvelle-pratique-medicale
- ▶ Le mémoire de Nolwenn Lechien Prescription de la nature par les professionnels de santé en maison médicale : exploration en région liégeoise des perceptions, freins et leviers de cette pratique innovante
Lien : futuregenerations.be/sites/www.futuregenerations.be/files/2024_mtahealth_05_tfe_nolwenn_lechien.pdf
- ▶ La recherche du Dr Mathieu Saubade pour UniSanté Lausanne sur l'effet des bains de forêts sur la santé cardio-vasculaire et l'hypertension
Lien : lvcv.ch/wp-content/uploads/LVCV-Grand-Prix-2022-Saubade-Mathieu.pdf
- ▶ Le Rapport de la KUL sur le Programme Soins Verts (Mars 2024)
Lien : liras.kuleuven.be/retrieve/758737
- ▶ Le site Soins Verts, [Groene Zorg](https://groenezorg.be) soinsverts-groenezorg.be
- ▶ Sempik, J., Hine, R., & Wilcox, D. (2010). Green care: a conceptual framework; a report of the Working Group on the Health Benefits of Green Care, COST 866, Green Care in Agriculture. Loughborough: Centre for Child and Family Research.
- ▶ Le Jardin Animé – Un espace solidaire, thérapeutique et d'éducation à l'environnement (lejardinanime.be) lejardinanime.be



Accès à la Nature : inégalités, obstacles et solutions

► NOLWENN LECHIEN

(tiré de canoepa.be/sante-et-nature-vers-une-nouvelle-pratique-medicale)

Actuellement, malgré la gratuité de la nature et le nombre d'espaces verts et bleus en Belgique, il existe des obstacles qui varient selon les circonstances socio-économiques, les contextes culturels et les histoires de vie individuelles. Ces obstacles font écho aux inégalités en santé environnementale, que définit ainsi Canopea :

- Inégalités d'exposition : les plus précaires vont être les plus exposés à tous les types de pollution.
- Inégalités de responsabilité : celles et ceux qui polluent le moins, sont les plus exposés.
- Inégalités d'accès et d'adaptation : les publics les plus touchés ont le moins d'information, de ressources, de levier (financier ou d'accessibilité) et de latitude pour adapter leurs comportements, et se protéger.

Voici quelques obstacles couramment rencontrés :

- Logistiques : le temps, la distance et le coût pour se rendre dans les parcs peuvent être des freins importants. De plus, il existe des inégalités sociales en termes d'accès aux espaces verts et bleus. Les villes doivent entrer dans une logique de végétalisation plus importante.
- Sociaux et Culturels : les habitudes reçues étant enfant, les croyances personnelles, spirituelles, culturelles, le lieu de vie, peuvent dissuader certaines personnes de participer à des activités en plein air.
- Le manque d'expériences de nature et de compétences en plein air durant l'enfance peut rendre diffi-

cile l'engagement dans des activités en plein air à l'âge adulte.

- Psychologiques : les barrières psychologiques, telles que la peur ou la mauvaise santé mentale, peuvent également être des obstacles significatifs.

Pour surmonter ces obstacles, des solutions pratiques existent en particulier la mise en place durable d'une alliance entre les professionnels de santé et les professionnels de la nature.

- Expériences de groupe : organiser des sorties de groupe incluant le transport, l'équipement nécessaire, et des guides expérimentés peut aider à rendre les activités en plein air plus accessibles.
- Approche progressive : une introduction progressive aux activités en plein air, avec un soutien adapté, peut aider à surmonter les réticences initiales.
- Un programme adapté : le développement d'un accompagnement et d'un suivi adapté à chaque pathologie et à chaque patient peuvent faciliter l'accès aux activités de plein air.
- Un développement généralisé et durable : l'organisation d'un programme ancré dans les habitudes des professionnels de santé notamment par l'instauration d'un nouveau canevas de soin à l'INAMI mais également par une convention entre les professionnels de santé et les organismes proposant des activités en nature, dans chaque commune.



Fiche d'identité Canopea

Canopea (anciennement Inter-environnement Wallonie) fédère 130 associations environnementales depuis 50 ans. Aujourd'hui, une équipe de 35 salariés et de 43 bénévoles qui travaillent sur l'environnement au sens large. Et plus particulièrement sur les thématiques : Énergie, Climat, mobilité, alimentation, ruralité, agriculture, santé environnement.

Canopea mène des actions de plaidoyer pour proposer des solutions collectives et politiques concrètes, et améliorer la participation démocratique aux décisions.

La plateforme donne des formations en Éducation permanente auprès des professionnel·les et des citoyen·nes.

Elle soulève de la donnée au niveau local pour sensibiliser les citoyens sur leur environnement. Mesures de la pollution sonore, analyse des poussières de maison pour mesurer la pollution intérieure, cartographie, médiation ou encore monitoring.

Canopea intervient au niveau des entreprises, de l'État, des citoyens. Elle a notamment mené la concertation pour rédiger le nouveau plan ENVleS 2024-2028 (le plan d'actions qui régit toutes les actions et initiatives dans le domaine de la santé environnementale) dont le budget attend la validation du nouveau gouvernement wallon.

Aide et soins à domicile :

participer aux décisions pour ne plus être pressées comme des citrons

RÉFLEXIONS

Viellir chez soi, n'est pas toujours une mince affaire. C'est un défi tant pour les personnes âgées que pour les travailleuses qui œuvrent au quotidien pour favoriser le bien-vieillir à domicile. En Wallonie et à Bruxelles, des structures ont pu donner la parole aux travailleuses du *care* pour leur permettre de contribuer à l'amélioration de leurs conditions de travail. Dans sa thèse de doctorat soutenue en janvier 2024 à l'ULB, Rachida Bensliman décrit cette recherche d'équilibre entre bien-être des travailleuses et bien-être des bénéficiaires de *care*.

► RACHIDA BENSLIMAN, PhD et chercheuse à l'ULB

En Wallonie et à Bruxelles, de nombreuses initiatives innovantes, soutenues par les pouvoirs publics et portées par des associations à but non lucratif, ont vu le jour pour permettre aux aînés qui le souhaitent, de poursuivre leur projet de vie à domicile le plus longtemps possible. Cette orientation est qualifiée dans la littérature d'« *Ageing in place* » (Viellir chez soi), en alternative au modèle d'hébergement et de soins résidentiels. Ainsi, les organisations d'aide et de soins à domicile offrent des services multiformes, repensés pour mieux correspondre aux besoins du terrain tels que des accompagnements spécialisés pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, des services de répit à horaire flexible, du soutien psychologique ambulatoire, ou encore des solutions technologiques pour améliorer la gestion des prestations à domicile.

Néanmoins, ces efforts sont freinés par un enjeu invisibilisé mais fondamental : les conditions de travail des travailleuses du *care*, en particulier des aides familiales et des gardes à domicile. Souvent isolées et peu impliquées dans les décisions qui les concernent, elles sont particulièrement exposées à des risques professionnels liés à l'environnement de travail domestique, mais également aux risques psychosociaux. Ces derniers peuvent impacter tant leur santé physique et psychique que la qualité des prestations délivrées auprès des personnes âgées.

Définition

Le terme « *care* » est polysémique. Il est employé dans cette thèse pour caractériser le vaste champ d'activités visant à prendre soin des personnes âgées, à les accompagner, les soigner, les soutenir et les aider aux activités de la vie journalière afin de favoriser leur bien-être et leur autonomie à domicile. Ces activités du *care* concernent une pluralité de métiers offrant une aide, une assistance, une présence, un accompagnement psycho-social, des soins non-médicaux, d'hygiène, infirmiers, médicaux ou paramédicaux. La recherche s'intéresse particulièrement aux « travailleuses du *care* », terme employé pour qualifier le personnel travaillant dans les services d'aide et de soins à domicile.

Méthodologie mixte et participative

Ma thèse de doctorat (voir le lien en encadré) s'intéresse particulièrement à deux facteurs de risques psychosociaux spécifiques : l'organisation de travail et la participation aux processus décisionnels sur le travail. L'objectif de la recherche est d'analyser l'impact de la participation sur la

santé et le bien-être des travailleuses du *care*, offrant des services d'aide et de soins à domicile aux personnes âgées.

Cette recherche scientifique, menée dans le cadre d'un projet interdisciplinaire, partenarial et interuniversitaire appelé WISDOM, s'est déroulée principalement en région Wallonne, en partenariat avec 14 organisations de l'aide et des soins à domicile qui ont développé des innovations sociales pour le vieillissement chez soi.

Bénéficiant d'un ancrage fort sur le terrain, une méthodologie mixte a été réalisée avec une phase participative par méthodes qualitatives (analyse documentaire, entretiens individuels, méthode d'analyse en groupe, workshops) et une phase statistique par méthode quantitative (questionnaire sur les risques psychosociaux sur un échantillon de plus de 1100 travailleurs et travailleuses du champ d'activités du *care*). D'autre part, une approche originale de promotion de la santé au travail avec une démarche participative et de renforcement de l'*empowerment* a été expérimentée. Elle a été menée avec des groupes de travailleuses du *care* qui ont peu l'opportunité d'être entendues et encore moins, d'analyser leur situation et de proposer des pistes de solution pour repenser l'organisation et les conditions de leur travail.

Expérimenter une approche participative avec des travailleuses du *care*

Dans la phase participative, deux groupes de 9 à 12 travailleuses ont été constitués dans deux grandes organisations d'aide et de soins à domicile à structure hiérarchisée,

et porteuses d'innovation sociale pour l'*Ageing in place*. Trois ateliers de trois heures ont été réalisés mobilisant la méthode d'analyse en groupe pour co-construire un diagnostic de situation concernant les facteurs liés à leur santé et bien-être au travail et définir les pistes de solution à mettre en œuvre pour améliorer l'organisation et leurs conditions de travail.

Cette méthode comporte l'avantage d'impliquer directement les travailleuses dans la production et l'analyse des données durant les ateliers. En outre, les résultats sont rendus plus robustes grâce à l'étape de validation des résultats structurés par la chercheuse au fur à mesure que progressent les phases de la recherche (les détails du processus sont décrits dans le tableau ci-dessous).

À l'issue des trois ateliers, les participantes des deux services étudiés ont formulé le souhait de mettre en place une intervention concrète afin de donner suite à ce processus. Elle s'est concrétisée par la préparation et l'organisation d'un 4^e atelier « interventionnel » offrant l'opportunité aux travailleuses du *care*, généralement peu écoutées, de s'exprimer et porter leurs revendications à la direction et la ligne hiérarchique concernant leurs conditions de travail et l'impact sur leur santé et leur bien-être.

Ces ateliers ont été l'occasion pour les participantes d'expérimenter et de s'approprier le processus participatif initié dans le cadre de cette thèse et de le poursuivre en interne avec leur ligne hiérarchique. De plus, la démarche a contribué à développer leur *empowerment*, les rendant plus confiantes et légitimes pour s'exprimer, et affirmer leur

<p>Atelier de travail 1</p>	<p>Le récit</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Question ouverte de la chercheuse : « Choisissez et racontez un récit, une expérience vécue concernant votre bien-être et le travail » ▶ Propositions de récit par toutes les participantes (tour de table – 3 minutes) ▶ Choix et vote du récit prioritaire à analyser avec argumentaire ▶ Narration détaillée du récit sélectionné par le groupe ▶ Identification des enjeux avec le groupe ▶ Questions d'informations ou clarification
<p>Les interprétations</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▶ 1^{er} tour de table d'interprétation ▶ Réactions de la narratrice ▶ 2^e tour de table ▶ Réactions de la narratrice
<p>Atelier de travail 2</p>	<p>L'analyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Présentation d'une structuration des résultats ▶ Convergences et divergences d'opinion des participantes : affinement et validation ▶ Apports théoriques de la chercheuse ▶ Hypothèses et problématisation structurée
<p>Atelier de travail 3</p>	<p>Les perspectives pratiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Validation/amendement de l'analyse générale ▶ Pistes de solution et perspectives pratiques identifiées par les participantes ▶ Préparation de l'intervention par le groupe
<p>Atelier de travail 4</p>	<p>L'intervention</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Présentation des résultats et des pistes de solution à la direction et la ligne hiérarchique par le groupe de participantes ▶ Déclenchement et construction d'un dialogue horizontal sur les éléments problématiques et les solutions proposées ▶ Évaluation du processus participatif et de l'<i>empowerment</i>: administration d'un questionnaire à questions ouvertes en toute fin de séance.



rôle essentiel dans la participation aux réflexions et aux processus décisionnels liés à l'organisation de travail.

L'intensification des rythmes et de la charge de travail : une réalité préoccupante

Les résultats transversaux de la thèse combinant les différentes méthodes, révèlent une exacerbation des conditions de travail défavorables dans les services d'aide et soins à domicile, tant au niveau de l'environnement psychosocial que physique et organisationnel. En effet, l'intensification de l'organisation du travail, dictée par la nécessité de répondre aux demandes croissantes de soins à travers les innovations sociales, a conduit à une augmentation significative de la charge et du rythme de travail, générant une source de stress.

«J'arrive au domicile de la personne âgée et je suis déjà stressée par l'obligation de scanner avant 8h15, au point d'oublier de dire "Bonjour"». (Aide familiale)

Travaillant le plus souvent seules, dans des environnements domestiques dispersés, les travailleuses du *care* sont confrontées à une pression importante. Cette pression est générée par plusieurs facteurs organisationnels problématiques tels que multiplicité et fractionnement des prestations quotidiennes, horaires variables, changements de planning imprévisibles, contrôle accru sur le travail, flexibilité imposée, sollicitation excessive à des heures inconfortables, longs trajets quotidiens, et délivrance de services de *care* à des personnes âgées dont la situation est parfois complexe.

«On a l'impression d'avoir des journées énormes avec les coupés, quand on fait un 8h30 - 12h30 et puis qu'on fait un 15h - 20h, et qu'on sait que psychologiquement ce n'est pas facile (...) parce que ce sont des personnes Alzheimer. Il y a la maladie et pas que l'organisation du travail... Il y a les deux : physiquement c'est parfois lourd. Aussi bien par rapport aux horaires, on est crevées, et aussi avec nos bénéficiaires : les mettre au lit, ce n'est pas facile. Psychologiquement aussi, parce que c'est une maladie qui est difficile.» (Garde à domicile)

Cette intensification des rythmes et de la charge de travail a été identifiée spontanément par les travailleuses comme une source de stress auto-rapporté. Elle génère un épuisement professionnel, des difficultés à conjuguer vie privée et vie professionnelle, outre les pénibilités psychiques et physiques liées au contenu du travail (répondre aux besoins complexes de *care* aux personnes âgées) domestique, impactant la santé et le bien-être global des travailleuses.

«La responsable m'a demandé de remplacer quelqu'un, elle sait très bien que si je n'accepte pas, ce sera un gros problème, car il n'y aura plus personne pour assurer le service.» (Garde à domicile)

Face à ces pressions, aux mauvaises conditions de travail et aux faibles rémunérations, certaines travailleuses déclarent garder leur emploi principalement pour des motivations intrinsèques d'ordre relationnel.

«J'en ai marre de tout, je veux changer de métier, mais je n'ai pas la possibilité d'aller ailleurs. Je suis sollicitée à temps plein et je ne suis payée qu'à temps partiel. J'aime ce métier, j'aime les personnes âgées, et c'est ce qui me fait rester dans ce travail.» (Garde à domicile)

Les organisations axent sur la satisfaction des demandes

La recherche a également révélé que les représentations sociales des acteurs du *care* à domicile privilégient une approche axée sur les résultats des services « *goals oriented* » plutôt que sur les processus de travail « *process oriented* ». Les acteurs et experts de ce champ d'activités se concentrent principalement sur la réponse aux besoins non satisfaits, l'identification de nouvelles cibles de bénéficiaires, l'innovation par rapport aux pratiques traditionnelles, la mobilisation d'un réseau d'acteurs, et la nécessité de reconnaissance politique pour assurer la viabilité des services. En revanche, l'amélioration des conditions de travail et la participation des travailleuses aux décisions sont souvent négligées.

Cette vision, centrée sur la satisfaction de la demande et des besoins de *care* des bénéficiaires, influence les stratégies socio-politiques d'*Ageing in place*, mettant l'accent sur la qualité des services à domicile. « Ainsi, la priorité est accordée au bien-être des personnes âgées, au détriment d'un juste équilibre avec la santé et le bien-être des travailleuses, essentielles au fonctionnement du système de soins à domicile. »

« Soyons clairs, on ne peut pas dire qu'il n'y a pas le bien-être des travailleuses, je pense qu'il est bien présent. Mais on est confronté, je crois aussi au fait que l'organisation a un peu sa marque de fabrique de pouvoir répondre rapidement à une prise en charge ». (Responsable d'un département)

De ce fait, l'analyse a montré qu'il existe un déséquilibre entre la satisfaction des besoins des travailleuses, le bien-être des bénéficiaires et les objectifs des organisations. Cette tension, exacerbée par une organisation du travail très exigeante, entraîne une détérioration de la santé mentale et physique des travailleuses et non professionnelles, impacte la qualité de la relation de *care*, et met en péril la viabilité des services.

«Je crois que notre cheffe est trop gentille à vouloir répondre à tout le monde. C'est là que le câble doit être resserré et dire non, on n'a pas de disponibilité, ce sont des heures qui sont déjà trop prises. Il faut dire simplement que mon équipe est sur les genoux, c'est tout». (Garde à domicile)

«Moi, je risque le burnout. On me dit "Change de travail!". C'est parce qu'on nous presse comme un citron. On est en récup, on nous téléphone pour un changement d'horaire, tu dois faire un remplacement. Je dis "Ok, je vais m'arranger". Mais un jour mon mari m'a dit "Tu vas choisir, c'est le boulot ou moi"». (Garde à domicile)

L'ensemble de ces éléments conjugués montrent qu'il existe une forte tension entre :

- 1 la préservation de la santé et du bien-être des travailleuses du *care* ;
- 2 la satisfaction des demandes de *care* des personnes âgées et de leurs aidants proches ;
- 3 l'atteinte des intérêts stratégiques des organisations.

En conséquence, les travailleuses du *care* se sentent « pressées comme des citrons », expression qui a inspiré

le titre du modèle d'analyse de santé au travail « *Squeezed Lemon Model* ».

Le « Squeezed Lemon Model » (« Modèle du citron pressé »)

La recherche a conduit à l'élaboration du « Squeezed Lemon Model », un modèle d'analyse de la santé au travail qui propose entre autres, que la participation aux processus décisionnels puisse agir comme un facteur protecteur, pouvant contribuer à un certain niveau, à réguler des tensions et prévenir les impacts négatifs sur la santé des travailleuses.

Ce modèle illustré dans la figure ci-dessous, est structuré en quatre volets. Le premier montre comment un contexte socio-politique requérant, celui du champ d'activités du *care* et de l'*Ageing in place* (Volet 1) produit des effets sur les conditions de travail des travailleuses du *care*, caractérisées par un accroissement des exigences et l'émergence de tensions entre les intérêts des organisations de l'aide et des soins à domicile, le bien-être des bénéficiaires, et celui des travailleuses du *care* (Volet 2); comment ces conditions de travail détériorées par une organisation de travail exigeante, impactent la santé mentale et physique des travailleuses du *care*, la relation de *care* et la viabilité des services, lorsqu'elles ne sont pas accompagnées d'une participation aux processus décisionnels à tous niveaux (Volet 3); et enfin comment, selon les travailleuses du *care*, ces tensions peuvent être régulées pour améliorer les conditions de travail et préserver leur santé et bien-être (Volet 4).



Figure : « Squeezed Lemon Model »

La participation : une ressource-clé pour améliorer les conditions de travail dans l'aide et les soins à domicile

Les travailleuses du *care* sont souvent exclues des processus décisionnels concernant leur organisation du travail. L'absence de consultation et de participation aux décisions stratégiques limite leur latitude décisionnelle et contribue à un isolement professionnel significatif. Cette situation est aggravée par la rareté des occasions d'échange et de soutien social au sein des organisations.

«Ce serait plus intéressant d'avoir une table représentative comme ici (en désignant l'atelier 3 de la méthode d'analyse en groupe en cours) à propos de l'outil smartphone, et avec une personne du Call (Centre d'appel) aussi. En interne, on pourrait arriver à trouver certaines solutions. Rien que le fait que chacune puisse parler de ces difficultés, permettrait de comprendre l'autre et ça, au niveau humain, ça changerait beaucoup.» (Aide-familiale)

Le contexte de travail, marqué par une dispersion spatio-temporelle des prestations, limite leurs opportunités de se rendre au siège de leur organisation, de communiquer avec leurs collègues ou responsables, et de bénéficier de soutien social. Cette situation est exacerbée par le faible espace d'expression offert lors des réunions d'équipe mensuelles sur les questions relatives au bien-être au travail.

«Maintenant, c'est vrai par rapport à ce que j'entends ici, je me dis qu'il faut qu'on ait des espaces de discussions autres que les réunions d'équipe.» (Responsable d'équipe)

En parallèle, la participation des travailleuses aux processus décisionnels reste quasi inexistante. Les décisions relatives à l'organisation du travail, aux stratégies de l'organisation, et aux tâches discrétionnaires (activités du *care* à domicile)

sont souvent prises sans consultation des travailleuses, ce qui augmente leur charge de travail et leur stress.

En effet, d'après les résultats de la phase statistique de la thèse, sur un vaste échantillon de plus de 1100 de travailleurs et travailleuses du champ d'activité du *care* à domicile, la participation aux processus décisionnels est associée. Elle est associée à une meilleure santé mentale et physique, ainsi qu'à un engagement plus élevé au travail. Dès lors, les démarches participatives pourraient avoir un impact positif sur la qualité des services offerts aux personnes âgées.

Des recommandations pour diminuer la pression et favoriser l'équilibre

Cette thèse de doctorat a permis de dégager une série de recommandations adressées aux acteurs des organisations de *care*, des fédérations d'employeurs, des organisations syndicales et des pouvoirs publics. En voici quelques-unes :

- 1 Réactualiser les guides de bonnes pratiques à destination des organisations, conçus sur base de données probantes, en y intégrant explicitement un axe spécifique concernant la participation comme facteur protecteur des risques psychosociaux et comme levier d'amélioration de l'organisation et des conditions de travail
- 2 Encourager les organisations à prioriser l'enjeu des conditions de travail favorables et à considérer d'une égale importance, le bien-être des bénéficiaires et celui des travailleuses du *care* dans leurs finalités sociales et institutionnelles. Mentionner clairement cette considération dans les guides, suivre les bonnes pratiques et les recommandations de professionnels et les risques psychosociaux, qui y figurent.
- 3 Développer des démarches participatives « directes » (par les travailleurs-es du terrain elle-mêmes) à travers trois axes :
 - Élargir la latitude décisionnelle sur le contenu du travail (types et modalités des prestations à domicile) et créer de véritables équipes de travail.



- ▶ Créer des « espaces de réflexion participatifs » sur l'organisation de travail.
 - ▶ Impliquer les travailleuses du *care* dans les réunions sur les décisions stratégiques concernant les objectifs de production de services et les innovations sociales.
- 4** Articuler participation directe (avec le personnel) et indirecte (avec les représentants syndicaux) pour équilibrer les intérêts des différents acteurs et valoriser les contributions des travailleuses.

Vers une gouvernance participative du champ d'activités du *care* ?

Le champ d'activité du *care* est en pleine transition. Outre des innovations de services pour le « vieillir chez soi », il est crucial d'investir dans des innovations organisationnelles qui favorisent un management participatif. Cela peut inclure la création d'« espaces de réflexion participatifs sur le travail », (inspiré de la théorie des espaces de discussion de Mathieu Detchessahar, 2013), où les travailleuses du *care* peuvent partager leurs points de vue, leur expérience et leur vision de l'organisation de travail, du sens donné à leurs activités et des facteurs essentiels à leur santé et bien-être.

En effet, les résultats de la thèse indiquent que les travailleuses du *care* ont une connaissance pointue de leur métier, de leur terrain d'intervention et des besoins des personnes âgées qu'elles accompagnent au quotidien. Leurs compétences et savoir-faire pratiques du *care* méritent d'être valorisés et considérés à leur juste valeur, autant que leurs réflexions sur les aspects organisationnels du travail, l'analyse de leurs conditions de travail ainsi que leurs propositions de solutions dans la résolution des problèmes.

Concrètement, cet espace pourrait être systématisé, institutionnalisé et nourri des discussions qui ont lieu dans les organes des concertations. Il s'agira d'un cadre ouvert où les intelligences et savoirs multiples (théoriques, pratiques, organisationnels et expérientiels) se côtoient et se solidarisent pour produire des solutions sur l'organisation de travail, prévenir les risques psychosociaux et ainsi favoriser la santé et le bien-être des travailleuses du *care*.

Promouvoir une gouvernance participative dans le champ d'activités du *care* à domicile représente une perspective prometteuse. Toutefois, il devient urgent que les pouvoirs publics et les responsables des organisations reconnaissent la protection de la santé et du bien-être des travailleuses comme une priorité, au même titre que celle des personnes âgées. Cela nécessite non seulement un engagement ferme et des investissements substantiels, mais également une capacité à innover pour développer des solutions qui favorisent un équilibre harmonieux et respectueux des besoins de tous les acteurs impliqués.



Pour en savoir plus

La thèse de doctorat

Bensliman, Rachida. L'impact de la participation aux processus décisionnels sur la santé et le bien-être au travail: recherche mixte avec des travailleuses de l'aide et des soins à domicile dans un contexte d'Ageing in place. Thèse de doctorat défendue le 12 janvier 2024, à l'École de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles.

Lien URL pour accéder à la thèse en ligne: difusion.ulb.ac.be/vufind/Record/ULB-DIPOT:oai:dipot.ulb.ac.be:2013/367362/Holdings

Coordonnées de l'auteur

Rachida Bensliman
Chercheuse au CRISS, École de Santé Publique
Enseignante à la Faculté de Médecine
Université Libre de Bruxelles
rachida.bensliman@ulb.be

Thèse réalisée sous la direction académique et scientifique de :

Promotrice

Prof. Céline Mahieu
CRISS – Centre de recherche Approches sociales de la santé
École de Santé Publique
Université Libre de Bruxelles

Co-promotrice

Prof. Annalisa Casini
IPSY – Institut de Recherche en sciences psychologiques
Faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation
Université Catholique de Louvain

Lien vers la liste des références de R. Bensliman
[difusion.ulb.ac.be/vufind/Search/Home?lookfor=Rachida+Bensliman&sort=pubdate+desc&submitButton=Recherche&type=general&filter\[\]=authorStr:%22Bensliman,%20Rachida%22](https://difusion.ulb.ac.be/vufind/Search/Home?lookfor=Rachida+Bensliman&sort=pubdate+desc&submitButton=Recherche&type=general&filter[]=authorStr:%22Bensliman,%20Rachida%22)

Lien de la capsule vidéo de la thèse
youtube.com/watch?v=rFyLuOTueN8&t=1s

Retrouvez toute la bibliographie sur notre site web: educationsante.be

- Vous voulez partager une expérience dans Éducation Santé ?
- Vous avez rédigé un texte que vous souhaitez voir publier ?
- Vous lancez une campagne en promotion de la santé que vous aimeriez mettre en évidence ?
- Vous avez travaillé sur un projet dont le processus de mise en place ou d'évaluation mérite d'être mis en évidence ?

► Contactez-nous : education.sante@mc.be



Avec le soutien de :

