

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé - www.educationsante.be
N° 376 / AVRIL 2021

bpost
PB-PP
BELGIE(N)-BELGIQUE

A close-up photograph of a hand holding a single, heart-shaped raspberry. The hand is positioned in the foreground, with fingers slightly spread. The background is blurred, showing what appears to be a group of people in an outdoor setting. The overall image has a warm, natural feel.

**Les femmes,
les « oubliées »
des maladies
cardiovasculaires**

Sommaire



3

REPÈRES
Les femmes,
les « oubliées »
des maladies
cardiovasculaires



7

VU POUR VOUS
Images confinées



10

RÉFLEXIONS
La mobilité
est un déterminant
de la santé



14

OUTILS
Dix histoires
pour bouger



Sur notre site
www.educationsante.be

Retrouvez tous nos articles et bien
plus encore sur notre site internet
www.educationsante.be.

Dans les inédits web ce mois-ci, vous trouverez :

› Ce que la première ligne a
découvert durant la première
vague de covid : en mode
collaboratif et digital, ça
fonctionne mieux.
Fédération Roi Baudouin

› Sélection de ressources :
la vaccination (Focus sur
la COVID-19).
Service Universitaire de Promotion
de la Santé UClouvain/IRSS-RESO

› Covid-19: Discutons vaccination
(Guide d'animation)
Cultures&Santé

Éducation Santé est aussi présente sur les réseaux



sociaux. Retrouvez-nous sur Facebook :
www.facebook.com/revueeducationsante

MENSUEL (11 numéros par an, ne paraît pas en août). **ABONNEMENT** : gratuit pour la Belgique. Pour l'étranger, nous contacter. **RÉALISATION ET DIFFUSION** : Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS. **ONT COLLABORÉ CE MOIS-CI** : Anissa D'Ortenzio, Alain Cherbonnier, CBPS, CLPS de Wavre, Cultures&Santé, ESPRiSt-ULiège, la PASS, Outilthèque PIPsA. **RÉDACTRICE EN CHEF** : France Gerard (education.sante@mc.be). **SECRETARIAT DE RÉDACTION ET JOURNALISTES** : Sarah Hassan et Juliette Vanderveken. **CONTACT ABONNÉS** : education.sante@mc.be. **COMITÉ STRATÉGIQUE** : Martine Bantuelle, Raffaele Bracci, Emmanuelle Caspers, Martin de Duve, Christel Depierreux, Dominique Doumont, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Marie Lefebvre, Denis Mannaerts, Daphné Scheppers, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Chantal Vandoorne. **COMITÉ OPÉRATIONNEL** : Pierre Baldewyns, Dominique Doumont, Sarah Hassan, Anne-Sophie Poncelet, Edgar Szoc, Juliette Vanderveken. **ÉDITEUR RESPONSABLE** : Élisabeth Degryse, 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** : www.educationsante.be. **COURRIEL** : education.sante@mc.be. Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé : www.pipsa.be. Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be. Notre site adhère à la plate-forme www.promosante.net. Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt : Bruxelles X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrégation : P401139. Crédit photos : AdobeStock.

Les femmes, les « oubliées » des maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès des femmes en Belgique, devant le cancer du sein. Pourtant, l'imaginaire collectif continue de considérer que la santé du cœur concerne davantage les hommes. Pour comprendre pourquoi ces maladies progressent chez les femmes alors qu'elles reculent chez les hommes, il faut pointer des inégalités de sexe¹ et de genre² aux lourdes conséquences sur la santé des femmes. Suivez-nous dans le parcours de soins (des facteurs de risques jusqu'au traitement) d'une femme victime d'un AVC ou d'un infarctus du myocarde, deux exemples parlants pour illustrer ce constat interpellant.

► ANISSA D'ORTENZIO, Femmes Prévoyantes Socialistes

REPÈRES



Tous les éléments mentionnés dans cet article sont approfondis dans l'étude suivante :

COLARD Fanny, « Femmes et maladies cardio-vasculaires. Quand une approche non genrée de la santé fait des ravages », Étude FPS, 2019, <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2019/09/Etude2019-Maladies-cardio-vasculaires.pdf>

La prévention : les facteurs de risques

Dès le début, de nombreux stéréotypes de genre entourent les facteurs de risques des maladies cardiovasculaires. Ne considère-t-on pas souvent que ce sont les hommes les principaux consommateurs de tabac et d'alcool, et les femmes qui font plus souvent attention à leur ligne ? Contrairement aux idées reçues, les femmes sont de plus en plus concernées par les facteurs de risques tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, le manque d'activité physique, le surpoids, l'obésité et le stress. Les femmes sont aussi plus susceptibles d'être plus vite ou plus gravement impactées par ces facteurs de risques que les hommes car, au niveau anatomique, leur cœur est en moyenne plus petit que celui d'un homme.

En matière de tabac, les hommes ne sont désormais que légèrement plus nombreux que les femmes à fumer (23 % contre 21)³. Plusieurs enquêtes en France démontrent que les femmes commencent à fumer plus jeunes que les hommes, qu'elles le font plus régulièrement et qu'elles ont plus de difficultés à se sevrer car, pour 60 % d'entre elles, la cigarette constitue un « anti-stress » et pour 19 %, un « anti-prise de poids »⁴.

De manière générale, les femmes consomment de l'alcool plus régulièrement et en plus grandes quantités qu'auparavant mais surtout elles y réagissent plus vite et plus intensément que les hommes, en raison d'un poids moyen moins élevé, mais aussi d'un foie et d'un cœur généralement plus petits.

52 % des femmes européennes ne pratiquent pas d'activité physique, contre 40 % des hommes⁵. Cela peut s'expliquer par la dévalorisation du sport féminin et par le manque de temps libre, car ces dernières consacrent près de 6 heures par semaine de moins que les hommes aux

loisirs. Pourtant, les hommes sont davantage touchés par le surpoids (56,4 % contre 47,8 % de femmes) et l'obésité (18,8 % contre 16,8 % de femmes) de manière générale⁶. Il est intéressant de souligner que le poids des femmes fluctue davantage au cours de leur vie, au rythme de périodes de stress hormonal (grossesse, ménopause, etc.).

Les femmes ont en moyenne plus de problèmes d'anxiété, de stress ou de dépression qui peuvent s'expliquer par une charge mentale plus importante au quotidien, un stress professionnel parfois exacerbé par du harcèlement sexuel, ou des conditions de vie précaires (revenus plus faibles, temps partiels prépondérants, métiers « féminisés » dévalorisés, plus souvent à la tête de familles monoparentales, etc.). Ces différentes formes de stress génèrent un risque accru de maladies cardiovasculaires chez les femmes car ils provoquent en moyenne des effets plus importants sur leur système nerveux autonome.

D'autres facteurs transversaux peuvent jouer un rôle, tels que l'origine ethnique et l'âge. Or, les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes mais en moins bonne santé. Ainsi, elles passent désormais 1/3 de leur vie en étant ménopausées, ce qui allonge leur période de vulnérabilité⁷ aux maladies cardiovasculaires via une hypertension artérielle et un taux de cholestérol fréquemment plus élevés après 60 ans. La ménopause, comme d'autres étapes de la vie des femmes, est souvent accompagnée d'un traitement hormonal ou d'une contraception hormonale qui favorise des effets négatifs tels que la coagulation du sang et la formation de caillots. La combinaison avec le tabac peut multiplier par 30 le risque d'infarctus⁸.

Par conséquent, développer une politique de prévention efficace en prenant le sexe et le genre en considération est très important. Cela constitue un enjeu majeur de santé publique car la plupart (80 %) des maladies cardiovasculaires sont causées par des facteurs de risques liés à l'hygiène de vie, sur lesquels il est donc possible d'agir de manière très concrète au quotidien.

L'apparition de la maladie : des symptômes peu (re)connus

Le sexe et le genre influencent le diagnostic d'un infarctus du myocarde ou d'un AVC. Les symptômes de ces deux maladies, bien identifiés du grand public, sont des signaux d'alerte spécifiques chez les hommes mais près d'une

- 1 Lorsque nous évoquons des éléments biologiques liés au sexe d'une personne, le terme « femme » recouvre ici l'ensemble des personnes ayant des caractéristiques physiques féminines pouvant avoir une influence sur les maladies cardiovasculaires.
- 2 Lorsque nous évoquons la notion de genre et particulièrement certains stéréotypes pouvant avoir une influence sur la façon dont les maladies cardiovasculaires sont prises en charge, les termes « femmes » ou « hommes » désignent l'ensemble des personnes s'identifiant à ce genre, tant par leur ressenti que par leur expression de genre.
- 3 Fondation contre le cancer et GFK Belgique, Enquête tabac 2018, p. 6, URL : <https://bit.ly/2NCMa40>.
- 4 Fédération Française de Cardiologie, Cœur, artères et femmes... op. cit., p. 5.
- 5 Commission Européenne, Special Eurobarometer 472. Sport and physical activity. Summary, mars 2018, URL : <https://bit.ly/2ypfbuf>.
- 6 BELGA, « Un Belge sur deux est trop gros », RTBF Info, 05 février 2019, URL : <https://bit.ly/315IK1q>.
- 7 La grossesse est également une étape physiologique typiquement féminine qui demande une prise en charge adaptée du diabète de grossesse, d'une potentielle pré-éclampsie, des facteurs de risques d'une grossesse après 35 ans, etc.
- 8 Alexandra BRESSON, « Les maladies cardiovasculaires, première cause de mortalité chez les femmes », Santé Magazine, 29 décembre 2016, URL : <https://bit.ly/2McmUot>.



femme sur deux ne s’y reconnaît pas. Les femmes sont davantage touchées par des maladies dites microvasculaires (à l’opposé des grandes artères coronaires chez les hommes), ce qui provoque des symptômes « atypiques »⁹ chez ces dernières. De manière générale, les symptômes chez les femmes sont plus difficilement identifiables, et surtout, mal connus. Prenons le cas d’un infarctus du myocarde : une oppression thoracique, une grande fatigue persistante, des difficultés à respirer, des troubles digestifs, etc. Ajoutons à cela l’idée reçue selon laquelle les femmes sont moins concernées que les hommes par ces pathologies, et cela amène à de lourdes conséquences au niveau de la prise en charge des femmes malades. Tout d’abord, le manque de réaction de l’entourage : il faut en moyenne une heure de plus pour que l’entourage appelle un numéro d’urgence et ce sont rarement les partenaires masculins qui appellent en cas d’accident cardiaque¹⁰. Cela renvoie à la question du soin aux personnes (« *care*¹¹ ») qui reste majoritairement pris en charge par les femmes. Or, les femmes elles-mêmes ont plus de difficultés à réaliser qu’elles sont victimes d’un infarctus du myocarde ou d’un AVC. Dans ce contexte, en cas de malaise elles sont 27 % moins susceptibles que les hommes de bénéficier d’un massage cardiaque, alors qu’il est indispensable à la réanimation du cœur¹². Cela s’explique par la méconnaissance des symptômes mais aussi par la réticence des personnes à toucher la poitrine d’une femme même si elle se trouve en danger. La poitrine féminine n’est d’ailleurs pas prise en compte dans les cours de réanimation

cardio-respiratoire puisque les mannequins utilisés sont exclusivement des torsos masculins.

La norme médicale se pense à partir des hommes et cela a des impacts dramatiques sur la santé des femmes.

Une prise en charge à deux vitesses

En réalité, les maladies cardiovasculaires ne concernent pas majoritairement les hommes : elles sont simplement davantage diagnostiquées chez eux ! Ainsi, les femmes malades entament le processus de prise en charge médicale avec deux heures de retard sur les hommes : le temps que l’entourage appelle les urgences. Une fois arrivées à l’hôpital, les femmes doivent en moyenne attendre une heure de plus que leurs homologues masculins avant d’être prises en charge par un·e cardiologue¹³. Le temps d’attente explique un nombre de décès plus important au sein de la gent féminine : entre l’admission aux urgences et la sortie de l’hôpital, le taux de survie atteint seulement 37 % contre 55 % chez les hommes¹⁴.

Le sous-diagnostic chez les femmes s’explique aussi par la méconnaissance de ces symptômes « atypiques » par les professionnel·le·s de la santé : seuls 51,3 % des étudiant·e·s

⁹ On qualifie ces symptômes « d’atypiques » car la norme en médecine et dans la recherche est le corps masculin.

¹⁰ Fédération Française de Cardiologie, Cœur, artères et femmes... op. cit., p. 14.

¹¹ Explication ? nécessaire ou concept assez connu ?

¹² Emmanuelle JUNG, « Les femmes reçoivent moins de massages cardiaques que les hommes à cause de... leur poitrine », MediSite, 06 juin 2019, URL : <https://bit.ly/2YR6Eeq>.

¹³ Fédération Française de Cardiologie, Cœur, artères et femmes... op. cit., p. 13.

¹⁴ *Ibid.*

en médecine sont conscient-e-s que les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité chez les femmes dans le monde¹⁵.

Toutefois, les patientes ayant des symptômes « typiques » (c'est-à-dire similaires à ceux des hommes) ne sont pas mieux loties : elles ont trois fois plus de chances que les médecins expliquent leur état par des causes émotionnelles plutôt que par des causes biologiques du type trouble cardiaque¹⁶. Dans le cas d'une suspicion d'un AVC mineur, les femmes ont 10 % de chances de plus de recevoir un tout autre diagnostic : une migraine par exemple¹⁷. De manière générale, les symptômes présentés par une femme ont plus de risques d'être identifiés comme relevant d'une forme de stress, de dépression ou de fatigue plutôt qu'une maladie cardiovasculaire. Ainsi, les femmes se voient prescrire des anxiolytiques plutôt qu'un rendez-vous chez un-e cardiologue. Le genre d'une personne influence donc le diagnostic posé par un-e professionnel-le de la santé !

La prise en charge et la prescription de certains examens sont également inadaptées : une femme aura 40 % de chances en moins qu'un homme de se faire prescrire un examen des artères coronaires¹⁸. De plus, certains examens prescrits, comme l'angiographie, un examen radiologique réalisé au moyen d'un colorant, est inefficace pour le diagnostic de maladies microvasculaires dont les femmes sont davantage victimes. Certains résultats doivent d'ailleurs être interprétés différemment selon le sexe du patient, ce qui n'est pas toujours le cas.

Les traitements

Une fois la maladie détectée vient l'étape du traitement. Or, trois inégalités de traitement ressortent :

- ▶ les femmes subissent moins fréquemment des interventions dites « invasives » (pacemakers, chirurgie, cathéters, etc.) ;
- ▶ certains traitements sont trop faiblement dosés car on a sous-estimé leur maladie ;
- ▶ et les trois types de médicaments les plus couramment indiqués (dans certains cas de crises cardiaques) sont moins fréquemment prescrits aux femmes. Pourtant, les recommandations européennes ne font aucune différence en fonction du sexe pour la prise en charge médicamenteuse en la matière.

Le rétablissement

Globalement, les femmes ont, en moyenne, plus de difficultés à se remettre d'une maladie cardiovasculaire,

quelle qu'en soit la forme. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elles reprennent plus rapidement les activités ménagères ainsi que leurs responsabilités familiales. Mais un autre élément qui rentre en ligne de compte est le suivi éventuel d'un programme de réadaptation cardiaque prometteur. Cependant, ce programme est peu connu et le nombre de places y est limité. Seule une femme victime d'infarctus sur cinq y a recours, contre un homme sur trois¹⁹, car ce programme est davantage prescrit aux hommes. De plus, les femmes y ont plus difficilement accès car elles disposent moins souvent d'un véhicule que les hommes et se déplacent donc en transports en commun. Ces dernières ont également tendance à retourner le plus rapidement possible à leur domicile pour prendre soin de leur famille, un rôle qui, encore aujourd'hui, leur incombe principalement.

Conclusion

Les maladies cardiovasculaires sont donc moins bien traitées chez les femmes que chez les hommes, et ce tout au long du parcours de soin. Les femmes ne seraient d'ailleurs que 26 % à avoir déjà échangé à ce sujet avec un-e professionnel-le de santé²⁰. Une prévention efficace passe donc avant tout par une information et une sensibilisation (campagnes, formation continue, etc.) tant du grand public que des professionnel-le-s du secteur psycho-médico-social. En identifiant mieux les facteurs de risques, les obstacles à la prise en charge féminine, et surtout les leviers à mettre en place pour les limiter, chacun-e aura les clés pour prendre sa santé en main et se prémunir au mieux des maladies cardiovasculaires.

En tant que mouvement féministe, nous ne pouvons que saluer et soutenir la recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui insiste sur l'importance de la prise en compte des dimensions de sexe et de genre dans tous les domaines de la santé et à toutes les étapes de soins, y compris via les essais cliniques et la généralisation de mannequins féminins pour l'apprentissage des massages cardiaques. Il s'agit là d'un passage absolument nécessaire pour atteindre une société réellement égalitaire.



Webinaire « La santé du cœur, tous égaux? », organisé par les Femmes Prévoyantes Socialistes, septembre 2020.

<https://www.facebook.com/fpsliege/videos/827309348039687>

¹⁵ Sylvie LOGEAN, « Les stéréotypes liés aux hommes et aux femmes s'immiscent jusque chez le médecin », *Le Temps*, 30 janvier 2018, URL : <https://bit.ly/2yPjEq8>.

¹⁶ Muriel SALLE et Catherine VIDAL, « Femmes et santé, encore une affaire d'hommes ? Penser la santé au prisme du sexe et du genre », Paris, 2017, p. 38.

¹⁷ RTBF Tendances avec AFP, « Les femmes sont moins diagnostiquées pour un AVC mineur que les hommes », *RTBF Info*, 15 juillet 2019, URL : <https://bit.ly/2MUZAuR>.

¹⁸ Fédération Française de Cardiologie, « Cœur, artères et femmes... », op. cit., p. 12.

¹⁹ Fédération Française de Cardiologie, « Cœur & Femmes », op. cit., p. 9.

²⁰ *Ibid.*



VU POUR
VOUS

Images confinées

Contre vents pandémiques et marées sanitaires, les 13èmes Rencontres Images Mentales coordonnées par Psymages auront tenu bon en février 2021! Pas de projections en salle, bien sûr, il a fallu se contenter de regarder des films sur son ordi, seul dans son coin. Mais votre chroniqueur préféré (hum) est fidèle au poste.

► ALAIN CHERBONNIER

Who's afraid of Alice Miller? (Daniel Howald, 2020, Suisse, 1h40)¹ commence par l'extrait d'un enregistrement de la voix d'Alice Miller condamnant sans équivoque les parents qui maltraitent et violentent leurs enfants. C'est une éminente psychologue et psychanalyste, qui a publié plusieurs ouvrages faisant autorité. De la Pologne où elle naît en 1923 à la France où elle meurt en 2010, elle passe par la Suisse où elle émigre après la deuxième guerre mondiale.

La journaliste qui est la seule à avoir pu – non sans peine – l'interviewer en France parle de « cette femme puissante qui contrôlait tout et qui voulait décider de tout. C'était une vraie terreur. »

L'homme à qui elle parle est Martin, le fils d'Alice. Il vit à Zurich où il est psychothérapeute. On entend des extraits de lettres accusatrices, impitoyables et effarantes qu'il

¹ Allusion au titre de la pièce d'Edward Albee, *Who's afraid of Virginia Woolf?* (adaptée au cinéma par Mike Nichols en 1966, avec Liz Taylor et Richard Burton).

a reçues de sa mère. Martin retrouve le dernier témoin de son histoire familiale en la personne d'Irenka, cousine d'Alice qui a émigré aux USA, où elle aussi travaille comme psychothérapeute.

L'image de la femme irréprochable, icône de la protection et du respect des enfants, va continuer à se fissurer au long de l'enquête – et quête – douloureuse de Martin. On apprend que son père le battait sans que sa mère tente d'intervenir. On comprend que celle-ci a rationalisé son propre vécu et ses émotions (elle-même a été victime de violences), qu'elle a reporté sur son fils ses propres comportements et cherché à le culpabiliser en se servant des concepts de son métier.

Martin, grand et gros ours qui se déplace avec difficulté, noue avec Irenka (diminutif d'Irène, prénom qui signifie Paix...), petite femme bienveillante, une alliance et une amitié touchantes dans la recherche de la vérité. Un séjour en Pologne va l'aider à retrouver l'histoire de sa famille et de sa communauté – juives – avant et pendant l'invasion nazie. Et il va découvrir la souffrance qui se cache derrière la cuirasse agressive et la fausse image étincelante que sa mère a construites.

Le hasard fait que, la veille du jour où j'ai visionné ce film, j'avais regardé sur www.arte.tv *Vienne avant la nuit*, de

Robert Bober, qui a résonné pour moi, après coup, comme un écho. L'auteur arpente Vienne sur les traces de son arrière-grand-père juif, en une quête identitaire doublée d'un portrait de cette ville cosmopolite avant le nazisme. Allez donc faire un tour sur le site d'Arte, accessible sans abonnement.

Monsieur Deligny, vagabond efficace (Richard Copans, 2019, France, 1h36)² débute par une séquence muette pauvrement éclairée. Chacun a son rôle, comme dans une pièce bien répétée, mais pas un mot n'est échangé. À un moment, quand même, un des « personnages » regarde la caméra. Il faut attendre 8 minutes avant d'entendre une voix. Ce n'est pas un parti-pris de froideur, c'est que Fernand Deligny (1913-1996) travaille dans les Cévennes avec des enfants ou des adultes autistes, mutiques.

Instituteur de formation, il se retrouve en 1938 éducateur à l'asile public d'Armentières et constate le désintérêt des pouvoirs publics pour les malades mentaux. Il en tirera une durable méfiance vis-à-vis de l'institution, en particulier asilaire, un pari sur l'activité physique ou artistique et tout simplement quotidienne (mettre la table, ranger, donner un coup de main) et l'espace au grand air (la campagne, la montagne) : « *un territoire où les autres sont à l'abri de la parole* ». Autre citation, prise au vol : « *une vie possible hors du langage* ».

2 Allusion au titre d'un ouvrage de Deligny, *Les Vagabonds efficaces* (Ed. Maspero).



Et cependant, pas d'angélisme, car c'est un travail 24h/24 : « *il fallait tenir, de jour et de nuit, malgré l'invivable* ». Oui, un travail de militant.³

Deligny a misé sur l'image dès le lendemain de la guerre : en 1947-48, il entreprend un film dont les jeunes hébergés à La Grande Cordée sont acteurs, scénaristes et réalisateurs. Dix ans plus tard, il publie chez Gallimard un premier roman, Adrien Lomme, dont le personnage principal n'est pas sans lien avec l'Antoine Doinel des *Quatre cents coups* de Truffaut (1959). Les deux auteurs entretiendront d'ailleurs une correspondance et une collaboration, notamment à propos du scénario de *L'Enfant sauvage* (1970). De son côté, Deligny coréaliserait *Le Moindre Geste* (1971) et *Ce gamin, là* (1976).

Avec la diffusion de ce documentaire, Psmages manifeste à nouveau son souci de faire le lien avec le passé de la psychiatrie – pas si lointain historiquement ni intellectuellement, même s'il peut paraître ancien en ce début de 21^e siècle oubliés.

Le Monde normal (Hélène Risser, 2020, France, 52') donne un éclairage complémentaire. Hélène, fille de deux psys débutants formés au début des années 60, a vécu avec ses parents dans le nord-est de la France, à l'hôpital psychiatrique de Hoerdt. On la confie à Erica, une patiente de 17 ans qui est sa nounou, attentive et extrêmement dévouée (lors d'une chute dans l'escalier, elle protège

le bébé contre elle). Que faisait-elle donc là, Erica ? Tout simplement, beaucoup de patients n'étaient pas réclamés par leur famille même s'ils étaient stabilisés. Et comme ils n'avaient aucun revenu, ils restaient sur place. La petite fille grandit en contact avec les patients.

Dans la continuité du film précédent, des questionnements surgissent. Bien sûr, le contexte était très différent. Mais ce fut une époque de créativité et d'innovation – et aussi de prise de risques, pas forcément conscients, mais pas non plus toujours aussi fous qu'ils peuvent nous paraître maintenant. Et cela demandait un investissement personnel et

familial énorme, auquel peu d'entre nous consentiraient sans doute.

Néanmoins, aujourd'hui, ne commence-t-on pas à remettre en question un système inverse que l'on pourrait résumer ainsi : professionnalisation-programmation-évaluation-subsidation ? Voire retour à l'enfermement-surveillance.

« À certains moments, on se demande si ce qu'on fait, c'est vraiment du soin ou seulement de la surveillance. »
Un infirmier
(Le Monde normal)

De la fin du film, il ressort que la psychiatrie pourrait s'ouvrir en renonçant à éviter de prendre le moindre risque. Car, lorsque l'institution le permet, les soignants redécouvrent que la liberté est bénéfique non seulement pour les patients mais aussi pour eux-mêmes.

Qu'est-ce que je fais là ? (Paule Muxel et Bertrand de Solliers, 2020, Belgique, 1h34) met en avant le point de vue des soignants de l'Unité de crise et d'urgences psychiatriques du CHU St-Luc (Bruxelles). La caméra se centre sur les chambres 158 et 159 ; les patients sont enfermés à clé et même la lumière est actionnée de l'extérieur. L'interrogatoire préalable est très médico-technique, on ne sent pas beaucoup d'empathie à ce stade. La froideur du monde hospitalier, qui ne vous surprendra pas si vous l'avez déjà fréquenté même dans un autre service, règne, y compris dans les volumes et les couleurs.

Mais on va percevoir le paradoxe constant entre l'univers technocratique de l'hôpital et le souci des soignants – qui se sentent parfois impuissants – de préserver le contact humain, la parole, l'expression de la souffrance : par exemple, ce long échange entre un patient et deux soignants, ou la complémentarité qui se manifeste entre deux psys.

J'ai noté mot pour mot ces paroles d'un patient, qui élargissent encore la perspective : « *Je ne suis pas guéri, mais je suis soignable. (...) Ça fait rire, ça fait sourire, ça fait pleurer. Ça fait des chansons, ça fait des prières.* »

Quand j'ai entendu ça et vu le regard du bonhomme, je me suis dit « je la tiens, ma chute ». Mais non, ce n'est pas une chute, c'est un envol.

³ À ce propos, il faudrait qu'on se penche sur le rôle de militants ou sympathisants communistes (Deligny en était), clairement humanistes, dans des conquêtes qui nous semblent aujourd'hui fondamentales : pensons, en Belgique, à la lutte pour la liberté des femmes dans le champ de la sexualité (contraception, IVG), avec des gens comme Willy Peers ou Jo Boute.

La mobilité est un déterminant de la santé

RÉFLEXIONS

« Ensemble pour la santé », un projet initié par la Plate-forme d'action Santé & Solidarité (la PASS), fête ses cinq ans. À son actif, une mobilisation de citoyen-es et d'associations de différents secteurs et, depuis 2019, un chantier ouvert sur les liens entre santé et mobilité. Tour d'horizon de nos avancées où la crise sanitaire s'est invitée sans crier gare.

► LE CENTRE BRUXELLOIS DE PROMOTION DE LA SANTÉ, LE CENTRE LOCAL DE PROMOTION DE LA SANTÉ DU BRABANT WALLON, CULTURES&SANTÉ, ESPRIST-ULIÈGE, LA PLATEFORME D'ACTION SANTÉ & SOLIDARITÉ



Cet article a été initialement publié dans *Bruxelles en Mouvement*, n° 309 novembre/décembre 2020, périodique édité par Inter-Environnement-Bruxelles et la Fédération des Comités de quartier et Groupes d'habitants. Retrouvez-le sur www.ieb.be/Accessibilites. Nous les remercions, ainsi que les auteurs, pour leur aimable autorisation de reproduction.

2017... Citoyen-es et professionnel-les de différents secteurs des quatre coins du pays se retrouvent pour échanger sur la santé. Car oui, les projets locaux qui misent sur la participation des citoyens font santé et la promotionnent très certainement. À l'origine de cet évènement, un groupe de professionnel-les issu-es des secteurs de la santé, de la promotion de la santé, du social, mais aussi quelques habitant-es passionné-es et impliqué-es dans des initiatives citoyennes. En 2019, plus fort-es de l'engagement et de la présence de citoyen-es, nous décidons de creuser la question des liens entre santé et mobilité. En 2020, la crise sanitaire s'est invitée à la table de nos échanges. Qu'à cela ne tienne, nous optons pour réorienter le projet en cherchant à cerner les effets du confinement sur la mobilité. Nous épluchons et échangeons des articles, travaillons à un questionnaire pour récolter des témoignages de citoyen-es et élaborons une grille de lecture pour croiser tout ce matériel.

Émaillées de témoignages, constats et interrogations, les lignes qui suivent vous proposent un morceau de notre cheminement.

Mobilité, santé et inégalités

2019, nous voici donc arrivés au thème de la mobilité. Nous passons d'abord par une étape de définition et de recueil de nos représentations sur ce que recouvre ce thème. Le constat est dressé : tous et toutes, nous partageons la conviction que la mobilité est un facteur qui influence positivement ou négativement notre santé. De ces échanges, se dégage une vision large de la mobilité : c'est le fait de pouvoir se déplacer aussi bien physiquement, au quotidien et sur le long terme (si on pense à la migration par exemple) que socialement et virtuellement (si on pense à la capacité à se projeter, à se déplacer sur l'échelle sociale).

La mobilité est étroitement liée à la santé, autrement dit c'est un « déterminant de la santé ». D'abord et parce qu'elle nous permet de nous mouvoir, la mobilité participe à notre activité physique et est vectrice d'autonomie et d'émancipation. Elle permet également l'accès aux services (sociaux et de santé), aux offres (alimentaires, de loisirs) et aux contacts sociaux. Aussi, les temps de déplacement plus ou moins longs peuvent jouer sur notre qualité de vie. Son accessibilité pour tous et toutes est donc un enjeu majeur de santé publique. Or, il existe encore de

trop nombreuses inégalités, qu'elles soient géographiques (certains quartiers étant mieux desservis par les transports en commun que d'autres), physiques (des lieux publics n'étant pas toujours adaptés aux personnes à mobilité réduite), financières (se déplacer pouvant coûter cher), de genre (une femme seule ne se déplaçant pas de la même manière qu'un homme seul), psychologiques (sentiment d'insécurité routière, prises de risque), environnementales (pollutions sonores, circulation accrue), ou encore administratives (circulation des personnes sans papier).

Ces inégalités peuvent se cumuler, entravant encore davantage la capacité d'une personne à se mouvoir et impactant *in fine* sa santé.

Et la covid dans tout ça ?

En mars, le confinement stoppe net la liberté de circulation, impactant par là également la santé des populations : report de soins, approvisionnement alimentaire au plus proche même quand l'offre est réduite, diminution des contacts sociaux, isolement, sédentarité... Le moral et la santé mentale des Belges en prennent alors un coup !

Ici aussi, les conséquences sur la santé de la population se voient réparties inégalement. Et les médias le relayent fortement : la crise du coronavirus exacerbe des inégalités préexistantes, voire crée de nouvelles inégalités.

Pour documenter la manière dont cela est vécu par notre groupe, nous effectuons une dizaine d'interviews par téléphone. Une façon également de maintenir le lien avec les citoyen-es malgré l'arrêt des activités.

Voici quelques retours de ces témoignages et de nos réflexions à ce propos.

Si certaines personnes ont limité au maximum leurs déplacements (par peur du virus, par méconnaissance ou incompréhension de certaines règles, par peur des contrôles d'identité), d'autres ont redécouvert la marche comme mode de déplacement privilégié : « *Pendant le confinement j'ai pris du poids et mon médecin m'a demandé de faire plus d'activité physique alors je marche beaucoup et comme ça j'évite d'être avec les gens* ». Pour d'autres encore, les déplacements ont été facilités pendant le confinement : « *Mon mari ne travaillait pas, donc la voiture était toujours disponible* », « *Mon trajet vers le bureau me prenait 40 minutes au lieu d'une heure trente habituellement* ».

Quel que soit leur quartier, les interviewé-es ont tous ressenti une amélioration de leur environnement lors du confinement. Ils témoignent d'une diminution des bruits et de la pollution ainsi que d'une meilleure qualité de l'air : « *J'ai pu observer la diminution de la pollution sur ma peau et mes cheveux : mon coton de visage était propre tout le temps du confinement !* », « *Durant le confinement, c'était comme des dimanches sans voiture* ».

Si les reports de soins pendant le confinement ne sont pas liés directement à la mobilité mais à l'annulation des rendez-vous par les services de santé, notons qu'ils ont pu impacter la santé physique des personnes et par là leur mobilité: « *Je bénéficie d'un traitement aux orteils régulièrement et je n'ai pas pu en bénéficier pendant le confinement alors que cela impacte ma capacité à marcher* ». La numérisation des services sociaux et de santé pour répondre aux mesures de sécurité liées au Covid pose la question de leur accessibilité: la fracture numérique est encore très forte.

Comme énoncé plus haut, la mobilité comme nous l'entendons n'est pas uniquement quotidienne et immédiate, elle dépasse les frontières, en témoigne cette personne: « *Mon plus grand regret est de ne pas pouvoir partir au Maroc car les frontières sont fermées et qu'il y a beaucoup de Corona. D'habitude je pars chaque année au Maroc* ».

La réduction des contacts sociaux a plongé certaines personnes dans un état d'isolement. L'impossibilité de rendre visite aux proches est particulièrement difficile à vivre pour les personnes qui vivent seules ou qui sont à risque. Ces témoignages vont dans le sens de l'enquête réalisée par Sciensano: près de 60 % des sondés sont insatisfaits de leurs contacts sociaux. Ils n'étaient que 8 % dans l'enquête santé de 2018¹.

Enfin, notons que la crise sanitaire a entraîné une nouvelle répartition de l'espace public: de longues files sur les trottoirs, des aménagements temporaires, une augmentation du nombre de cyclistes...

Aujourd'hui, alors que nous sommes dans un nouveau confinement, mais moins strict que le précédent, nos déplacements sont soumis à une nouvelle contrainte: celle du port du masque dans les transports en commun et les espaces publics à forte fréquentation. Est-ce que cela entrave la mobilité de certaines personnes? Ou au contraire, cette mesure peut-elle les rassurer, leur permettant ainsi d'oser sortir? La question reste ouverte.

Les citoyen-nes prennent les rênes

Divers mouvements et initiatives citoyennes ont émergé pour répondre, dans l'urgence, aux besoins de certaines personnes particulièrement fragilisées par la crise sanitaire².

En effet, de nombreuses habitant-es ont rencontré des difficultés à s'approvisionner pour des raisons financières, mais également pour des raisons de mobilité ou d'accessibilité aux denrées. Pour répondre à ces difficultés, des réseaux d'entraide, allant d'un niveau familial ou de voisinage

à des initiatives plus structurées, sont apparus au sein des quartiers. Des mouvements citoyens se sont organisés pour collecter des vivres (comme « Collectmet ») ou même les livrer (comme les Brigades populaires de Saint-Gilles).

Des initiatives citoyennes, s'apparentant selon les dires des participant-es à de vrais apprentissages d'organisation de solidarité, ont aussi vu le jour. Ainsi, près de la porte d'Anderlecht, des bénévoles se sont organisés pour collecter les invendus des magasins et les redistribuer et, ce faisant, se sont découverts une vraie fibre civique: « *Avec un groupe de potes, on s'est dit qu'on ne pouvait pas rester les bras ballants quand on savait que dans le quartier il y avait des situations très compliquées... Première démarche, pas simple, convaincre les responsables de petites enseignes du coin de céder leurs invendus puis penser au dispatching. On savait qui avait besoin mais comment approcher ces personnes? Il a fallu gagner la confiance... Puis on s'est organisé; le groupe de bénévoles s'est élargi, le bouche à oreille a fonctionné. Maintenant, on nous a à la bonne dans le quartier, on a l'impression qu'on fait partie d'une communauté, bien soudée* » commente Olivier.

L'espace public a également été réapproprié par les habitant-es. Tel est le cas, par exemple, de la rue ouverte à Molenbeek. Comment s'échapper des appartements confinés ou trop exigus et/ou rompre l'isolement sans aller très loin? Des riverains ont fait en sorte que des rues puissent être investies de jeux d'enfants et des papotes entre voisin-es... Voitures non admises et distances physiques respectées!

On observe donc, dans cette période de confinement et de renforcement des inégalités, de nombreuses initiatives nées au plus proche des réalités. Nous ne relevons que quelques exemples mais il en existe quantité d'autres qui témoignent aussi de la créativité et de la pertinence de ces actions. Elles se sont développées pour répondre à des besoins et se sont adaptées rapidement, en regard de l'évolution de la situation, là où les dispositifs politiques traditionnels ont été lents à se mettre en place.

Vers un plaidoyer communautaire

Ces initiatives citoyennes sont l'illustration d'une capacité d'observation et d'écoute des personnes et des quartiers, de réactivité, de réflexion et d'entraide. Elles confortent dans l'idée, déjà défendue par la plateforme Agora³, qu'il y a urgence à inclure la population dans les prises de décision. Dans son courrier à la Première Ministre, cette plateforme, comme tant d'autres, a marqué son étonnement quant aux profils des experts censés conseiller nos politiques face à cette pandémie: acteurs sanitaires (épi-

1 Joskin A., et Henry A., « Crise du COVID-19: quel impact sur le bien-être des Belges? », Bureau fédéral du Plan, 2020, p. 5.

2 « COVID-19: Recensement des services d'aide alimentaire à Bruxelles ». www.fdss.be/wp-content/uploads/R%C3%A9pertoire_Bruxelles_%C3%A0-destination-dunum%C3%A9ro-vert-2020-05-07-1.pdf

3 Agora et Collectifs citoyens: « Lettre ouverte à Madame la Première Ministre » <https://www.facebook.com/Agora.Brussels/photos/a.249779649050960/521773061851616/?type=3&theater>.

i

En complément de cet article, découvrez également l'article « *Démarche communautaire et mobilité en santé* » de Frédéric Dejou, Les Pissenlits asbl, paru dans *Bruxelles en Mouvement*, n° 309, novembre/décembre 2020, périodique édité par Inter-Environnement-Bruxelles et la Fédération des Comités de quartier et Groupes d'habitants. Retrouvez-le sur www.ieb.be/Accessibilites

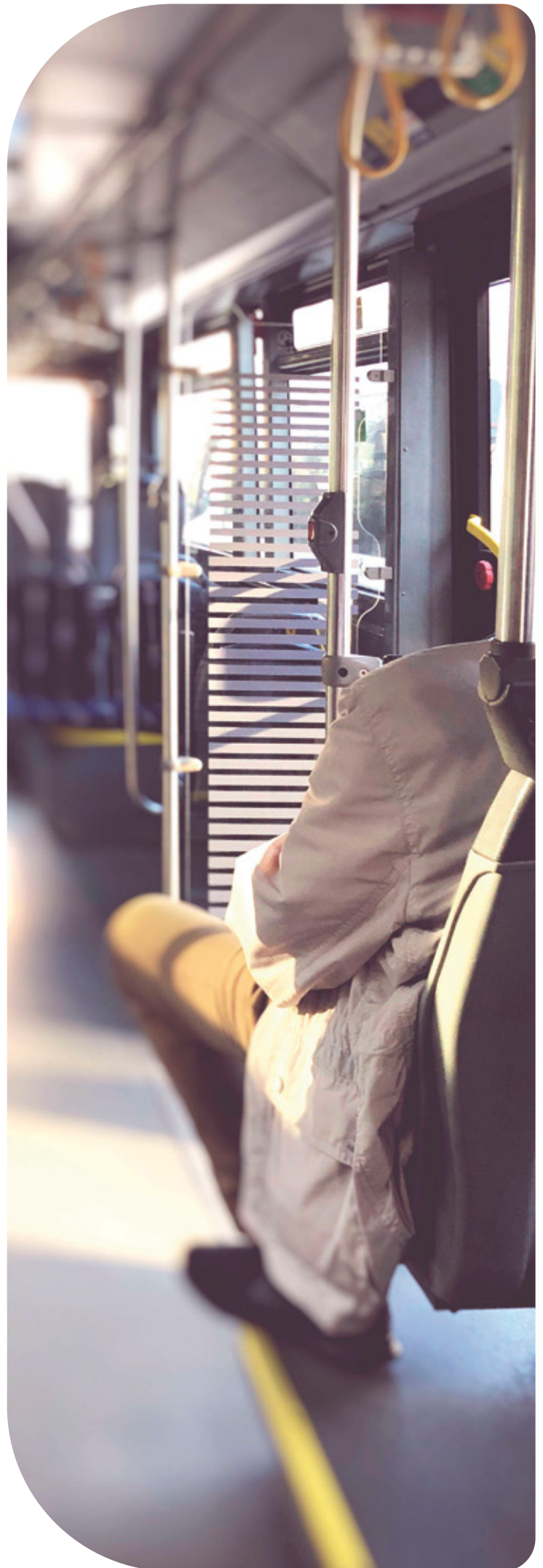
démiologistes, virologues) ou économiques. Quelle place pour les citoyen-es? La gestion de cette crise semble les avoir envisagé-e-s comme des destinataires de consignes d'hygiène à suivre, voire comme responsables de la propagation du virus... leur faisant endosser des rôles, tels que confectionner des masques et des équipements pour nos soignant-es ou mettre en place les dispositifs d'urgence exemplifiés plus haut, pour pallier l'imprévoyance ou le manque de réactivité de celles et ceux qui nous gouvernent. Les citoyen-es ont pourtant montré bien d'autres compétences et capacités d'initiatives.

Quelle place pour les citoyen-es? La gestion de cette crise semble les avoir envisagé-e-s comme des destinataires de consignes d'hygiène à suivre, voire comme responsables de la propagation du virus...

Le projet Ensemble pour la Santé parie sur les expertises d'habitant-s, expert-es de leur vécu, croisées avec celles d'associations (des secteurs de l'éducation permanente, de la promotion de la santé, du social, ou d'autres impliquées dans la mobilité). Ensemble, nous partageons nos constats et questions, soutenu-es dans notre réflexion par des études, des enquêtes, des échanges et des observations présentées et mises en débat par d'autres associations expertes dans les questions de mobilité (comme par exemple Provélo, Responsable Young Driver, IEB ou le Bral). La constitution et la manière de travailler du groupe évoluent au gré de ces rencontres et débats : un état des lieux se construit. Et progressivement émergent des propositions, des idées pour pallier des manques et répondre à des besoins simples ou plus complexes. Ensemble, nous réfléchissons aux possibles changements, nous construisons un plaidoyer communautaire pour une mobilité plus équitable.

i

Si ces questions vous intéressent ou si vous vous retrouvez dans ces démarches, n'hésitez pas à nous contacter via le site d'Ensemble Pour la Santé (www.samenvoorlasante.be) ou via la page Facebook (Samen voor gezondheid – Ensemble pour la santé) !



Dix histoires pour bouger

OUTILS

► OUTILTHÈQUE PIPSA

DESCRIPTION SELON L'ÉDITEUR

Matériel

- 10 livrets d'HISTOIRES:
 - 1 – La boîte magique,
 - 2 – Les petites souris,
 - 3 – La petite graine,
 - 4 – Le petit robot,
 - 5 – Le pirate,
 - 6 – La fleur,
 - 7 – La pizza,
 - 8 – Le train,
 - 9 – Le gâteau,
 - 10 – Le feu de camp
- 1 CD des 10 histoires
- 1 CD des musiques ambiantes
- 24 cartes : un jeu Postures des animaux
- 40 cartes : un jeu de rôle (8 cartes par catégorie) pour création de nouvelles histoires

Concept

Dix histoires pour bouger... écouter, jouer, s'exprimer avec son corps, prendre confiance en soi.

10 histoires pour accompagner les enfants dans l'apprentissage de la concentration et de l'écoute; pour

créer du lien. Chacune d'elles va les inviter à se glisser dans la peau d'un chat, d'un pirate ou d'une pizza... Par l'imitation, les enfants effectuent alors des mouvements qui mobilisent chaque articulation.

Un outil pédagogique destiné aux enfants de 3 à 7 ans, qui encourage leur créativité comme celle des éducateurs.

Pour voir une vidéo de présentation de l'outil, rendez-vous sur :

<https://www.grand-cerf.com/expression-corporelle/11-dix-histoires-pour-bouger.html#videosTab>

Objectifs

- Jouer, s'exprimer avec son corps et prendre confiance en soi
- Améliorer la cohésion de groupe
- Améliorer ses capacités de perception sensorielle
- Améliorer ses capacités d'imagination
- Apprendre à mieux connaître ses émotions
- Améliorer ses capacités de concentration



L'AVIS DE PIPSA (www.pipsa.be)

Appréciation globale

Cet outil pédagogique, élaboré à partir d'une pratique de terrain de 15 ans, fournit une démarche originale et créative, bien pensée, adaptée au public et à son besoin de bouger, pour mettre en mouvement le corps et l'imaginaire. En phase avec l'air du temps (méditation, yoga), il propose des activités respectueuses du rythme de développement de l'enfant et des apprentissages de la vie en groupe.

Les histoires fournissent un prétexte à bouger : l'utilisateur prendra le temps de se les approprier pour les enrichir en tension dramatique (avec des enfants plus grands notamment). Bouger son corps – avec une image dans la tête – facilite le mouvement et construit le lien corps/esprit. En outre, cela développe l'imaginaire, le schéma corporel, la concentration : d'excellents antidotes aux limitations mentales créées par les écrans.

Le matériel attractif, solide, de très bonne qualité est adapté à une utilisation fréquente. L'utilisation de l'outil demande un espace assez vaste, chaud, confortable. Une utilisation rituelle sera privilégiée.



i

Où trouver l'outil ?

► Chez l'éditeur :

Éditions pédagogiques du Grand Cerf
3, avenue du Grand Cerf
93220 Gagny, France
+33 (0)1 64 21 70 85
grand-cerf@wanadoo.fr
<https://www.grand-cerf.com>

► Disponible en ludothèque (Watermael-Boitsfort, Ludivine...) et dans plusieurs bibliothèques en Wallonie (Samarcande). Consultez les catalogues sous l'onglet « Les centres de prêt ».

L'outil est accessible à tous les enseignants (ouverts... au travail corporel, il va falloir se bouger !) ainsi que les professeurs de gym et de psychomotricité.

Vu son coût, l'outil gagnera à se trouver en centre de prêt.

L'utilisateur veillera aussi aux enjeux d'inclusion dans son discours (peu présent dans l'outil), en utilisant une terminologie qui inclut les filles et les garçons.

Objectifs

- Développer la conscience de son corps, se concentrer, être attentif
- Améliorer cohésion de groupe
- Stimuler l'imaginaire

Public cible

De 2 ans (en petits groupes) à 7 ans
Maternelle – accueil

Utilisation conseillée

- utiliser un espace dégagé, confortable, adapté à la taille du groupe
- ritualiser l'usage
- être attentif au langage inclusif lors de l'histoire (une ou un pirate)
- pour la clôture de séance, proposer un autre terme à compléter par l'enfant plutôt que « sage »
- Vidéo de présentation sur YT : <https://www.youtube.com/watch?v=hPfaTn0JwEs>

- 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

