

Education Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé – www.educationsante.be
N° 384 / JANVIER 2022



PB-PP
BELGIE(N)-BELGIQUE



**Quel impact
du covid**
sur le travail de première
ligne bruxellois ?

Sommaire



3

REPÈRES

Quel impact du covid sur le travail de première ligne bruxellois?



12

ACTEURS

Les 40 ans de Question Santé, ou comment penser la communication aujourd'hui?



7

OUTILS

Déconstruire les masculinités: des conséquences positives pour la santé de tous et toutes?



10

VU POUR VOUS
Les mains des femmes

Retrouvez tous nos articles et des inédits sur notre site www.educationsante.be

Dans les inédits web ce mois-ci :

- Portrait de la santé mentale et du bien-être des étudiant-es universitaires en 2021 – Observatoire de la vie étudiante ULB-UCL
- « Le 1^{er} novembre a marqué les 2 ans d'interdiction de vente de tabac aux moins de 18 ans », – Fondation contre le cancer
- « Les belges inégaux face aux outils numériques », – Fondation Roi Baudouin

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** : Florence Geurts, Damien Favresse, Sarah Hassan, Rafael Salgado, Roxane Combelle, Nathalie Cobbaut. **RÉDACTRICE EN CHEF** : France Gerard (education.sante@mc.be). **ÉQUIPE** : Rajae Serrokh, Juliette Vanderveken. **CONTACT ABONNÉS** : education.sante@mc.be. **COMITÉ STRATÉGIQUE** : Martine Bantuelle, 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, Nathalie Cobbaut, Dominique Doumont, Anne-Sophie Poncelet, Juliette Vanderveken. **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** : 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.

Quel impact du covid sur le travail de première ligne bruxellois ?

À l'automne 2020, les campagnes de prévention et les mesures sanitaires bruxelloises en réponse à la pandémie de Covid-19, n'ont pas semblé suffisamment efficaces. En témoignent les chiffres de contamination et l'arrivée de la deuxième vague qui affecte particulièrement les quartiers les plus défavorisés de la capitale. Face à ce constat, le Centre Bruxellois de Promotion de la Santé (CBPS) a été chargé par la Ministre Barbara Trachte, dans le cadre des « stratégies concertées Covid », de mener en 2021 un diagnostic avec des professionnels des secteurs médico-sociaux de proximité intervenant auprès des populations vulnérables.

► FLORENCE GEURTS, DAMIEN FAVRESSE, CBPS

REPÈRES



Pour une question de confort de lecture, l'usage du masculin est utilisé dans ce texte lorsqu'il est question des personnes, quel que soit leur genre.

L'objectif : explorer les besoins des usagers identifiés par les professionnels, leurs propres besoins, leurs adaptations, vécus et positionnements par rapport aux attentes des pouvoirs publics d'en faire des agents de prévention de la pandémie. L'ambition est également de tirer des leçons de la crise afin de s'en inspirer en cas de nouvelles pandémies. Une trentaine d'entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des travailleurs médico-sociaux issus de 22 institutions (CPAS, communes et associations), réparties sur 15 communes bruxelloises. Les entretiens ont été menés entre février et avril 2021, soit environ un an après le début de la pandémie et le premier confinement en Belgique.

Des attitudes multiples face au virus et aux mesures sanitaires

Globalement les intervenants rencontrés font état, contrairement à l'image véhiculée dans les médias, d'usagers relativement coopérants et respectueux des mesures sanitaires. Néanmoins, ils relèvent aussi nombre de répercussions psychiques et sociales de ces mesures sur leurs bénéficiaires et de multiples attitudes de ces derniers envers le virus et sa gestion par les pouvoirs publics. Il en ressort que d'une part, l'adoption de ces mesures repose sur des fondements relativement fragiles et d'autre part, les conséquences de ces mesures sont ressenties pour une part importante des professionnels de première ligne comme allant à l'encontre de leurs missions médico-sociales.

Parmi les difficultés rencontrées et vis-à-vis desquelles les intervenants se sentent démunis, il y a chez une minorité de leurs usagers soit une surestimation de la dangerosité du virus, soit une sous-estimation de celle-ci. Les premiers sont des personnes particulièrement anxieuses d'être contaminées, au point de s'enfermer chez elles, sans sortir pendant plusieurs semaines, bien au-delà du degré d'isolement imposé par les autorités. Cette peur de la contamination, qui touche plus particulièrement les mères de familles monoparentales en situation de précarité, est directement attachée à l'angoisse de ne plus pouvoir assumer le ménage, les enfants, la scolarité, de ne plus pouvoir prendre soin des proches. Cette anxiété génère une difficulté pour ces personnes de sortir de leur isolement et de faire valoir des aides dont elles pourraient légitimement bénéficier. Ceci les place dans une situation de fragilité en les plongeant dans une incertitude face à une maladie ressentie

comme incontrôlable. Cette incertitude est d'autant plus à prendre en compte qu'à terme, elle peut entraver la capacité des personnes à agir et à adopter des conduites de prévention¹.

À l'opposé de ces personnes qui se coupent de toute relation, les professionnels font parfois état de rares cas de personnes qui minimisent la dangerosité du virus, n'adhèrent pas du tout aux mesures, voire sont plus enclines à adhérer aux théories « complotistes ». Cette adhésion s'inscrit souvent dans un processus de méfiance envers les informations officielles sur le virus et le besoin de retrouver des certitudes pour dépasser le caractère anxiogène qu'elles véhiculent². Au-delà de ces cas extrêmes, les personnes rencontrées notent plutôt une tendance d'une part minoritaire de leurs usagers à relativiser la dangerosité du virus. Cette relativisation, présente davantage parmi les jeunes des quartiers défavorisés, s'inscrit dans une méfiance envers les politiques sanitaires qui se fonde, entre autres, sur les discriminations et le sentiment d'abandon dont ces personnes se sentent victimes. Elle se développe dans une relation critique envers les politiques sanitaires de personnes qui préfèrent s'informer via des sources d'informations alternatives (médias indépendants ou réseaux sociaux) et leurs pairs.

Par ailleurs, les professionnels eux-mêmes expriment différents points de vue par rapport au virus et aux mesures de protection. C'est le cas, notamment, des intervenants sociaux de terrain qui ont parfois le sentiment que leur sécurité a parfois été sacrifiée en début de pandémie (absence de matériel de protection, côté arbitraire de la mise en télétravail des professionnels). La question de la vaccination, et encore plus sa promotion, divise également les travailleurs. Par contre, ils sont dans l'ensemble d'accord pour affirmer que la vaccination est du ressort de leur vie privée et de celle de leurs usagers.

Les interventions des autorités sous la critique des travailleurs médico-sociaux

Pour les travailleurs, dans la gestion de la crise menée par les autorités nationales et régionales, plusieurs éléments se sont révélés contre-productifs à l'égard de leurs missions d'accompagnement et de leurs publics. Tout d'abord, les campagnes de communication et de prévention de masse (telles que « Flatten the curve³ ») sont perçues comme déconnectées de la réalité vécue par les populations les plus vulnérables et les plus précarisées, stigmatisantes et culpabilisantes, et en particulier vis-à-vis des jeunes. Or, une communication déficiente envers ce type de population amoindrit la considération de ces populations à l'égard

1 Kmiec R. et Roland-Lévy C., « Risque et construction sociale : une approche interculturelle », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2014/1, 101:69-99.

2 Barras C., « Prévention menaçante, prévention prévenante : regards anthropologiques sur un concept polysémique », *Prospective Jeunesse. Drogues, Santé, Prévention*, 2021, 94:4-8.

3 Ce slogan de campagne, que l'on peut traduire par « aplanir la courbe », faisait référence aux interventions des épidémiologistes et autres experts de santé publique évoquant le nombre de personnes admises à l'hôpital par rapport au nombre de personnes infectées par le virus sur une ligne du temps.

des institutions publiques⁴. Ensuite, les directives émises par les autorités et les représentants sectoriels (l'enfance, l'enseignement, la santé, etc.) ont été extrêmement complexes et confuses aux yeux des intervenants (trop changeantes, mises à jour régulières et parfois tardives, contradictoires entre les différents niveaux de pouvoir). Enfin, un autre élément contre-productif, relaté par les professionnels, est l'instrumentalisation par moments de la gestion de la crise par des politiques à des fins électorales ou populistes en dépit de son impact direct sur leur travail.

Par ailleurs, l'intensité des sanctions administratives menées par les forces de l'ordre, leur caractère parfois violent et discriminant, et plus particulièrement à l'égard des jeunes des quartiers paupérisés, est vu par les intervenants comme détruisant le travail de cohésion qu'ils mènent avec ce public. Cette « confrontation » de logiques répressive et préventive, si elle préexiste à la crise, s'est à leurs yeux exacerbée avec celle-ci. Elle en appelle à trouver des dynamiques de complémentarité plutôt que d'opposition de ces logiques.

Des adaptations attendues difficilement compatibles avec les missions médico-sociales de première ligne

Les travailleurs médico-sociaux de proximité sont souvent perçus comme des relais aisément mobilisables pour favoriser l'adoption de comportements de protection et promouvoir la vaccination contre le Covid-19. Or, pour une part des répondants, cette mission s'assimile davantage à un travail de contrôle et de maintien de l'ordre qui peut aller à l'encontre du travail social et compromettre le lien établi avec des usagers et usagères vulnérables. De plus, ils sont nombreux à ne pas se sentir suffisamment outillés pour aborder les questions relatives à la prévention de maladies ou à estimer tout simplement que cette mission n'est pas de leur ressort. Sur ce point, les travailleurs sociaux se différencient de leurs responsables hiérarchiques et des travailleurs médicaux. Ces deux dernières catégories de professionnels estiment eux plus souvent que la prévention fait partie intégrante de leurs fonctions. Plus spécifiquement, les professionnels du social trouvent plus souvent préférables que cette mission soit réservée à du personnel médical

externe au service ; ce personnel étant notamment perçu comme plus légitime et en dehors des enjeux de cohésion sociale des services.

Concernant spécifiquement la vaccination, une part non négligeable des travailleurs rencontrés ($\pm 1/3$) expriment leur incertitude quant à ses bienfaits. Dans ces circonstances, ces derniers refusent de faire une démarche proactive envers leur public et se limitent à répondre à des demandes d'information au même titre que n'importe quelle autre tâche administrative ou sociale.

Enfin, pour beaucoup de travailleurs, la crise a des répercussions éthiques sur leur pratique. La bureaucratisation et la dématérialisation de leur service, la déshumanisation et la numérisation de la relation d'aide, la disparition des espaces de rencontre (maisons de jeunes, visites à domicile, espaces collectifs...) ont pour conséquence de compromettre la prise en charge, les liens construits et la relation de confiance établis avec les personnes fragilisées. Derrière ces conséquences, c'est le sens même de leur pratique qui est remis en question. C'est particulièrement le



⁴ Mercier M. & al., Exclusion et sciences humaines. Exclusion en sciences humaines. Recherche commanditée par le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique de la Communauté française de Belgique. Rapport de recherche interuniversitaire (FUNDP, ULg, UMH, ULB, UCL), 2003.

cas du télétravail qui est souvent considéré comme se prêtant mal à l'intervention médico-sociale de première ligne, comme requérant des moyens matériels supplémentaires et générant, in fine, une surcharge de travail.

Des populations fragilisées et une exclusion sociale renforcée

Tous les répondants font état d'une détérioration de la situation sociale de leurs usagers et d'une précarisation, en raison notamment de la fermeture de nombreux services publics et sociaux, de la réduction de l'accès à certains droits comme le RIS ou encore de la perte de revenus. Le sentiment d'être abandonné par les politiques, la sensation d'isolement et de l'exclusion sont quelques-unes des répercussions observées par les professionnels chez leurs bénéficiaires.

Au-delà de cet accroissement des inégalités sociales qui touchent leurs usagers et usagères aux conditions de vie fragiles, les travailleurs sont aussi inquiets de la dégradation de la santé mentale de leurs bénéficiaires et de la montée des violences intrafamiliales qui ne sont plus détectées et prises en charge.

Par ailleurs, à côté de leurs usagers habituels composés, entre autres, de jeunes, de personnes âgées, de sans-abris, de sans-papiers, les intervenants sociaux font part de l'arrivée de nouveaux publics (jeunes diplômés, étudiants, indépendants de l'HoReCa, professionnels du monde culturel, etc.) qui tombent dans les conditions d'accès à l'aide sociale.

L'accompagnement médico-social de première ligne en difficulté

Avec la crise, l'accompagnement des publics vulnérables par les services de proximité est devenu plus complexe. De nombreux services ont été fermés (12 des 22 services interrogés) et la reprise n'a pas toujours été simple (équipes en sous-effectifs, rattrapage des retards, anxiété des travailleurs, etc.). L'accès limité, et souvent numérique, des institutions publiques et privées (mutuelles, banques, caisses d'allocation de chômage, etc.) a engendré une charge de travail supplémentaire pour les acteurs de proximité qui ont dû accompagner leurs usagers n'ayant pas accès ou ne maîtrisant pas ces nouvelles technologies.

Par ailleurs, le télétravail a impacté la capacité des intervenants à travailler en équipe pour gérer les situations complexes de leurs usagers, qui exigent une prise en charge pluridisciplinaire. Enfin, plusieurs répondants, et en particulier les assistants sociaux des CPAS, font état d'une détérioration psychique de leur état (épouement émotionnel, angoisse de la boîte mail, perte d'empathie, etc.) pour exercer convenablement leur profession.

La crise : un révélateur d'inégalités structurelles préoccupantes

La non-adhésion de la population aux mesures préconisées est généralement interprétée comme un manque d'information. Or, pour adhérer, il faut aussi se sentir faire partie de la société, se sentir reconnu en tant que personne dans les mesures prises, disposer de capacités d'adaptation suffisantes (équipement informatique, ressources financières pour acheter le matériel de protection, aptitude à gérer son anxiété, sentiment d'appartenance, attitude de confiance envers les autorités⁵, faculté de se projeter dans l'avenir, etc.). Ces conditions sont plus souvent défaut parmi les populations vulnérables et la crise a accentué cette situation. Elle implique de penser, dès à présent et de manière prospective, les mesures destinées aux populations fragilisées en regard de cet enjeu de cohésion sociale et de réduction d'un fossé entre ces populations et les autorités publiques. Elle implique de prendre rapidement d'autres mesures de prévention qui prennent en compte les différentes dimensions de la vie des populations vulnérables, leurs conditions de vie et qui s'appuient sur la connaissance des professionnels à l'égard de leur public.

Une prévention adaptée aux intervenants

Concernant les intervenants, il faut une nécessaire congruence entre l'exercice de leurs missions et des sollicitations des autorités en temps de crise. Cette conciliation en appelle à repenser les métiers essentiels en leur permettant d'assurer leurs missions de base dans des conditions suffisantes de protection ; à définir avec les professionnels, sur base de l'expérience présente, des directives claires à adopter dans le cadre d'une nouvelle pandémie ; à préciser avec eux, dans une logique de complémentarité, le rôle que chacun peut jouer en fonction de sa profession.

Il semble aussi primordial de développer une approche intégrée de la prévention incluant également la dimension mentale et sociale de cette dernière et impliquant les divers intervenants gravitant autour des populations fragilisées.



⁵ La confiance accordée à la source d'information est plus importante dans l'adhésion aux mesures que la qualité même de l'information diffusée (Cougnon L.-A. & al. (2020), in Déconfinement Sociétal. Apport d'expertises académiques).

Déconstruire les masculinités :

des conséquences positives pour la santé de tous et toutes ?

OUTILS

L'Organisation mondiale de la Santé pointe les accidents de la route comme un problème majeur de santé publique. Ils font chaque année 1,3 million de morts à l'échelle mondiale¹. En Belgique en 2017, sur un total de 615 tués en 30 jours, 72 % des victimes étaient conducteurs dont 58 % des hommes et 13 % des femmes².

Le fait que ces accidents concernent davantage les hommes invite à questionner les raisons de cette proportion en lien avec l'acceptation des rôles sociaux imposés par les normes dominantes de la masculinité. Une sociologue australienne, Raewyn Connell³, montre que ces rôles sont définis principalement par une prise de risque, une témérité et une référence à la virilité. Il est donc pertinent de mettre en question les processus de construction de la masculinité.

► RAFAEL SALGADO ET ROXANE COMBELLES, CULTURES & SANTÉ

Masculinités

La masculinité renvoie à l'expression de normes associées et attribuées aux personnes identifiées comme hommes. Il s'agit de caractéristiques et de comportements qui représentent ce qu'est « être un homme ». Dans nos sociétés, les hommes doivent être virils : forts physiquement, avoir le contrôle de leurs émotions, être compétitifs, ambitieux. La virilité est intimement liée à la masculinité et donc aux hommes même si elle ne leur est pas réservée. Lorsqu'elle est endossée, cette virilité s'exprime à travers des caractéristiques bien spécifiques comme être « protecteur », « pourvoyeur » et « puissant » (être actif sexuellement et dans la capacité de procréer). Ces caractéristiques sont socialement valorisées et, par conséquent, elles donnent plus de prestige et de pouvoir aux hommes ; ce qui, en même temps et en retour, leur confère des privilèges et ce, par le simple fait d'être homme. Raewyn Connell définit la masculinité qui regroupe ces caractéristiques comme la *masculinité hégémonique*, car c'est ce type de masculinité qui, aujourd'hui, organise un ordre social genré dans lequel les hommes occupent une position hiérarchique supérieure.

¹ Journée mondiale de la Santé : L'accident de la route n'est pas une fatalité !, Organisation mondiale de la Santé, 7 avril 2004 : www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr24/fr.

² 615 morts sur les routes belges en 2017, Statbel, 4 juillet 2018.

³ Connell R. W., *Masculinities*, Polity Press, Sydney, 1995.





© Cultures&Santé

Pour les hommes qui n'atteignent pas cet idéal de la masculinité, ce qui est le cas de la majorité des hommes, ce modèle agit comme une « pression ». Selon une étude américaine⁴, ne pas correspondre à ce modèle peut causer des difficultés relationnelles, des troubles psychologiques, une plus forte consommation de drogues ainsi que des actes de violences. L'analyse des masculinités pointe les conséquences négatives que cet ordre « masculin viril » engendre pour les hommes eux-mêmes du fait d'être poussés à assumer les comportements associés à cette masculinité. Par exemple, la majorité des victimes d'homicides dans le monde sont des hommes (81 %) et ils sont tués par d'autres hommes (90 % des auteurs d'homicides)⁵.

Il faut également noter que les comportements qualifiés comme féminins sont encore peu valorisés ce qui a pour conséquence que certaines activités et attentions comme le fait de prendre soin, de soi et des autres, ne font pas partie des attributs dits « masculins ». Les hommes seront, dès lors, moins encouragés à les développer. « *Pour un certain nombre d'hommes, consciemment ou pas, se faire soigner revient à reconnaître une faiblesse, une fragilité* » souligne ainsi Lisa Saoul.⁶

Mais comment construit-on sa masculinité ? Où est-ce que cela se passe ? C'est au travers de la socialisation que l'on construit une part de notre identité. Ce processus social prend corps et se déroule dans divers espaces : le foyer, l'école, les lieux de loisirs et les lieux de travail. À côté de ces espaces et autour de nous, il y en a un autre qui ne reçoit généralement pas autant d'attention, mais que nous investissons, traversons, en d'innombrables occasions : l'espace public.

Espace public

L'espace public fait partie de notre vie quotidienne, il appartient à tous et toutes, personne ne dirait le contraire. Et pourtant, les expériences quotidiennes montrent à quel point ce n'est pas le cas. Nous ne traversons pas ni n'occupons l'espace public de la même manière. Selon notre position au sein de la société (en fonction de notre sexe, de notre identité de genre, de notre orientation sexuelle, de notre classe sociale, de notre origine ethnique ou raciale, de notre âge, de notre situation de handicap ou non, de notre lieu de résidence...), nous avons un accès et un usage différenciés de l'espace public.

Les hommes apprennent que l'espace public est un lieu où ils doivent aller, où ils doivent se sentir en sécurité et en confiance. Ils s'y assoient, y marchent, courent, observent, s'y expriment d'une certaine manière. Ils doivent s'y montrer forts, puissants, et surtout ne pas être sensibles ou émotionnels. En revanche, les femmes apprennent à craindre l'espace public et le lieu qui leur est réservé est celui du privé, des espaces intérieurs et intimes. Elles intériorisent le fait de ne pas prendre de place quand elles s'assoient, d'être discrètes, de ne pas trop attirer l'attention (mais à ne pas non plus passer inaperçue), de devoir même mettre en place des stratégies d'évitement de certains lieux à certaines heures.

L'organisation de l'espace public est encore fortement déterminée par les intérêts des hommes. Peu d'efforts sont



© Cultures&Santé



© Cultures&Santé

⁴ Stephanie Pappas, APA issues first ever guidelines for practice with men and boys, American Psychological Association, vol.50(1), 2019.

⁵ Rapport sur les homicides office ONU contre drogue et le crime. <https://www.unodc.org/unodc/fr/frontpage/2019/July/homicide-kills-far-more-people-than-armed-conflict-says-new-unodc-study.html>.

⁶ Lisa Saoul, « Les hommes se soignent moins que les femmes », DH Les Sports+, 2015.

faits afin que tout le monde puisse jouir à sa convenance de cet espace public. Et, lorsqu'une approche de genre est intégrée dans les mesures politiques urbanistiques, elle l'est principalement par le biais des problématiques liées à l'insécurité des femmes. Cela laisse de côté toute une série de problématiques (publicités sexistes « objectifiant » le corps des femmes, les noms des rues et les statues presque exclusivement masculines...). Il faut également noter que les lieux de décision où l'on définit l'aménagement de l'espace public est composé en majorité par des hommes. L'aménagement urbain tel qu'il est pensé et décidé est donc surtout le fait d'hommes pour, indirectement, des hommes.

Conséquences positives pour la santé

Après deux ans de confinement plus ou moins aigus et de mesures de distanciation physique, la plupart des personnes réalisent à quel point l'espace public est essentiel à leur bien-être physique et psychologique. Assurer un accès et une utilisation de l'espace public égalitaire est donc un enjeu majeur.

Il est donc primordial de déconstruire les normes dominantes autour de la masculinité pour permettre :

- ▶ d'ouvrir les possibilités d'être et d'agir en dehors des normes,
- ▶ de renverser les stéréotypes et pratiques de la virilité, la témérité, la prise de risque,
- ▶ de questionner le sentiment d'avoir à se mettre en danger pour se conformer à un rôle d'homme stéréotypé,
- ▶ de développer des approches et contextes favorables à la santé de tous et toutes.

Dans cette optique, Cultures&Santé a conçu, aux côtés du Monde selon les Femmes, un outil d'éducation permanente liant les questions de masculinités et d'espace public.

[Dé]Genrer la ville : Espace public, genre et masculinités

Ce kit pédagogique invite à réfléchir sur le rôle de l'espace public dans la construction sociale du genre, notamment la construction des masculinités et les privilèges qui en découlent, et à analyser la manière dont les rapports inégaux de genre organisent en même temps l'espace public.

Au fil des 5 pistes d'animation proposées, les participant-es sont amené-es à questionner le genre, l'espace public et les masculinités à partir de leurs vécus et leurs ressentis dans l'espace public. Le guide propose également des repères théoriques qui permettent d'apporter des précisions sur les questions soulevées par les pistes d'animations. Est-ce qu'un espace public égalitaire peut créer de nouveaux modèles de masculinités ou faut-il de nouveaux modèles de masculinités pour rendre l'espace public plus égalitaire ?

Il est accompagné d'une série de 22 illustrations mettant en scène des exemples d'inégalités entre les sexes et les genres produites par ou dans l'espace public regroupés en



six dimensions : sentiment d'(in)sécurité, visibilité de genre, mobilité, temps et occupation, usages et processus de décision. Ces six dimensions permettent de complexifier notre regard sur les différentes problématiques auxquelles nous sommes confronté-es dans l'espace public, et donc, de nous rendre compte des éléments à changer mais aussi d'imaginer ce que serait un espace public véritablement égalitaire.

Après **Vive Olympe !** et **Féminismes en couleurs**, **[Dé]Genrer la ville** s'inscrit dans la continuité des outils produits par Cultures&Santé sur le thème de l'égalité de genre. Nous avons souhaité, avec ce guide, mettre le focus sur la domination masculine et amener les hommes à prendre conscience de leur rôle dans la lutte pour l'égalité.

Le kit a pour objectif de réfléchir au rôle de l'espace public dans la construction sociale du genre, notamment les masculinités, et comment l'espace public est organisé par les rapports inégaux de genre.

Il contient :

- ▶ un guide d'animation proposant 5 pistes d'animation et des repères théoriques,
- ▶ 22 phrases,
- ▶ 22 illustrations mettant en scène différents exemples d'inégalités entre les sexes et les genres.

Pour l'obtenir :

L'outil est en prêt au centre de documentation de Cultures&Santé et en téléchargement sur le site www.cultures-sante.be. Si vous envisagez de l'utiliser régulièrement en groupe, vous pouvez faire une demande pour l'acquérir, par mail à cdoc@cultures-sante.be ou par téléphone au 02 558 88 11. N'hésitez pas à contacter Cultures&Santé si vous souhaitez organiser un atelier de découverte.

Retrouvez le fichier et ses supports sous format PDF sur : <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-education-permanente/item/596-de-genrer-la-ville-espace-public-genre-et-masculinites.html>



VU POUR
VOUS

Les mains des femmes

Il y a 30 ans, une première loi qui dépénalise partiellement l'avortement voit le jour en Belgique. Une avancée majeure pour les droits des femmes et pourtant, trois décennies plus tard, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) fait toujours face à de nombreux défis. Entre autres: l'intérêt en berne des étudiant.e.s en médecine pour cet acte médical.

► SARAH HASSAN

À la demande de la Fédération Laïque des Centres de Planning Familial (FLCPF), la réalisatrice Coline Grando a tourné sa caméra vers dix médecins généralistes et gynécologues, afin de recueillir leur parole sur ce qui les motive, leur façon d'aborder l'IVG, leurs peurs... Le résultat: 27 minutes tout en douceur et en bienveillance, mais aussi chargées d'émotions et de convictions, à l'image de ces professionnel.le.s de santé engagé-e-s. Intimiste, le documentaire se centre sur les grandes questions qui animent la pratique de l'avortement au travers de plans face-caméra, imbriqués les uns dans les autres pour former un tout d'une grande force. La

FLCPF entend utiliser cet outil pour sensibiliser le corps médical, à commencer par les étudiant.e-s en médecine, à cette thématique. L'asbl a organisé une projection du film suivie de discussions (virtuelles) avec certains intervenants ainsi que la réalisatrice. Éducation Santé l'a vu pour vous¹ !

L'avortement, hier et aujourd'hui

Les médecins et gynécologues ayant débuté leurs pratiques il y a plusieurs décennies se souviennent de Willy Peers, de la loi qui a dépénalisé partiellement l'avortement – certain.e-s

¹ Cet article présente donc des informations qui proviennent à la fois du film « Les mains des femmes » et des discussions des médecins, à la suite de la projection.



Willy Peers est un médecin belge, figure de lutte pour la légalisation de l'avortement en Belgique dès les années 50. Il pratiqua des IVG illégales à l'hôpital de Namur, ce qui lui vaudra un procès, connu encore aujourd'hui sous le nom de « L'affaire Peers ». S'ensuivra une énorme mobilisation ainsi que plusieurs manifestations pour la libération du Dr. Peers, qui seront considérées comme le déclencheur de la création d'un mouvement plus important en faveur de la dépénalisation de l'avortement.

ont commencé à travailler quand c'était encore interdit –, d'un avenir prometteur et de l'espoir d'en finir définitivement avec les horribles avortements clandestins dont ils ont parfois été les témoins. S'ils reconnaissent que ces avancées ont permis de libérer un peu la parole autour de l'IVG, ils en regrettent l'effet pervers : une diminution des centres de planning dans lesquels on réalise cet acte. « *Puisque c'était autorisé, cela se ferait désormais partout* », pensait-on. Ce ne fut pas le cas. Actuellement, nous connaissons une pénurie de médecins qui pratiquent l'avortement.



Pour la FLCPF, « *Il reste nécessaire de sensibiliser les médecins et les étudiant·e·s du secteur psycho-médico-social à cet acte de santé publique, ainsi que d'améliorer la prévention et l'information relatives à la contraception et à l'IVG.* »

La bienveillance comme dénominateur commun

« *Je pense que c'est la moins mauvaise solution. Mais la demande n'est jamais légère.* », témoigne l'une des personnes interviewées dans le film. Le vécu des femmes derrière l'acte médical est au centre des préoccupations de ces médecins. Ils rappellent leur rôle de conseil (et la notion de consentement éclairé), de soutien, mais aussi l'importance d'être capable d'éviter le jugement. Une gynécologue témoigne : « *La petite nana qui vient pour sa 3^e IVG, il faut être capable de l'accueillir sans la juger ou le lui faire sentir* ». Un autre insiste : « *C'est un devoir pour moi de le faire. Je ne peux pas me dire que dans mon métier je ne ferai que des choses heureuses. Cela fait partie de notre devoir.* »

Souvent l'accompagnement va de la puberté à la ménopause révolue, en passant par une grossesse, ou plusieurs, ou pas du tout, un avortement ou non. Le médecin suit sa patiente à travers toutes les étapes de sa vie de femme. Certains estiment d'ailleurs que leur présence lors d'une IVG est plus importante que lors d'un accouchement.



L'image de l'IVG

Un médecin nous apprend qu'aujourd'hui, pratiquer un avortement est parfois vu comme une punition par les étudiant·e·s en médecine. L'acte serait-il considéré comme moins noble qu'un accouchement ? Un intervenant raconte aussi que l'image globale des centres de planning familial et médicaux qui pratiquent l'IVG est souvent biaisée. « *On a tendance à croire que l'avortement est dramatique alors qu'en réalité c'est un soulagement après la prise en charge !* » Un acte important, qui met en évidence le poids de la présence de la soignante ou du soignant auprès de son ou sa patient·e. Pour être libre de faire ce qu'elles désirent de leur corps, les femmes ont besoin de leur assistance. Une intervenante mettra des mots sur cette idée : « *En fait, on doit faire ce que les femmes voudraient pouvoir faire seules et qu'elles ne peuvent pas. Le faire pour elles. Ma collègue disait « **Je suis les mains des femmes** ».* »



La réalisatrice Coline Grando nous avait déjà habitué à ses films engagés et épurés, tout en plans rapprochés, avec « La place de l'homme » et « Un truc de meuf », sortis en 2017. Pour « Les mains des femmes », si elle reste dans le plan fixe, face caméra, elle place cette fois ses intervenant·e·s dans des lieux publics. L'objectif étant de maintenir une parole fluide et conviviale, en sortant de la froideur des cabinets médicaux, mais aussi de casser le tabou lié au privé, de parler de l'avortement en public.

Si vous souhaitez organiser une projection du film « Les mains des femmes », prenez contact avec Céline Tixier-Thomas, chargée de mission IVG & Contraception à la FLCPF via l'adresse : cthomas@planningfamilial.net

Les 40 ans de Question Santé, ou comment penser la communication aujourd'hui ?

Le 22 octobre dernier, l'asbl Question Santé fêtait ses 40 ans. Quarante années consacrées à rendre l'information santé accessible et ce, dans un souci d'émancipation de l'utilisateur. Dans le cadre de cet anniversaire, une table ronde s'est tenue sur les évolutions de cette communication santé et sur le contexte de tension actuelle autour de la question. Compte-rendu des échanges.

► NATHALIE COBBAUT

ACTEURS



Communiquer en santé c'est tout un programme. C'est en tout cas le programme de Question Santé depuis 40 ans : dès sa naissance en 1981 et ses premiers subsides en éducation permanente, l'association se pose la question de la communication autour de la santé. Bien sûr, en 40 ans, les choses ont évolué, des fiches-techniques à la mise sur pied du tout nouveau site internet de Question Santé, en passant par la création de multiples outils de communication, éducatifs, d'animation, des campagnes de sensibilisation et l'accompagnement et le conseil aux structures de promotion de la santé. Jusqu'à cette communication de crise autour du Covid qui nous occupe depuis plus d'un an et demi, avec la sensibilisation à la vaccination, aux gestes barrières, la publication d'outils de promotion de la santé ou dans le cadre des stratégies concertées.

Pour aborder la question de la communication santé sous tension, avaient été réunis sur l'estrade, Matthieu Méan, coordinateur de l'équipe de première ligne de Modus Vivendi, actif dans la réduction des risques pour les usagers de drogues, Godefroi Glibert, responsable de projets à la Plateforme Prévention Sida, Sophie Lefèvre, chargée de communication à la Direction Santé de l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance), ainsi que Mark Hunyadi, pro-

fesseur de philosophie morale et politique à l'UCLouvain, venu préalablement entretenir le public présent de ses réflexions sur la confiance dans un contexte numérique. Pour animer le débat, notre journaliste maison Pascale Gruber.

Quelles préoccupations en matière de communication ?

Un premier questionnaire portait sur les préoccupations en termes de communication pour les trois associations de terrain, avant la crise sanitaire. Pour Matthieu Méan (Modus Vivendi), il va sans dire que cette préoccupation se pose depuis longtemps, mais s'est transformée avec l'apparition des réseaux sociaux qui sont devenus rapidement incontournables. « Facebook, mais aussi Instagram, c'est très important aujourd'hui. Certes nous organisons toujours des permanences, trois fois par semaine, mais nous avons également créé un espace de permanence digital, pour permettre à ceux qui ne peuvent ou n'osent pas franchir le seuil de l'association de pouvoir entrer en contact avec notre service. »

Idem pour Godefroi Glibert (Plateforme Prévention Sida) qui confirme cette importance des réseaux sociaux, mais tempore : « Personnellement, je suis assez mitigé envers les GAFA qui représentent une menace pour les relations entre les personnes. En promotion de la santé, le message va vraiment passer, percoler, quand à un moment, à un instant d'une relation interpersonnelle, on emporte l'adhésion et qu'alors, un changement peut se produire. La question est donc : comment être proche en utilisant les réseaux sociaux ? On n'y arrive pas toujours, c'est sûr. On essaie. Un exemple : sur notre site Internet, on parle en « vous ». Sur Facebook, on parle en « tu », pour aller vers une proximité plus importante. »

Le numérique pour toucher son public ?

Sophie Lefèvre (ONE) estime pour sa part qu'il faut s'interroger sur l'accessibilité de l'outil numérique pour tous « car s'il se généralise, il n'est pas pour autant abordable pour une série de publics. J'ai déjà entendu : 'Tout le monde sait utiliser un smartphone et va sur Internet', mais ce n'est pas encore une réalité. On fait appel à des capacités de littératie médiatique (comme on parle de littératie en santé) que tout le monde n'a pas. Parmi les chiffres cités par la Fondation Roi Baudouin en matière de fracture numérique, j'ai été interpellée par ceux montrant une sous-utilisation de l'e-santé : seulement 16 % des personnes se sentent à l'aise avec l'outil numérique en santé. C'est pour cela que je plaide vraiment pour une utilisation multimodale des canaux d'information. »





En guise de relance, Pascale Gruber (QS) posait la question un peu iconoclaste de savoir si le numérique atteint en fin de compte sa cible. Pour Godefroi Glibert, « Avec le numérique, tout est comptabilisé, le temps de rebond, les temps de visites, etc. Mais en même temps, c'est vrai que l'on a peu de retours. Or c'est important d'être en contact avec les publics, d'être dans les festivals, les fêtes, avec un stand d'information, il faut aller sensibiliser dans les écoles. » Mathieu Méan enfonce le clou : « Les réseaux sociaux sont un appui. Mais ils ne peuvent absolument pas se substituer à ce que l'on fait sur le terrain. Cela étant, au moment du confinement, on a dû trouver d'autres solutions. Donc, on a proposé des tables de discussion sur les réseaux sociaux. Avant, en présentiel, on arrivait, pour les gros événements, à 30 personnes. Avec la discussion en ligne, on est monté à 1.500. Donc, c'est intéressant. Mais c'est aussi très loin des journées festives où l'on en touche 30 000. »

Information ou communication ?

Il s'agit aussi de replacer la question de la communication dans le contexte actuel de l'infobésité ou l'excès d'information propre à l'ère numérique. Comme l'a souligné Mark Hunyadi (UCLouvain), « Avec la multiplication des réseaux de communication et des messages, différents à chaque fois, l'utilisateur ne sait plus comment s'orienter dans cette immense manne, cette mer à messages. En fait, cette prolifération dévalue les informations elles-mêmes. Un message à faire passer, sur ceci ou sur cela, tout le monde en a. Mais c'est très différent des informations, supposées être vraies, vérifiées et donc vérifiables. Je me demande dans quelle mesure cette prolifération

des messages de la com' et les stratégies de com' ne participent pas à cette défiance généralisée. »

Pour Sophie Lefèvre (ONE), la clé réside dans l'éducation aux médias, mais aussi dans l'expérience des personnes avec les institutions. Quand elles sont déçues, la confiance est rompue. Ça peut être le cas si, par les expériences de vie que l'on a, la manière d'être intégré dans la société, on se rend compte qu'on est en marge, pas pris en compte... « D'où l'importance de ne pas laisser des gens sur le côté, de prendre en compte la diversité. S'adresser à une famille avec Papa, Maman, Boule et Bill et le SUV, comme cela a pu être le cas avec le Covid, cela ne va pas : ceux qui ne correspondent pas à ce schéma vont se sentir à l'écart et vont rejeter les messages qu'on a envie de faire passer... »

Bernadette Taeymans, directrice de l'asbl Question Santé jusqu'en 2020, resitue les enjeux : « Si on se rapporte à 1981, quand Question Santé est née, l'information était aux mains du pouvoir médical. Parfois, il y avait une Encyclopédie médicale dans les maisons, et c'est tout. Il n'y avait pas moyen d'avoir accès à l'information santé sans passer par le pouvoir médical. Donc, il y a quarante ans, l'enjeu de Question Santé était de donner accès à cette info. »

Aujourd'hui, cet enjeu est bouleversé, il y a de l'info partout et de la communication partout. La question est donc de savoir comment aider les personnes à trouver leur chemin et à faire des choix éclairés en matière de santé. « On ne sait plus très bien comment être entendu, sachant qu'avec les outils du numérique, mais aussi avec les médias en



Mark Hunyadi: «Quelle confiance dans un contexte numérique?»

Lors de cet après-midi de réflexion qui ouvrait les festivités des 40 ans de Question Santé, Marc Hunyadi, philosophe et professeur à l'UCL, est venu parler de son ouvrage «Au début est la confiance»¹, publié en pleine pandémie et qui a beaucoup résonné durant cette crise sanitaire. Son propos est de documenter la notion de confiance qui a été mise à rude épreuve durant cette période. Pour Mark Hunyadi, «*La perte de confiance que la crise sanitaire a entraînée s'est avérée extrêmement large car elle a touché à notre relation aux objets, à l'environnement où le virus était présent, mais aussi à nos interactions avec les personnes, possiblement contaminées, ainsi qu'à la confiance dans les institutions amenées à gérer cette crise.*»

Or la confiance est transversale à l'ensemble de l'agir humain et s'appuie sur des attentes réciproques de comportements qui sous-tendent le collectif. Sans confiance, comment fonctionner? «*Quand on circule en voiture sur la route, on s'attend à des comportements dans le chef des autres usagers de la route, en fonction de la sécurité routière. Pourtant il n'y a pas de véritable définition de la confiance, ni dans le chef des philosophes, ni chez les grands auteurs. Les économistes utilisent cette notion mais dans une vision réductrice et utilisatrice, en l'associant à la prise de risque et à la gestion de l'incertitude.*»

Dans ce contexte, l'auteur pointe le numérique comme un élément qui a modalisé fortement le collectif et in fine la confiance, notamment en la médecine. Cela a été le cas durant le Covid, mais aussi bien au-delà de la

crise sanitaire que nous avons traversée. «*De plus en plus, le numérique devient une médiation obligée au monde, que ce soit pour des achats, des réservations, le contrôle de son diabète, repérer des champignons, obtenir un CST... Chacun satisfait ses besoins dans sa petite bulle, dans son cockpit, en gérant sa relation au monde derrière son écran. Et ça a été d'autant plus vrai avec le Covid. Dans un tel système, la sécurité tend à remplacer la confiance naturelle.*»

Quant à la médecine dans un tel paysage, si le numérique a permis des progrès extraordinaires et des acquis sans précédent, on assiste, pour Mark Hunyadi, à une numérisation de celle-ci: «*Les gens se plaignent: «On ne nous écoute plus, on nous mesure». La médecine devient uniquement technologique, quantitative, ne fonctionne plus que sur des mesures, au détriment de la relation médicale et la perte de la dimension relationnelle. L'Evidence-Based Medecine qui avait pour but, il y a 20-30 ans, d'évaluer la littérature médicale est devenu le paradigme général, avec une substitution tendancielle de la relation technique à la relation naturelle.*»

De plus en plus la relation fiduciaire est mise à mal et l'inquiétude de Mark Hunyadi réside dans le fait que si la confiance est remplacée par la sécurité, tout devient automatisé. «*Obéir à des machines fait de nous des machines obéissantes, des pièces du système. C'est pourquoi des associations comme Question Santé sont salutaires. Car elle est merveilleusement résistante parce qu'elle installe de la proximité là où le numérique met de la distance froide. À Question Santé, on met du commun, du sens là où le numérique en est bien incapable.*»

général, ce qui attire et intéresse, ce sont les infos qui sortent du lot, créent l'événement, choquent... Or, en éducation permanente comme en promotion de la santé, on n'est pas là pour choquer ou pour faire peur. Donc le risque est de ne pas être entendus dans le brouhaha et cette dérégulation informationnelle. On est donc vraiment dans un moment assez compliqué. Comment continuer à travailler en restant en accord avec nos objectifs et nos valeurs, et, en même temps, en arrivant à toucher le public?»

Une réflexion partagée par les participants à cette table ronde qui plaident pour un usage raisonné des réseaux sociaux, pour des messages de qualité, qui sensibilisent sans choquer et en restant connectés à tous les publics, dans l'interpersonnel, mais sans boudier le numérique, tout en gardant la confiance. Tout un challenge!



¹ Mark Hunyadi, «Au début est la confiance», Éditions Le bord de l'eau, 2020, 240 p.

- 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

