

ÉDUCATION SANTÉ

NOVEMBRE 2018

349

« *Jusque-là,
les éducations
à la santé ont laissé
de côté la famille* »

UN MENSUEL AU SERVICE
DES INTERVENANTS FRANCOPHONES
EN PROMOTION DE LA SANTÉ DEPUIS 1978

www.educationsante.be

DONNÉES

Enquête sur l'activité physique et la sédentarité des jeunes du Hainaut

A-M. Vansnick, D^r C. Massot, Observatoire de la Santé du Hainaut

En mai dernier, l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) a dévoilé les résultats d'une enquête menée en 2012-2014 sur l'activité physique et la sédentarité des jeunes. Cette enquête a été réalisée auprès de 1 669 jeunes de l'enseignement primaire et secondaire « Regard sur la santé des jeunes – Santé en Hainaut n° 13 ». Elle analyse les évolutions dans le temps et propose des pistes de réflexion et des outils de promotion de la santé à ce sujet.

L'enquête en quelques mots...

L'activité physique contribue à l'état de santé général et au bien-être physique, mental et social des individus (OMS, 2013)¹. Elle intervient dans la lutte contre les maladies chroniques (diabète de type 2, maladies cardiovasculaires, cancers...). En parallèle, la sédentarité a un effet délétère sur la santé que ne contrebalancent pas totalement les bienfaits d'une éventuelle activité physique. Il s'agit là d'un enjeu majeur de santé publique pour les années à venir. Le manque d'activité physique et de trop longues périodes de sédentarité représentent une des premières causes de maladie et de handicap dans les pays occidentaux.

L'enquête a été menée en collaboration avec le réseau des Centres de Santé scolaire Vigies (CSSV). Celui-ci est composé de services de Promotion de la Santé à l'école (PSE). Cette dernière décrit la situation tant à l'école que dans les temps extrascolaires (au foyer ou en dehors).

Divers facteurs sont analysés : l'influence de l'entourage ainsi que le lien avec l'environnement physique (infrastructures scolaires, équipements sportifs, aménagements favorisant ou non les déplacements actifs à pied ou à vélo).

Dans le cadre de cette enquête, l'OSH a organisé des tests d'aptitude physique inspirés de ceux utilisés par l'Administration



de l'Éducation physique et des Sports (ADEPS) (Heyters, Marique, 2013)². Ces tests auprès d'Hainuyers de 15 à 17 ans ont aidé à évaluer leurs capacités physiques. Ils ont aussi mis en lumière l'ensemble des facteurs influençant les aptitudes physiques de ces jeunes.

L'étude a permis de constater que, globalement, les jeunes pratiquent trop peu d'activité physique et accumulent de longues périodes de sédentarité (longues heures en position assise devant les écrans...).

L'étude met en avant les liens entre les inégalités sociales de santé en matière de pratique de l'activité physique (et d'accès aux infrastructures sportives) et la santé des jeunes Hainuyers. En effet, lorsque la situation socio-économique dans laquelle les jeunes évoluent est relativement défavorable, alors les jeunes tendent à avoir des comportements davantage sédentaires et néfastes pour leur santé (tabagisme...).

Face à ces constats, la littérature et des éléments de l'enquête proposent des pistes d'actions qui peuvent améliorer la situation, à la fois économiquement et en matière de santé de la population.

Comment intervenir ?

Afin de mener des actions de promotion de l'activité

physique efficace et inclusive, cinq pistes d'action ont été développées par l'OSH. L'objectif est d'encourager décideurs, professionnels, citoyens à agir pour promouvoir l'activité physique des jeunes et lutter contre la sédentarité.

L'étude souligne que le **niveau d'activité physique reste faible** pour la plupart des jeunes malgré une légère amélioration chez les filles. En effet, un jeune sur 5 (21 %) déclare n'avoir effectué aucune séance d'activité physique d'au moins 30 minutes d'affilée la semaine précédant l'enquête. Pourtant, en 2014, 51 % des jeunes signalent faire partie d'un club sportif.

Cependant, cette proportion diminue avec l'âge. Un certain nombre d'adolescents abandonnent leur sport favori parce que l'activité de leur club est trop orientée vers la compétition. L'étude a également mis en relation l'importance de la présence de clubs sportifs partenaires de

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS). La sédentarité : un problème de santé publique mondial. OMS, 2013.

2. Heyters C, Marique T. Le Baromètre de la condition physique des jeunes de 2 à 18 ans. Avec la collaboration de l'Université libre de Bruxelles - Université catholique de Louvain. ADEPS - Fédération Wallonie-Bruxelles. Direction générale du sport, éd. 2013. Consultable sur : http://www.sport-adepts.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=540858e3ed4822e093a3433ded608e4771d51bd8&file=fileadmin/sites/adepts/upload/adepts_super_editor/adepts_editor/images/articles/Amelie/Barometre_de_la_condition_physique_2013.pdf

l'école. De fait, les élèves sont plus actifs lorsque leur école partage ses infrastructures avec des clubs. Pour maintenir ces jeunes physiquement actifs, il est important de **repenser l'offre sportive et ses finalités** : développer le sport pour tous dès le plus jeune âge plutôt que favoriser l'émergence d'une élite prestigieuse, mais minoritaire. L'ensemble des parties prenantes (école, clubs, parents, professionnels de la santé...) peuvent œuvrer collectivement à la réorientation des services et à la création d'actions collectives en faveur de l'activité physique.

L'étude a également permis de souligner le **rôle déterminant de l'entourage immédiat** des jeunes dans leur niveau d'activité physique et de sédentarité. La pratique d'activité physique augmente avec les encouragements qu'ils reçoivent de **leurs parents** et a fortiori la pratique sportive de ces derniers. Les encouragements du **médecin généraliste** y contribuent également. Les jeunes sont également plus actifs en dehors de l'école lorsqu'ils sont entourés d'**amis**. Dès lors utiliser leur environnement immédiat (parents, médecins, professionnels de la santé, amis...) représente un levier d'action pour intervenir. C'est en développant des environnements favorables (espaces publics des villes et communes, écoles et infrastructures) à l'activité physique et en les rendant plus accessibles que les enfants et les adolescents amélioreront leur comportement de santé.

L'attrait pour le cours d'éducation physique dispensé dans les écoles est en lien avec le niveau d'activité physique. En effet, les jeunes pour qui ce cours est exercé avec plaisir se montrent plus actifs en dehors de l'école. Or, un certain nombre d'écoles ne disposent pas d'infrastructures adéquates pour le cours d'éducation physique. En effet, 19 écoles secondaires sur 34 interrogées se plaignent de ne pas avoir suffisamment de salles pour organiser leurs cours. Améliorer l'infrastructure, rendre ce cours plus attrayant et lutter contre les dispenses trop fréquentes sont d'autres voies pour favoriser l'activité physique. Les élèves fréquentant l'enseignement de qualification se trouvent fréquemment dans une



Photo © Fotolia

situation moins favorable et il importe que des efforts plus importants soient consentis dans ces écoles.

Pour aller à l'école, les jeunes sont peu actifs. Moins d'un enfant sur 4 (23 %) de 11 ans se rend à pied ou à vélo à l'école et cette proportion diminue à 11 % chez les adolescents de 13 ans et à 14 % chez les 16 ans. **L'aménagement du territoire** incite aux déplacements actifs dans un cadre sécurisé et accessibles à tout un chacun.

Parallèlement, **le temps de loisirs sédentaires** passé face aux écrans (de télévision, d'ordinateur, de console de jeux ou de téléphone...) **continue d'augmenter**. Entre 2004 et 2014, alors que le temps passé devant la télévision est resté relativement stable, la proportion de jeunes tous âges confondus qui consacrent quotidiennement 4 heures et plus à l'ordinateur ou la console de jeux les jours sans école a augmenté. Ces proportions passent de 15 % à 27 % pour les 11 ans et de 30 % à environ 55 % pour les 13 et 16 ans. Pas moins de 86 % des 11 ans et 98 % des 13 et 16 ans surfent sur internet, majoritairement, pour des activités audiovisuelles (vidéos, musique...) ou les réseaux sociaux (Facebook, Snapchat, Instagram...). Seuls 66 % des jeunes sont informés par leurs parents des dangers d'internet et 45 % déclarent que leurs parents s'intéressent à leurs activités sur le net. Dès lors, il convient de **sensibiliser les jeunes et leur entourage (familles, amis...) aux effets néfastes des loisirs sédentaires tout en promouvant les activités sportives ou physiques**.

Globalement, un niveau d'activité physique ou sportive élevé est associé à des

comportements favorables à la santé : un régime alimentaire équilibré, une absence de consommation de tabac chez les aînés, un sommeil suffisant et réparateur. Les jeunes plus sédentaires (avec un niveau d'activité physique ou sportive plus faible) ont quant à eux un régime alimentaire moins équilibré, s'orientent plus facilement vers des consommations

plus ou moins régulières de tabac ou d'alcool mais souffrent également d'une insuffisance de sommeil.

Enfin, l'enquête montre que **les inégalités sociales de santé** sont des obstacles à l'activité physique en général. Plus leur situation socio-économique est défavorable, plus leur niveau d'activité physique diminue et plus leur sédentarité augmente. **La lutte contre les inégalités sociales** est un élément important pour améliorer la santé des populations.

Que retenir ?

À l'issue de cette étude, il apparaît que le niveau d'activité physique reste faible chez les plupart des jeunes malgré une légère amélioration chez les filles. Parallèlement, le temps de loisirs sédentaires passé devant les écrans (de télévision, d'ordinateur, de console de jeux ou de téléphone...) continue d'augmenter.

La santé des jeunes est une responsabilité collective et pas seulement une responsabilité individuelle. Il est possible à tout niveau de contribuer à son amélioration générale.

Le niveau bas d'activité physique et la sédentarité croissante représentent un défi majeur pour la société actuelle, mais les moyens d'intervention existent et doivent inciter à passer à l'action.

Retrouvez les résultats de l'enquête dans une synthèse et une version intégrale sur notre site

<http://observatoire.sante.hainaut.be>

ACTEURS

La formation de relais communautaires comme outil d'empowerment - analyse d'un projet du GAMS Belgique

Stéphanie Florquin, chargée de projets et de recherches au GAMS Belgique, coordinatrice des SC-MGF

À travers des formations de relais, « Community Voices », le GAMS cherche à renforcer les capacités de femmes et d'hommes issus des communautés pratiquant les mutilations génitales féminines afin qu'ils puissent lutter contre ces pratiques et soutenir celles qui les ont subies. Cette action communautaire a pour finalité de prévenir les MGF en Belgique et d'améliorer le bien-être des femmes et filles concernées. Dans cet article nous analysons l'impact positif de cette action sur le pouvoir d'agir et le bien-être des participants eux-mêmes.

La dernière étude belge de prévalence des mutilations génitales féminines (MGF), publiée en 2018¹, estime que presque 26.000 filles et femmes vivant en Belgique sont concernées par les mutilations génitales féminines, soit parce qu'elles en ont déjà subi (17.273) soit parce qu'elles risquent d'y être confrontées (8.644). Le GAMS Belgique est la principale organisation belge œuvrant pour la prévention des MGF

et dans la prise en charge psychosociale des personnes concernées par ces pratiques. Depuis 2014, l'association organise des formations pour les femmes et hommes originaires de pays où les MGF sont pratiquées, en vue de devenir des relais dans la sensibilisation et l'accompagnement de personnes concernées par ces pratiques.

Une formation « GAMS Community Voices » : Pourquoi ? Pour qui ? Comment ?

La formation, d'environ 8 demi-journées permet d'acquérir une meilleure connaissance des MGF, de savoir les analyser en tant que violation des droits humains des femmes et d'en connaître les conséquences sur la santé des filles et des femmes. Les relais apprennent à aborder les MGF avec les personnes concernées de manière non stigmatisante, dans le but d'entraîner

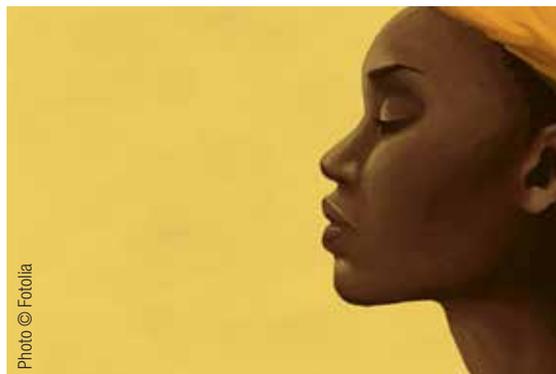


Photo © Fotolia

un changement d'opinion et de comportement. La formation permet également aux participants d'acquérir des connaissances sur des sujets connexes tels que la sexualité, la contraception, l'égalité femmes-hommes et les (autres types) de violences de genre.

Une fois la formation terminée, ces relais travaillent de manière bénévole dans l'accompagnement et la traduction lors d'entretiens psychologiques, médicaux ou sociaux des femmes concernées par les MGF, ainsi que lors d'actions de sensibilisation auprès des communautés affectées.

Le projet de formation de relais communautaires participe ainsi à la finalité du GAMS Belgique qui est de prévenir les MGF dans la société belge (y compris en cas de retour au pays d'origine) et d'améliorer la santé et le bien-être des femmes et filles concernées,

à travers une prise en charge holistique des personnes. Tout comme d'autres interventions dans le champ des MGF², la démarche du GAMS Belgique s'inscrit dans une approche communautaire, basée sur la conviction que les communautés concernées par les MGF doivent elles-mêmes être au centre des interventions visant un changement de comportement. La formation de relais vise ainsi à permettre à des « leaders communautaires » d'acquérir les connaissances, les compétences et le pouvoir d'agir sur leurs propres communautés.³

Une analyse qualitative pour évaluer les acquis

Cet article se base sur les résultats de l'évaluation d'une session de formation de 19 relais francophones, tenue entre février et mai 2017 grâce à un financement par la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Les thèmes suivants étaient abordés lors de la formation :

- Approche de la problématique de genre
- Santé sexuelle
- Connaissances de base sur les MGF
- Mariages forcés et Droits des femmes migrantes
- Conséquences psychologiques des MGF
- Techniques de communication et

1. Richard, F et Dubourg D. (2018) Estimation de la prévalence des filles et femmes excisées ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique, 2018 - Mise à jour au 31 décembre 2016, SPF Santé publique et IEFH.

Accessible : http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/20180302_FGM_PrevalenceStudy_12-pages_FR.pdf (17/05/2018).

2. Barrett, H (2018) Researching Female Genital Mutilation / Cutting, eds. Leye, E, Coene, G. VUB Brussels University Press; Barrett, H. & Alhassan, Y. (2016) Community Mapping with FGM Affected African Communities in the EU - PRACTICAL HANDBOOK, Coventry University; Barrett, H. & Alhassan, Y. (2016) The REPLACE Community Readiness to End FGM Assessment PRACTICAL HANDBOOK, Coventry University.

3. Idem.

d'animation — approche socioculturelle

- Stratégies de mobilisation
- L'entretien individuel et l'animation de groupes
- Le viol (séance optionnelle)
- La masculinité (séance optionnelle)

Les 19 personnes formées (16 femmes et 3 hommes) sont originaires d'Afrique subsaharienne (8 originaires de la Guinée-Conakry, 7 de la Somalie, 3 originaires de Djibouti, une du Sénégal et une du Niger), dont la grande majorité de communautés pratiquant les MGF. Beaucoup d'entre elles étaient demandeuses d'asile ou sans-papiers au moment de la formation.



L'évaluation de la session de formation des relais communautaires 2017 a été réalisée grâce au

- recueil de données au travers d'observations pendant la formation,
- des focus groupes,
- des entretiens individuels
- des questionnaires auprès des formateurs et formatrices.

Nous vous présentons ici les résultats de cette évaluation au regard des attentes et motivations des participants d'une part, et sur l'acquisition tant des connaissances que des savoir-faire et savoir-être au sujet des MGF, et plus largement sur la santé sexuelle et l'égalité de genre. Ceci nous amènera à analyser le potentiel d'une dynamique d'empowerment à l'œuvre grâce à la formation.

Les attentes, les craintes et la motivation

Les attentes

Au début de la formation, les participants ont exprimé des attentes de celle-ci en matière de l'acquisition

- d'un savoir : comprendre la problématique des violences de genre et des MGF ;
- d'un savoir-faire : aborder les MGF, répondre aux besoins et attentes des femmes, sensibiliser sans offenser, dépasser les tabous autour de la pratique ;
- d'un savoir-être : être professionnel.le, avoir des compétences en matière de multiculturalité.

Lors de la formation, la personne relais est perçue de manière positive par les futurs relais et considérée comme importante au sein de la communauté, bénéficiant d'un savoir-faire, savoir-être et « savoir dire » au sujet des MGF.

Les craintes

Les premières craintes exprimées sont liées aux capacités linguistiques personnelles, à une peur d'être mal vu, d'offenser la communauté (d'origine) voire d'être rejeté de celle-ci. Certaines incertitudes ont également été mentionnées quant à la capacité d'aborder le sujet des MGF publiquement ou de ne pas savoir comment agir face à une victime pour créer un lien de confiance et de confidentialité.

Des craintes à propos de la capacité à assurer la formation ont également été citées (peur de rater un module, d'être en retard), à propos des relations entre collègues ainsi que des craintes liées à la future mission de relais.

En plus des craintes, les participants ont relevé un certain nombre de freins à la participation : le fait que les formations se déroulaient le week-end, le cumul avec une activité salariée, l'aspect bénévole du travail, ainsi que la pudeur et les émotions liées à la thématique.

La motivation

La motivation pour participer à la formation est quant à elle souvent liée à une expérience personnelle en tant que femme excisée, ou en tant que personne ayant des proches à risque : « *J'ai 9 petites sœurs. J'ai subi quelque chose qui est horrible [...] je veux pas que mes sœurs subissent la même chose.* » (une participante)

La formation au GAMS est alors vue comme un moyen de trouver des arguments et le courage de s'opposer à une pratique très ancrée dans la communauté. Une participante souhaitait ainsi pouvoir justifier pourquoi elle n'a pas fait exciser ses filles, pointant le poids de la pression de la communauté, au pays d'origine comme en Europe, à perpétuer cette pratique considérée comme nécessaire.

La plupart des relais semblent ainsi avoir été motivés par leur conviction personnelle de la nécessité de combattre les MGF, l'envie de produire un changement, d'apprendre, de sensibiliser, d'*aider les femmes à être plus indépendantes et émancipées pour pouvoir choisir et décider de leur corps* », de lutter contre les violences ou de protéger leurs filles, amies, voisines. Toutefois, pour certaines personnes, la formation était également (du moins au début) un moyen d'améliorer leur situation professionnelle ou administrative (demande d'asile ou de nationalité), ou simplement d'avoir une activité en dehors du centre de demandeurs d'asile.

Si la mixité du groupe, en matière de genre et d'âge, a été vécue comme une barrière par certains au début de la formation, la confiance instaurée au fur et à mesure avec les autres participants et les animateurs a permis à chacun de se sentir suffisamment à l'aise pour aborder des sujets considérés comme tabou, tels que la sexualité et l'excision.

L'acquisition de savoirs, savoir-être, savoir-faire

Lors des focus groupes et d'entretiens individuels, nous avons cherché à comprendre quels savoirs, savoir-être et savoir-faire étaient acquis par les personnes grâce à la formation relais.

Fort heureusement, les futurs relais ont estimé avoir acquis de nouvelles **connaissances** sur les MGF : les différents types et notamment l'existence de l'infibulation (type 3 selon la définition de l'OMS), les pays où elles se pratiquent, leurs conséquences (y compris psychologiques), les lois et les moyens de prévention. « *Avant de faire cette formation je n'avais pas tellement considéré la gravité des mutilations, je me disais juste que c'était coutumier. Mais grâce à cette formation, j'ai découvert que les femmes souffrent tellement.* » (un participant)

En plus de la connaissance spécifique aux MGF, les participants ont acquis des connaissances plus générales sur l'appareil génital féminin, les violences de genre (notamment le mariage forcé) et les moyens de contraception. Plusieurs personnes ont dit vouloir continuer à se former sur d'autres sujets après la formation.

Dans le domaine du **savoir-faire**, les participants ont exprimé avoir acquis les compétences nécessaires pour parler des MGF et d'autres violences envers les femmes : la capacité d'écoute active et d'accompagnement d'une personne dans la recherche de solutions concrètes à son problème, le repérage de signes du syndrome de stress

post-traumatique et des capacités de dialogue avec la personne concernée. Les participants ont appris à parler de sujets jusqu'alors considérés comme tabous et ont acquis des connaissances sur les moyens de communication efficaces afin de sensibiliser au sujet des MGF sans offenser.

Des observations pendant les séances ont aussi montré que les participants s'exprimaient, pour la plupart, librement sur des sujets « sensibles », notamment sur la sexualité.

Parmi les **savoir-être** que les participants ont rapportés, on compte entre autres : la confiance et le courage, la capacité d'être à l'écoute et attentif à l'histoire d'une personne, la patience, la capacité de se remettre en question et de prendre du recul par rapport à son histoire, et s'en servir pour parler aux gens. Les participants rapportent également des acquis dans le domaine du respect des points de vue des autres ainsi qu'une plus grande ouverture d'esprit. Un homme a exprimé que la formation lui a permis de changer la façon dont il perçoit les femmes.

Cependant, l'implication en tant que relais communautaire du GAMS n'est pas facile pour tout le monde, étant donné la sensibilité du sujet dans certaines communautés migrantes originaires de pays où les MGF sont pratiquées, comme le montre cet exemple : « *Ils me disaient : tu pars là-bas, pour parler des trucs de femmes ? Qu'est-ce qui va pas, c'est à cause du stress ? [...], Tu es fou* » (un participant djiboutien).

Analyse d'une dynamique d'empowerment

La notion d'*empowerment* nous permet d'examiner l'impact de la formation en matière de renforcement du pouvoir d'action des personnes l'ayant suivie. Parmi les nombreuses définitions de ce terme, nous empruntons celle de l'association Le Monde selon les Femmes : « *le fait que les*

individus, femmes et hommes sont acteurs de changements. [La notion d'empowerment] fait référence à l'individu, au pouvoir qu'il peut avoir sur sa propre vie, au développement de son identité ainsi qu'au collectif, au pouvoir des individus au sein du groupe dans une vision collective de gestion de la société, de la politique. »⁴

En promotion de la santé, l'*empowerment* peut être défini comme « *un processus par lequel les individus et les communautés acquièrent la capacité à prendre en charge eux-mêmes les questions de santé qui les concernent.* »⁵

Hofmann⁶ propose une définition du processus d'empowerment des femmes selon quatre niveaux, qui doivent tous être inclus :

1. « *le niveau cognitif où l'attention est centrée sur la prise de conscience de la réalité et des causes de la domination masculine ;*
2. *le niveau psychologique, en relation avec le développement des sentiments d'estime de soi et de confiance en soi, nécessaires pour prendre des décisions ;*
3. *le niveau économique, en relation avec l'importance d'avoir des activités permettant de générer un revenu et d'assurer un certain niveau d'indépendance économique (non seulement un accès à des ressources ou des bénéfices, mais aussi le contrôle de ceux-ci) ;*
4. *le niveau politique, impliquant la capacité d'analyser et de mobiliser son milieu social afin d'y introduire des changements.* »

Nous pensons que la formation de relais communautaires peut avoir un effet positif sur l'*empowerment* individuel ainsi que collectif. Bien que l'impact d'un projet sur le processus d'empowerment est difficile à mesurer⁷, nous avons tenté de classer les résultats de l'évaluation selon les différentes composantes ci-dessus. Nous pouvons ainsi estimer si et comment la formation contribue à un tel processus de renforcement du pouvoir d'agir pour les participants.

4. Le Monde selon les Femmes, Les Essentiels du Genre, n°10 - Empowerment.

5. Breton, Jabot, Pommier, Sherlaw (2017) La promotion de la santé - comprendre pour agir dans le monde francophone, Rennes : Presses de l'EHESP.

6. Hofmann E. (2003) Comment évaluer l'empowerment des femmes défavorisées ?, Genre en action. (www.genreenaction.net, 15 juin 2008).

7. Bishop, D. and Bowlan, K. (2014) Still learning: a critical reflection on three years of measuring women's empowerment in Oxfam, Gender & Development, 22:2, 253-269.

Une prise de conscience de la réalité sociale

Les relais ont signalé avoir pris conscience de la réalité des MGF et d'autres violences faites aux femmes. La formation leur a ainsi permis de déconstruire l'obligation, dans leur communauté, de pratiquer les MGF. Les hommes du groupe ont exprimé que le dialogue avec les femmes, ainsi que les apports théoriques, leur ont permis de saisir l'importance de cette violence de genre et la souffrance qu'elle inflige aux femmes concernées. De plus, la formation semble également avoir permis dans une certaine mesure de déconstruire les idées préconçues sur la virginité féminine, la contraception ou encore et la fécondité et la stérilité. La formation a permis aux femmes de se libérer de certaines normes qui leur sont imposées. « *J'ai appris, par rapport à l'hymen, que c'est pas toutes les femmes qui saignent (pendant le premier rapport sexuel), [...] alors qu'elles sont vierges! Franchement ça je suis contente de l'apprendre et je vais expliquer ça aussi à ma communauté parce que y a tellement de pression [...] ça me soulage (tout le monde est d'accord avec elle). Et j'ai aussi appris que toutes les femmes n'ont pas le même hymen, que tous les hymens sont différents.* » (une participante guinéenne).

Le GAMS permet aux personnes de trouver un espace sûr (« safe ») pour dialoguer sur ces sujets difficiles. « *Le GAMS est le seul endroit, [...] en tant qu'utilisateur et [...] futur relais communautaire [...] où on peut se retrouver et parler de choses vraiment sans tabou et sans complexes.* » (une participante).

Le développement de l'estime de soi

En permettant d'aborder des sujets tabou, la formation « Community Voices » pourrait permettre aux participants de développer les aspects psychologiques de l'*empowerment* à travers la diminution des sentiments de honte, de culpabilité et de peurs liées à la pratique des MGF et d'autres violences de genre, de même que le développement d'un sentiment d'aise par rapport au fait de parler de leur vécu de ces violences.



Photo © Bea Uhart

Des personnes ont aussi exprimé que l'expérience leur a permis d'avoir une meilleure confiance en elles, de se sentir plus à même de s'exprimer sur des sujets sensibles (notamment dans un groupe mixte) et se sentir plus forts et courageux.

« Avant j'avais peur du regard des gens, quand ça parle de l'excision et de choses comme ça, pour moi c'était silence radio, je parlais pas, là maintenant j'ai appris que je peux parler sans crainte, sans avoir honte. »
(une participante)

Le renforcement du pouvoir d'agir

Le volet politique de l'*empowerment* concerne le fait d'être en mesure d'apporter du changement dans la société.

Lors des FGD, les personnes ont exprimé à quel point la formation leur a permis de renforcer leur militantisme et leur conviction qu'il est nécessaire de se battre contre les MGF et d'autres violences faites aux femmes. Les personnes estimaient avoir acquis les outils nécessaires pour intervenir et aborder ce sujet dans leur communauté, y compris une connaissance des associations œuvrant dans ce domaine et la loi belge la concernant.

« *[La formation] m'a d'abord permis de me libérer, parce qu'avant je n'arrivais pas à parler de l'excision ou des violences faites aux femmes.* » (une participante). Certains évoquent le sentiment de pouvoir faire quelque chose de positif pour la communauté. De plus, dans le cas d'une participante anglophone, le fait de participer à la formation lui a permis de renforcer son niveau de français, augmentant sa capacité d'agir dans la société francophone.

Les relais se sentent généralement confiants quant à leur future mission en tant que relais et bien préparés pour mener des actions de sensibilisation sur les MGF. « *Après cette formation, on a cette envie d'aider les gens, de s'impliquer, et bien qu'il y ait une certaine peur [...] il y a une certaine force qui nous a été donnée et on se sent vraiment courageux, on veut tout aborder.* » (une participante)

Des questions en suspens et des perspectives

Le projet de formation de relais n'aborde pas directement la composante économique de l'*empowerment*. Nous pouvons nous demander dans quelle mesure les savoirs et savoir-faire acquis dans le cadre de la formation peuvent avoir un effet positif pour la capacité des personnes à acquérir une activité salariée. Pareillement, les problèmes liés au manque de droit de séjour ont une influence sur la capacité d'agir des

participants et mériteraient peut-être plus d'attention dans notre analyse du projet.

Dans une perspective d'analyse genrée, nous pouvons nous interroger sur l'impact du projet sur *l'empowerment* général des participantes dans la société patriarcale. Dans quelle mesure la participation à la formation peut-elle avoir un effet positif sur le pouvoir qu'elles occupent au sein de leurs familles, couples et communautés ? Sont-elles en meilleure capacité de participer et d'influencer leur communauté, que ce soit sur l'excision ou dans d'autres domaines ? Auraient-elles plus de pouvoir pour résister aux violences sexistes dont elles peuvent être victimes ? Parallèlement, nous pouvons espérer, mais pas prouver, que des hommes formés sur les questions de violence de genre sont moins enclins à être auteurs de violences sexistes. Peut-il, par exemple, aussi y avoir un résultat positif sur leur capacité à remettre en

question une division traditionnellement genrée des tâches au sein de leurs couples et de leurs familles ?

Aussi, des questions se posent naturellement par rapport à la manière dont des professionnels en tant que groupe relativement privilégié comparé aux personnes visées par cette action, peuvent contribuer à *l'empowerment* de ces dernières. Une première réponse réside dans le fait de servir de ressource et de facilitateur du dialogue.⁸ Néanmoins, c'est une question à laquelle nous nous devons d'être vigilants.

Enfin, comment pourrait-on mesurer et éviter d'éventuels effets adverses d'un projet comme celui-ci, sur *l'empowerment* justement ? De nombreuses expériences de projets de développement montrent que ceux-ci peuvent, aussi, avoir des effets négatifs pour les femmes en augmentant leur charge de travail, y compris le travail de

*care*⁹. Quels sont les impacts de notre projet et comment pourrait-on mettre en place des stratégies pour réduire un tel impact (garde pour les enfants pendant la formation, décentralisation des séances, prise en compte de l'agenda des participants) ?

En conclusion, notre analyse permet d'illustrer l'enrichissement personnel et le potentiel d'empowerment de ce type de formations de relais dans les domaines de la promotion de la santé des femmes, et des hommes, et de la réduction des violences sexistes. Un bénéfice du projet qui pourrait sans doute être d'autant plus fort si *l'empowerment* constituait un objectif bien précis dès le début du projet et que la définition de cette notion était faite **avec** les participants eux-mêmes.¹⁰

Pour en savoir plus

www.gams.be

⁸ Wallerstein, N., Bernstein E. (1994) "Introduction to community empowerment, participatory education, and health", Health education quarterly, 21 (2), p.141-148.

⁹ Bishop, D. and Bowlan, K. (2014) Still learning: a critical reflection on three years of measuring women's empowerment in Oxfam, Gender & Development, 22:2, 253-269.

¹⁰ Idem.

OUTILS

Nouvel outil pédagogique de Cultures&Santé : Il était une voix

Roxane Combelles, chargée de projets d'éducation permanente à Cultures&Santé

Les inégalités sociales sont fortement présentes dans notre société et ont un impact marquant dans la vie de tous les jours : la possibilité d'accéder à des études supérieures, l'espérance de vie, la possibilité d'obtenir un prêt bancaire ou l'accès au système de justice sont des exemples de situations qui dépendent toutes des revenus et richesses (qu'elles soient économiques, culturelles ou sociales) auxquels un individu a accès, et ces ressources sont inégalement réparties au sein de la société. Cette répartition est le fruit d'une organisation politique de la société qui priorise des intérêts de certains par rapport à d'autres, ce qui veut dire qu'elles ne sont pas un état naturel des choses mais bien le résultat de choix (conscients ou inconscients).

Porter des voix pour...

En 2014, l'association Cultures&Santé, en partenariat avec Eyad asbl, a mis en place, auprès d'un groupe d'adultes apprenant le français, un espace d'échange. Les participants ont orienté les discussions sur le thème des injustices et des inégalités

sociales vécues par leurs proches ou par eux-mêmes. De ces récits et échanges est née la bande dessinée « Il était une voix ».

De la communication compliquée d'une femme migrante avec son médecin aux difficultés rencontrées par une jeune maman pour payer le voyage scolaire de

son enfant, *Il était une voix* propose **15 histoires** illustrant des situations d'inégalités liées à l'école, à l'emploi, aux soins et au logement.

Les planches de la BD montrent le cercle vicieux que constituent les inégalités sociales. Une situation initiale

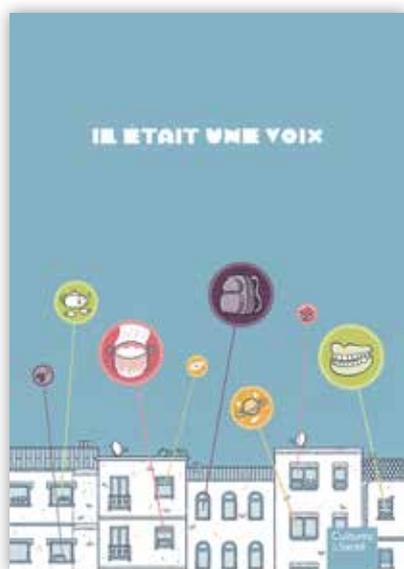
désavantageuse peut entraîner des effets négatifs en cascade jouant finalement sur la santé des personnes. Si la question des inégalités requiert des solutions structurelles, la sensibilisation d'un large public n'en reste pas moins pertinente, au même titre que celle d'acteurs de terrain : professionnels de santé, animateurs, enseignants, éducateurs...

Informer, définir, réfléchir sur les inégalités sociales et les inégalités sociales de santé afin de mieux les combattre

Traiter la question des inégalités en collectif n'est pas aisé. Souvent, elle s'immisce dans un échange, reflétant un partage de conditions et de réalités, mais elle ne fait que trop peu l'objet privilégié d'une animation. Comment animer sur un sujet aussi complexe que profond ? Comment (re) penser en groupe les mécanismes injustes qui caractérisent notre société ? Comment porter au jour, de façon ludique, le caractère systémique des inégalités sociales et ses conséquences néfastes ?

Cultures&Santé a donc souhaité, en 2018, accompagner la BD d'un fichier d'exploitation pédagogique permettant de mener des animations de groupe autour de ces questions, afin de **rendre les inégalités sociales et leurs impacts sur la santé concrets et palpables**.

Il s'agit de poursuivre le travail amorcé par



la BD à savoir de dénoncer les inégalités sociales et d'imaginer d'autres possibles.

Ce fichier d'animations est conçu pour être exploité en formation ou animation à destination d'**acteurs de terrain** (médecins, éducateurs, animateurs...), d'**étudiants** ou de tout **groupe de citoyens**. Certaines animations peuvent être menées auprès d'un public maîtrisant plus difficilement le français voire la langue écrite.

De manière participative, les animations permettent d'atteindre différents objectifs spécifiques :

- Éveiller aux situations d'inégalité et d'injustice
- Mettre en lien des expériences de vie
- Mener une réflexion sur les inégalités sociales, sur les inégalités sociales de santé et sur les déterminants sociaux de la santé
- Élaborer des solutions pour lutter contre les inégalités sociales

Ce fichier d'animations repose sur l'idée d'un choix multiple d'exploitation des 9 pistes qui le composent. Certaines pistes ont des points communs mais n'ont pas la même orientation. Il n'y a pas de cheminement d'animation établi et il n'est pas nécessaire de toutes les exploiter avec le même groupe. L'animateur peut combiner des pistes librement et y ajouter des éléments personnels.

Les neuf pistes d'animation sont réparties

dans trois thèmes. Chaque thème correspond à une porte d'entrée particulière pour réfléchir aux inégalités sociales :

- Le premier thème pose un regard sur les inégalités sociales et l'injustice et permet de **prendre conscience de la manière dont les inégalités sociales peuvent s'exprimer dans la société**.
- Le deuxième thème traite des inégalités sociales de santé et invite à **identifier les déterminants de la santé ainsi qu'à analyser leur interdépendance**.
- Le dernier thème est celui des solutions : **augmenter sa capacité de réfléchir et d'agir en élaborant des solutions**, tantôt individuelles tantôt collectives et politiques.

L'outil est composé :

- D'un **fichier d'animation** proposant neuf pistes d'animation.



- D'un **fichier d'accompagnement** qui apporte des repères théoriques sur les inégalités sociales, les déterminants de santé et des exemples les illustrant.

L'outil et la BD sont téléchargeables sur le site de Cultures&Santé : www.cultures-sante.be

La version papier de la BD est disponible sur commande à l'adresse info@cultures-sante.be ou au 02 558 88 10.

OUTILS

Boîte à outils pour une éducation positive

Outilthèque PiPSa

Description

Matériel

88 fiches, dont 72 fiches d'activités
Les 72 activités sont organisées en 12 familles de compétences :

- comprendre les émotions
- vivre des émotions agréables
- réguler les émotions désagréables
- optimisme
- confiance
- motivation
- créativité
- gratitude
- gentillesse
- écoute
- empathie
- coopération

Une fiche d'introduction et des fiches d'activités sont proposées pour chaque compétence (7 fiches par thème, 8 fiches pour Confiance)

Concept

À destination des enseignants du primaire (à partir du cycle 3) et du secondaire, la boîte à outils contient des activités courtes et ludiques qui permettent de développer les compétences du bien-être et du vivre ensemble.

Chaque activité peut être proposée de manière indépendante pour répondre à des besoins ponctuels dans la classe.

Les activités sont déclinées en quatre catégories : jouer et bouger, échanger, écrire,



travail intérieur. Elles sont conçues pour demander peu de préparation préalable et être réalisables en classe en maximum 15 minutes.

Objectifs

Développer les compétences du bien-être et du vivre ensemble à l'école.

L'avis de PiPSa

Appréciation globale

Cette boîte à outils propose de nombreuses activités courtes, innovantes, adaptables à différents contextes. Toutes contribuent au développement de l'intelligence émotionnelle, tant du point de vue de l'individu que de celui du groupe : 15 minutes de petites bulles de bien-être à savourer comme les bonbons !

Les différents thèmes sont référencés et introduits de manière synthétique. L'éclairage théorique, très court, donne le sens aux activités. Celles-ci visent à renforcer les ressources personnelles et la construction du positif à partir du corps et des ressentis.

L'utilisation est facilitée par un code couleur qui structure et clarifie les différentes rubriques.

L'utilisateur devra s'inscrire dans le principe de la communication non violente, être ouvert à construire des compétences relationnelles à partir du positif et avoir envie d'amener ce climat bienveillant dans son groupe. Son positionnement n'est pas indiqué par le promoteur.

Prévu initialement pour le cadre scolaire, cet outil peut largement le dépasser : s'ouvrir aux adultes, aux aînés, dans le milieu professionnel ou de loisir, en formation, en supervision...

Objectifs

Développer la connaissance de soi à partir de ses émotions et ressentis

Développer la bienveillance avec soi et la tolérance avec les autres

Réserves

Être ouvert et à l'aise avec des techniques plus impliquantes qui peuvent toucher à l'expression de soi, de ses ressentis et leur partage avec d'autres

Public cible

Dès 5 ans (pour certaines activités) jusqu'aux personnes âgées

Utilisation conseillée

- brise-glace dans une formation-animation, aide à « faire lien » et se mettre en condition
- utilisation « unique » pour créer un groupe mais aussi utilisation « régulière » dans un cercle de parole hebdomadaire, dans une classe par exemple
- activité de recentrage à tout moment de la journée

Points forts

Simplicité d'utilisation, activités courtes, adaptables dans de nombreux contextes

Points d'attention

Pouvoir accueillir sa propre vie émotionnelle et celle des autres ; pouvoir se positionner comme facilitateur.

Sujets abordés

Émotions, valeurs positives (optimisme, confiance, créativité, gentillesse...)

Où trouver l'outil ?

Chez l'éditeur : Scholavie, 48 rue Boileau, 75016 Paris, France+33 (0)6 78 64 20 84, contact@scholavie.fr, <http://www.scholavie.fr>

INITIATIVES

« Jusqu'à-là, les éducations à la santé ont laissé de côté la famille »

Propos recueillis par **Anne Le Penne**

Nouvelle venue dans le paysage éducatif en santé, l'éducation à la santé familiale (ESF) se propose de conférer aux familles les connaissances et les compétences élémentaires leur permettant de résoudre par elles-mêmes des problèmes de santé courants et de gérer des situations à domicile sans recourir au système de soin. Rémi Gagnayre dirige le Laboratoire Éducatif et Pratiques de Santé EA3412-Université Paris 13 où est né l'ESF sous l'impulsion de Jean-François d'Ivernois. Nous lui avons demandé de nous en présenter les fondements et les enjeux.

Éducation Santé : Votre laboratoire a inventé le concept d'éducation à la santé familiale. De quoi s'agit-il ?

Rémi Gagnayre : C'est une formation qui s'adresse aux familles volontaires et vise à leur redonner des compétences de gestion des problèmes de santé courants et des situations d'urgence familiale à domicile. Elle couvre à la fois le domaine de la prévention, celui des soins et celui du secourisme appliqués à l'espace familial et de voisinage. Elle a le souci de l'opérateur et s'attache à ce que chacun sache quoi faire, par exemple pour un proche âgé en cas de canicule ou vis-à-vis d'un enfant lors d'un baby-sitting. Surtout, la formation à l'ESF va au-devant des gens là où ils vivent dans le but de leur redonner confiance et d'augmenter leur sentiment de compétence tout en développant le lien social. Des expériences ont été menées dans les zones rurales et semi-rurales avec la Mutualité sociale Agricole (MSA) et l'Union Nationale des associations



Photo © Fotolia

familiales (UNAF). Comprenons-nous bien : l'éducation à la santé familiale ne déclare pas une nouvelle approche de développement des compétences psychosociales : elle comble des besoins non satisfaits dans l'accès et le recours aux soins.

ES : Pourquoi investir le terrain de la famille ?

RG : c'est la réponse logique à plusieurs observations. Premièrement, de nombreuses personnes, notamment des parents de jeunes enfants mais pas seulement, se trouvent démunies devant des situations de santé de la vie quotidienne comme de la fièvre, des douleurs, des éruptions de boutons, des cris qui durent, etc. Ils se tournent alors vers les soins de premiers



Photo © Fotolia

recours, ce qui a pour effet de surcharger les consultations pour des troubles mineurs et d'engorger les services d'urgence. Le fait est que dans la société moderne qui est la nôtre, la médecine devenue hyperspécialisée a confisqué des pratiques profanes courantes au profit de pratiques soignantes plus pointues. Ensuite, il se trouve que la famille au sens large, c'est-à-dire les proches et les voisins, a jusqu'à présent été très peu sollicitée en matière d'éducation à la santé. L'école, les environnements de travail ou de loisirs, oui, mais pas, ou peu, la maison, l'immeuble, le quartier qui pourtant peuvent eux aussi, bien évidemment, produire de la santé. Enfin, nous nous sommes dit qu'il manquait peut-être, dans le spectre des éducations à la santé, des apprentissages à visée de résolution de problèmes quotidiens, avec un caractère préventif positif. Auprès des adolescents par exemple, cette forme d'éducation consiste à les préparer à savoir quoi faire devant un « bad trip » d'un copain et de discuter la place de la drogue dans leur quotidien. Autrement dit, il s'agit d'une approche qui ne pose pas des interdictions mais fournit les compétences permettant d'agir devant telle ou telle situation courante. De toute évidence, il y a une place à côté d'une éducation pour la santé trop organisée en silos, qui se déploie sous la forme d'actions de prévention thématiques, ici sur l'alimentation, là sur le sommeil, et qui dit ce qu'il faut faire ou ne pas faire. L'ESF entend occuper cette place.

ES : Concrètement, comment se déroule un programme d'éducation à la santé familiale ? À qui s'adresse-t-il ? Qui sont les intervenants ?

RG : L'éducation à la santé familiale s'adresse à toutes les familles, notamment celles avec de jeunes enfants ou des personnes âgées. Elle privilégie toutefois certains publics en situation de précarité, éloignés de l'offre de soin. Elle fait appel aux professionnels qui travaillent auprès des familles et les accueillent, qui endossent le rôle d'éducateurs. Pour les parents de jeunes enfants, ce peut être un assistant maternel ou le personnel de crèche. Le programme tel que nous l'avons conçu dure entre 9 et 12 heures réparties sur 4 à 5 séances collectives à raison d'un tronc commun et d'un module spécifique au choix. Les interventions commencent systématiquement par une analyse des besoins du groupe, indispensable pour ajuster les modules à la réalité du terrain et aux besoins pratiques des participants. Le tronc commun aborde quatre grands thèmes : les petits maux fréquents et leur résolution, les traumatismes et agressions extérieures, les crises dans le milieu de vie et les situations d'exception (canicule, grands froids, épidémies...). Le module spécifique se concentre soit le nouveau-né et le jeune enfant, soit sur les personnes âgées, soit sur les solutions pour agir en tant que jeune. Ce dernier module est spécialement dédié aux adolescents pour leur permettre de se positionner en tant

qu'acteur de santé auprès de leur famille et de leurs amis. Les contenus ont été formalisés à partir de données épidémiologiques, d'avis d'experts, de deux enquêtes nationales et de deux focus groupes. La formation est dispensée par un binôme de professionnels de santé (médecin, infirmier, secouriste, puéricultrice), qui inclut toujours un soignant. C'est important pour, le cas échéant, pouvoir combler les attentes des participants en matière de références médicales. L'autre éducateur peut aussi être un pair de la population concernée. Les éducateurs sont eux-mêmes formés pendant trois jours auprès de l'IPCEM¹ à la pédagogie de l'éducation à la santé familiale, qui vise l'émancipation et s'appuie sur les savoirs et les expériences des familles.

ES : En quoi ces formations se distinguent-elles d'autres programmes d'éducation à la santé, par exemple ceux consistent à apprendre à porter secours ?

RG : D'abord, elles vont au-delà du secourisme. Ensuite, elles se déploient ailleurs que dans des espaces captifs comme l'école, les entreprises. L'ESF a été pensée pour l'itinérance, pour aller dans un village au pied de la montagne, dans une salle communale ou dans la grange du voisin, c'est-à-dire au cœur des bassins de vie. Cette dynamique communautaire peut produire des besoins sanitaires et sociaux, qui ne s'exprimeraient pas dans d'autres circonstances. Ces rencontres constituent l'une des rares occasions où les gens peuvent s'emparer des questions concernant le système de santé et son organisation, imaginer collectivement des solutions adaptées à leur réalité. Ce qui est singulier dans cette éducation, ce ne sont pas tant les contenus que la philosophie à travers la rencontre et ce qu'elle produit sur le plan de la santé globale. Du reste, les discussions ne se limitent pas aux techniques de soin et de prévention des risques mais permettent aussi d'aborder la santé sous l'angle de ses déterminants psychosociaux.

ES : Parlez-nous de l'expérience menée en Lorraine, qui a récemment

¹ Structure spécialisée de formation des soignants à l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques : www.ipcem.org

fait l'objet d'une évaluation.

Quels enseignements en tirez-vous ?

RG : Les premières expérimentations d'éducation à la santé familiale remontent aux années 2009 et 2010 et se sont déroulées dans le Jura, en Dordogne et en Picardie, en collaboration avec l'Union nationale des associations familiales (Unaf), la Mutualité sociale agricole (MSA) et le mouvement des maisons Familiales et Rurales (MFR). Cette étape a permis de vérifier qu'à l'issue de la formation, les familles et les adolescents formés se sentaient capables de s'occuper de la santé quotidienne de leurs proches et que le programme augmente bien leur sentiment de compétence vis-à-vis des situations d'urgence. À la suite de cela, l'Agence régionale de santé de Lorraine et la Mutualité sociale agricole ont souhaité déployer le programme sur leur territoire. À cet effet, 22 professionnels de santé et issus du secteur social ont été formés à Nancy en janvier 2015, puis ces derniers ont dispensé une trentaine de formations dans la région. Nous avons recueilli par questionnaires l'opinion et la perception des intervenants éducateurs d'une part, celles des participants

d'autre part. Les formateurs ont particulièrement apprécié l'interprofessionnalité. Ils souhaiteraient néanmoins plus de soutien, notamment sur la pédagogie et l'adaptation des contenus à la population. Quant aux participants, ils disent se sentir mieux armés pour faire face à des problèmes de santé quotidien, sur le moment mais aussi neuf mois après la formation. Reste qu'il est difficile de mesurer les changements qui s'opèrent dans les comportements. Pour cela, il faudrait mener des études longitudinales, qui exigent de gros moyens et n'ont pas encore été faites. Si les fondements de l'éducation à la santé familiale sont confortés, nous sommes conscients que certains éléments restent perfectibles. Cette évaluation nous aide à les identifier. Nous pourrions par exemple retravailler le module 1 « santé et famille au quotidien » pour mieux l'adapter au public adolescent.

ES : **Quelles sont les conditions nécessaires au déploiement de ces programmes ?**

RG : Il faut absolument un promoteur. Dans notre cas, ce fut la MSA qui a vu dans

l'éducation à la santé familiale le moyen d'aider ses adhérents souvent très éloignés géographiquement des lieux de soins. Des partenaires comme l'Unaf contribuent à faire connaître cette pratique éducative complémentaire de ce qui existe déjà. La condition numéro deux est de trouver sur le terrain la personne qui invite les familles, ce qui suppose une analyse sociologique fine des acteurs présents. En Lorraine, ce sont les conseillers en éducation sociale et familiale (CESF) qui, forts de leurs interventions au domicile des habitants, ont tenu ce rôle. Les crèches, qui voient passer des parents et du personnel, pourraient aussi être des endroits favorables pour inviter des participants. Sans ces éléments, pas de déploiement possible. Il nous faut maintenant réussir à attirer l'attention des partenaires comme les mutuelles et des acteurs locaux sur la complémentarité de ces programmes avec les actions classiques de prévention et d'éducation à la santé. Or beaucoup ne voient pas bien la différence avec ce qu'ils font déjà. À nous de faire un effort de marketing pour la leur montrer mieux.

RÉFLEXIONS

Trois journées à Toulouse pour nourrir l'action en vue de réduire les inégalités sociales de santé

Denis Mannaerts, Directeur de Cultures & Santé

Les 23, 24 et 25 mai derniers, un colloque organisé par l'IFERISS¹ en collaboration avec l'Association des épidémiologistes de langue française (Adelf), l'Association française de droit de la santé (AFDS) et la Société française de santé publique (SFSP) s'est tenu à Toulouse, sous l'intitulé *Santé : équité ou égalité ? Définir, mesurer, agir*. Cet article propose de revenir sur quelques thématiques fortes mises en exergue lors de ces trois journées², à travers le point de vue d'un acteur belge de promotion de la santé.

Quelque 120 participants, chercheurs mais aussi praticiens et professionnels de la santé publique, ont pris place dans les salles de l'Hôtel-Dieu Saint Jacques,

lieu chargé d'histoire qui se dresse sur la rive gauche de la Garonne. Le colloque avait pour but de faire le point sur les travaux et les perspectives de recherche

développés dans les pays francophones sur les questions d'inégalités sociales et territoriales de santé. Le comité organisateur avait pour ambition d'aller au-delà

1. Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société.

2. Vous pouvez retrouver les diaporamas des communications orales sur le site de l'événement : <http://www.iferiss.org/index.php/fr/colloques/communications-orales-colloque-2018#session4>.

des constats pour examiner les solutions possibles à différents niveaux. Organisés à travers une logique interdisciplinaire, ces trois jours ont surtout été intéressants par le récit d'expériences de terrain (recherches et interventions) et la mise en perspective d'enjeux sous-jacents à la question centrale.

Soins

Même si les inégalités sociales de santé se construisent essentiellement à partir de déterminants non médicaux, le soin aura eu la part belle lors de ces échanges toulousains. Nombreux orateurs ont mis en avant les inégalités présentes dans ce domaine qui, comme nous le rappelait Pierre Chauvin³ à travers l'exemple de la prise en charge du cancer, ne se résument pas à des disparités d'accès à l'offre curative. Elles s'inscrivent tout au long du parcours de soins et sont déterminées par de nombreux facteurs sociaux et culturels. Délai de diagnostic, dispositif d'annonce de la maladie, qualité de la relation thérapeutique, traitements proposés, accès à l'innovation médicale, proposition de soins de support... : les pratiques médicales se révèlent fortement inégalitaires et corrélées au milieu social du patient. **Pour réduire ces inégalités, l'universalisme proportionné est requis. Il ne s'agit pas de soigner tout le monde de la même manière mais d'adapter l'offre et les pratiques en fonction des réalités et besoins de chacun.** L'appel à des médiateurs pairs ou à des navigateurs de soins, la mise en réseau d'acteurs de champs ou de territoires différents auront été des pistes de solution évoquées lors des débats.

Intersectorialité

Une des conférences marquantes a été celle portant sur l'intersectorialité de Marina Honta⁴. La sociologue de l'action

publique a souligné d'emblée que l'organisation politique et les choix posés en France n'invitent guère à l'adoption d'une grammaire partenariale et horizontale indispensable pour réduire les inégalités sociales de santé. Il existe un véritable enjeu de diffusion des avancées scientifiques qui portent sur le décryptage de ces inégalités (leur caractère systémique et transversal, en l'occurrence). Cependant, le travail d'acculturation du politique dans ce domaine est particulièrement difficile. Les politiques s'engagent sur des voies qui se révèlent peu efficaces pour atteindre plus d'équité. Tout d'abord, il y a la prédominance des stratégies de moralisation des comportements ; avec de nombreux acteurs politiques qui ignorent les mécanismes sociaux à l'origine des usages différenciés du corps et de la prise en compte ou non des injonctions relatives à la santé. Du côté des financements, l'heure est à la mise en concurrence des acteurs (au moyen d'appels à projets) ainsi qu'à des budgets octroyés à court terme et peu stables. Enfin, le pouvoir politique et les administrations sont organisés pour défendre des intérêts sectoriels et se montrent très réticents à fonder leurs actions par peur de perdre de la visibilité. Il faudra sans doute encore du temps pour que les politiques sortent de leur pré carré et coordonnent leurs efforts. Pour les acteurs de promotion de la santé, il est plus que jamais utile d'endosser ce rôle d'entrepreneur de cause et de plaider un changement de vision. **Les projets d'évaluation d'impact en santé⁵ qui ont fait l'objet de communications lors de ce colloque pourraient constituer un levier pour fédérer autour d'objectifs de santé et d'équité une diversité d'intervenants politiques ou autres provenant de différents domaines et disciplines.**

Territoires

Les inégalités de santé se structurent sous le prisme du territoire, autre thème

largement discuté lors du colloque⁶. De nombreuses études géographiques ont montré les profondes disparités apparaissant sur le plan social et de la santé entre différentes zones territoriales. Une approche par territoire semble donc pertinente pour réduire les inégalités sociales de santé. Dans cette perspective, les cartes montrant les ségrégations sociospatiales se révèlent utiles pour établir les priorités et ébaucher des actions.

Cependant, deux éléments sont à prendre en compte quand ces supports sont utilisés. Premièrement le fait qu'on ne cerne pas à travers elles les microfractures qui existent au sein d'un même territoire (souvent fruit d'un découpage administratif) : il peut y avoir des mini-déserts médicaux dans des régions pourvues sur le plan de l'offre sociosanitaire ou des poches de pauvreté au sein de quartiers réputés favorisés économiquement. Deuxièmement, les cartes constituent généralement des référentiels domo-centrés c'est-à-dire qu'elles se focalisent sur la résidence et ne prennent pas en compte la mobilité quotidienne des personnes. En effet, une personne habitant dans un quartier peu doté en ressources sociomédicales pourrait fréquenter un quartier voisin bénéficiant d'offres multiples. Il est dès lors intéressant d'adopter une vision non statique des territoires. **S'interroger sur les représentations spatiales et la pratique des territoires des habitants permettra d'établir des diagnostics plus fins et d'agir de manière plus adaptée sur les déterminants de santé.**

Big data

L'organisateur a eu l'excellente idée de mettre les nouvelles technologies de l'information au menu du colloque. Mis en regard du thème de l'équité en santé, elles constituent un creuset de réflexions qu'il serait judicieux d'investir plus intensément en Belgique. Les données massives (*big data*)

³ Pierre Chauvin est directeur de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Pour en connaître plus sur le travail de recherche exposé, veuillez consulter le rapport de l'ARS Île-de-France *Les inégalités sociales en soins de cancérologie : comprendre pour adapter les pratiques* http://www.iplesp.upmc.fr/eres/files/Plaidoyer_ISS_cancer_ARS_vfinale.pdf

⁴ Professeure des universités au Centre Emile-Durkheim

⁵ Ensemble de procédures, méthodes et outils qui visent à évaluer les effets positifs et négatifs potentiels d'un projet, d'un programme ou d'une politique sur la santé, ainsi que la distribution de ces effets au sein de la population.

⁶ Notamment les interventions de Yan Kestens (Université de Montréal) et de Julie Vallée (CNRS).



Photo © Fotolia

résultent du potentiel technologique numérique actuel (calculateurs hyperpuissants et objets connectés) qui permet d'amonceler rapidement une grande quantité de données et de les traiter. Dans le champ de la santé publique, elles constituent une occasion favorable de mieux comprendre les comportements et les facteurs influençant l'état de santé et ouvrent, grâce à des algorithmes décisionnels et en s'appuyant sur une forme de solidarité numérique, des possibilités de prédiction et de gestion de la santé (*moyens d'anticiper la santé*). Mais, est-ce que ce développement technologique va contribuer à réduire les inégalités en matière de santé ? Paul-Loup Weil-Duluc⁷ est plutôt sceptique sur la question. Ces technologies permettraient, au mieux, de réparer quelques défauts de l'organisation sociale mais ne remettraient certainement pas en cause les injustices. Pire, l'e-santé rendrait les inégalités sociales acceptables dans le sens où elle aurait pour vocation de transférer la responsabilité de la santé du collectif vers l'individu⁸. Les applications d'autoquantification qui recueillent les données biologiques personnelles en vue de guider un comportement l'illustrent bien (exemple : pisteur d'activité physique, de sommeil, tensiomètre,

glucomètre...). **Avec l'hégémonie de ces outils, on peut certes s'attendre à une réduction de l'hétérogénéité des modes de vie mais ils ne vont pas à eux seuls accroître fondamentalement les capacités des personnes les plus fragiles à se conformer aux attitudes saines.**

Conclusion

Dans des sociétés prospères et bénéficiant de systèmes de santé hautement performants comme la France ou la Belgique, la lutte contre les inégalités sociales de santé devrait être placée au rang de priorité absolue. Traversant l'ensemble du corps social, elles interrogent notre responsabilité collective et notre capacité à agir sur des causes fondamentales qui dépassent largement l'univers du soin et de la prévention des maladies. **C'est donc à l'ensemble des politiques publiques de se penser comme acteur de santé et de justice sociale. Pour les praticiens de la promotion de la santé qui développent déjà des interventions complexes en vue de réduire ces inégalités, l'enjeu actuel est de contribuer à essaimer des données prometteuses ou probantes en mettant en avant la manière dont leurs propres**

pratiques fonctionnent et en décrivant le contexte spécifique dans lequel elles s'inscrivent. Présenté lors du colloque, l'ouvrage collectif édité aux Presses universitaires du Midi, *Réduire les inégalités sociales de santé : Une approche interdisciplinaire de l'évaluation*⁹ peut être déclencheur d'une réflexion sur l'évaluation et la transférabilité¹⁰ des interventions.

Ce colloque extrêmement dense a bien mis en évidence certains champs explorés actuellement par la recherche dans le domaine. Il ouvre la voie à de nouvelles actions à mener et encourage l'utilisation des connaissances issues de la recherche dans le travail quotidien des *opérateurs*. Néanmoins, on pourra regretter des communications trop centrées sur le soin, la faible représentation des acteurs de promotion de la santé au programme et dans les rangées des auditoires, ainsi que l'absence de véritable discussion sur l'intitulé de la rencontre. Une nouvelle édition s'impose donc pour creuser notamment le sujet du meilleur modèle stratégique à adopter pour réduire les inégalités sociales de santé : *équité* ou *égalité* ?

7. Chercheur en éthique auprès d'Espace éthique.

8. Sans parler (dans le pire des cas), de la question de l'utilisation de ces données par le pouvoir public ou des organismes assureurs pour faire le tri entre des personnes diagnostiquées à risque et coûtant cher à la société, et les autres.

9. Nadine Haschar-Noé et Thierry Lang (dir.), *Réduire les inégalités sociales de santé : Une approche interdisciplinaire de l'évaluation*, Toulouse, PUM, 2017, 522 p.

10. Reproduction non seulement de la mise en œuvre d'une intervention mais aussi de ses résultats dans un nouveau contexte.



ÉDUCATION SANTÉ

UN MENSUEL AU SERVICE
DES INTERVENANTS FRANCOPHONES
EN PROMOTION DE LA SANTÉ DEPUIS 1978

Sommaire

DONNÉES

- 2 Enquête sur l'activité physique et la sédentarité des jeunes du Hainaut par *A-M. Vansnick & D' C. Massot*

ACTEURS

- 4 La formation de relais communautaires comme outil d'empowerment - analyse d'un projet du GAMS Belgique par *Stéphanie Florquin*

OUTILS

- 8 Nouvel outil pédagogique de Cultures&Santé : *Il était une voix* par *Roxane Combelles*
- 10 Boîte à outils pour une éducation positive par *Outilthèque PIPSA*

INITIATIVES

- 11 Jusque-là, les éducations à la santé ont laissé de côté la famille, propos recueillis par *Anne Le Pennec*

RÉFLEXIONS

- 13 Trois journées à Toulouse pour nourrir l'action en vue de réduire les inégalités sociales de santé par *Denis Mannaerts*

Sur notre site www.educationsante.be

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

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

- « Pour oser leur parler du suicide... » Dossier de l'e-Journal PSE, par *Question Santé asbl* et l'ONE

Éducation Santé est aussi présente sur les réseaux sociaux. Vous pouvez y suivre toutes les actualités du secteur, que ce soit sur Facebook ou sur Twitter : www.facebook.com/revueeducationsante ou www.twitter.com/EducationSante

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 : R. Combelles, S. Florquin, A. Le Pennec, D. Mannaerts, D' C. Massot, PiPSA, A-M Vansnick.

Rédactrice en chef : France Gerard (education.sante@mc.be).

Secrétariat de rédaction : Manon Gobeaux.

Journalistes : Manon Gobeaux, Juliette Vanderveken.

Contact abonnés : education.sante@mc.be.

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Hervé Avalosse, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Alain Deccache, Émilie Delferrière, Martin de Duve, Damien Favresse, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Denis Mannaerts, Vladimir Martens, Marie-Noëlle Paris, Marianne Prévost, Karin Rondia, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Comité opérationnel : Pierre Baldewyns, Manon Gobeaux, Anne-Sophie Poncelet, Caroline Saal, Marinn Trefois, Juliette Vanderveken.

Éditeur responsable : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Mise au net : Muriel Logist.

Impression : Hayez.

Routage : JMS Mail +.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par *Éducation Santé* n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction.

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 ou Éducation Santé.

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.



Avec le soutien financier de la Wallonie



Imprimé sur papier blanchi sans chlore
Emballage recyclable.