

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé - www.educationsante.be
N° 354 / AVRIL 2019



**Le tabagisme
chez nos
adolescents
namurois,
présentation des résultats
du projet SILNE**

Sommaire



3

DONNÉES

Le tabagisme chez nos adolescents namurois, présentation des résultats du projet SILNE



14

INITIATIVES

D'une mindmap papier à une mindmap digitale: un outil de diffusion pour des connaissances partagées



7

INITIATIVES

Des mères au bout du rouleau



10

OUTILS

Respecto Differencia



12

INITIATIVES

Pour mieux comprendre les raisons d'être des Rencontres **« Ensemble pour la santé – Samen voor gezondheid »**



Sur notre site
www.educationsante.be

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

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

› Le temps de sommeil, la dette de sommeil, la restriction de sommeil et l'insomnie chronique des 18-75 ans : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017

› Enéo Focus : résister aujourd'hui

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** : Institut de Recherche Santé et Société, Université catholique de Louvain, Rajae Serrokh, Outilthèque PIPSa, Ségolène Malangreaux et Mathilde Peeters. **RÉDACTRICE EN CHEF** : France Gerard (education.sante@mc.be). **SECRETARIAT DE RÉDACTION** : Manon Gobeaux. **JOURNALISTES** : Manon Gobeaux, Juliette Vanderveken. **CONTACT ABONNÉS** : education.sante@mc.be. **COMITÉ STRATÉGIQUE** : Martine Bantuelle, Anouck Billiet, Raffaele Bracci, Émilie Detaille, Martin de Duve, Damien Favresse, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Denis Mannaerts, Vladimir Martens, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans. **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 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 photo couverture : AdobeStock.



DONNÉES

Le tabagisme chez nos adolescents namurois, présentation des résultats du projet SILNE

Fatal pour un consommateur sur deux, le tabac est la première cause de mortalité évitable en Belgique. Néanmoins, il continue de compter chaque jour de nouveaux adeptes parmi les adolescents. Ces derniers tendent à multiplier l'expérimentation de comportements à risque pour la santé, et finissent trop souvent par s'y installer durablement¹. De nombreux instruments réglementaires ont donc été mis en place au cours des dernières décennies pour prévenir le tabagisme chez les adolescents. Véritables outils de protection et de promotion de la santé, ces réglementations sont pourtant encore perçues comme des modes de répression et peinent à être implémentées efficacement. Jamais évaluée, la mise en œuvre de ces interdictions mérite cependant toute l'attention des autorités publiques. Une conviction qui est au cœur du projet de recherche européen SILNE.

► MARGAUX LADRIÈRE, FRANÇOIS DESSEILLE, ADELIN GRARD, NORA MÉLARD, PIERRE-OLIVIER ROBERT
et VINCENT LORANT - Institut de Recherche Santé et Société, Université catholique de Louvain

SILNE a pour objectif principal d'améliorer l'implémentation des politiques de contrôle du tabac chez les adolescents, tout en visant à réduire les inégalités de tabagisme. Financé par le programme de recherche et d'innovation Horizon 2020 de l'Union Européenne, ce projet cherche à identifier les barrières, opportunités et ressources nécessaires à la mise en œuvre de ces politiques aux niveaux régional, local et scolaire dans 7 villes européennes (Tampere-Finlande, Dublin-Irlande, Namur-Belgique, Coimbra-Portugal, Amersfoort-Pays-Bas, Latina-Italie et Hanovre-Allemagne). Cette étude comparative et longitudinale, organisée en deux vagues successives (2013-2016), a pour objectif de développer des recommandations utiles aux décideurs publics, afin de prévenir le tabagisme chez les adolescents de manière efficace.

Namur, ville témoin pour la Belgique

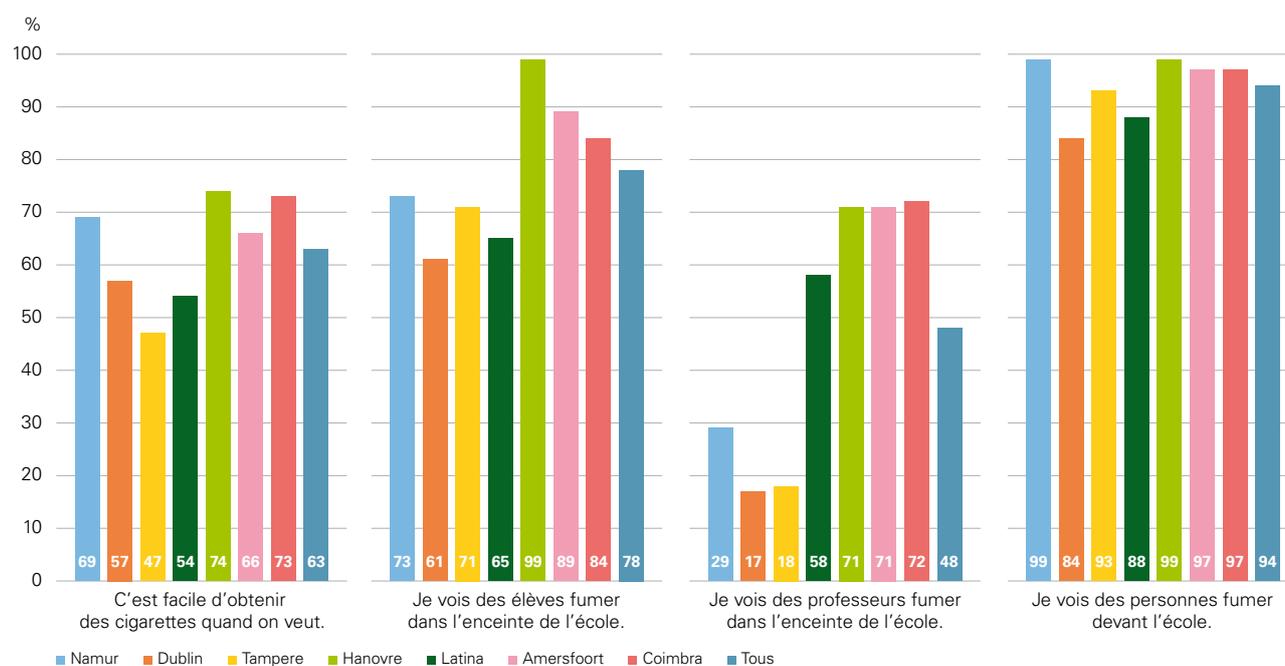
En Belgique, ce sont les chercheurs de l'Institut de Recherche en Santé et Société (IRSS), de l'Université catholique de Louvain qui se sont chargés de mener les deux vagues de l'enquête SILNE. Au total, plus de 22 000 adolescents européens ont participé à cette enquête. À Namur, ville belge où l'enquête a eu lieu, ils étaient près de 4000 élèves de 3^e et 4^e secondaires, venant de 7 écoles de statuts socio-économiques (SES) différents².

Entre 2013 et 2016, une diminution générale du tabagisme chez les adolescents – d'en moyenne 15 ans – s'observe dans les 7 villes européennes. En trois ans, Namur est

passée de 23% à 18% de fumeurs hebdomadaires. Ces résultats encourageants restent néanmoins au-dessus de la moyenne européenne. En 2016, 14% des adolescents européens déclaraient fumer au moins une fois par semaine. Chez nos voisins irlandais, ce pourcentage ne dépasse pas les 5% ! Mauvais élèves en matière de comportements de santé, les jeunes namurois sont près de 50% à avoir déjà expérimenté la cigarette électronique, alors qu'ils ne sont qu'un tiers en Europe. Une nouvelle tendance à surveiller de près d'autant plus que cet ersatz de cigarette, bien qu'il constitue une aide au sevrage, est également un point d'entrée vers le tabagisme³: 40% des utilisateurs d'e-cigarette n'avaient jamais fumé de tabac auparavant. En matière d'expérimentation du cannabis, Namur affiche également une diminution de 5% entre 2013 et 2016, mais elle obtient cette fois la dernière place du classement: alors qu'un adolescent sur 10 a déjà essayé le cannabis en Europe, ils sont presque le double à Namur (18%).

Bien qu'une interdiction absolue de fumer à l'école soit d'application depuis 2006 en Fédération Wallonie-Bruxelles, 73% des jeunes namurois voient des élèves fumer dans leur école, et 29% observent ce même comportement chez leurs professeurs ou éducateurs (voir graphique). Ces pourcentages grimpent en flèche lorsqu'on élargit la perspective: 99% des adolescents voient des personnes fumer juste devant leur école. Ces constats sont alarmants, car l'école est un lieu de socialisation dans lequel les jeunes observent, intègrent et acquièrent tous types de comportements. En observant des fumeurs, les adolescents

Perception des règles et de leur respect



1 Guignard, R., & Beck, F. (2013). Évolution du tabagisme chez les jeunes et politiques de lutte antitabac. *Agora débats/jeunesses* (1), p. 62.

2 Classement établi par le Gouvernement de la Communauté française de Belgique: 24 mars 2011.

3 Pearson, J. L., Richardson, A., Niaura, R. S., Vallone, D. M., & Abrams, D. B. (2012). e-Cigarette awareness, use, and harm perceptions in US adults. *American journal of public health, 102*(9), 1758-1766.

en viennent à considérer ce comportement comme normal, et tendent à l'adopter à leur tour.

On constate cependant de grandes disparités entre les écoles namuroises selon leur niveau socioéconomique (SES). La proportion d'élèves qui trouvent que l'interdiction de fumer est respectée dans leur école varie entre 17% et 83% selon les établissements scolaires. Globalement, plus le SES d'une école est élevé, plus les élèves ont tendance à respecter la règle, et inversement. Concernant le pourcentage de fumeurs hebdomadaires, on observe un écart de 20% entre l'école dont le SES est le plus faible (26%) et celle dont le SES est le plus élevé (6%). Des statistiques qui nous prouvent que les inégalités sociales de santé persistent: selon l'école que fréquente un adolescent namurois, celui-ci aura 3 fois plus de chances de devenir fumeur...

La force de l'exemple

Pour mieux comprendre le phénomène, notre équipe a réalisé 56 *focus groups* auprès de 319 jeunes, dont 8 *focus groups* à Namur avec 60 participants dans 2 écoles, une de SES faible et une de SES élevé. Dans l'établissement scolaire plus défavorisé, les élèves expliquent que les règles ne sont pas respectées. Les adolescents soulignent l'injustice des mesures: pourquoi devraient-ils respecter une règle que le personnel scolaire contourne? Comment accepter les sanctions d'un personnel fumeur ouvertement devant eux? Si les membres du personnel ne montrent pas l'exemple, comment eux pourraient-ils le suivre? Chez les adolescents, la notion de justice et d'exemplarité compte beaucoup. En fumant devant les élèves, les adultes entretiennent le sentiment de normalité du tabagisme, et augmentent les risques d'initiation à la cigarette. Au-delà des normes véhiculées par le personnel scolaire, les jeunes se réfèrent aux comportements de leurs pairs, et définissent leurs propres normes au sein de leur groupe d'amis. Certains élèves expliquent qu'ils ont déjà essayé d'arrêter de fumer, mais que dans leur groupe « *ce n'est pas possible* », car tout le monde fume autour d'eux. Cependant, parmi les élèves fumeurs, nombreux sont ceux qui partagent leurs regrets d'avoir commencé à fumer.

Toutefois, si tant de jeunes se retrouvent dépendants du tabac dès l'adolescence, c'est en partie à cause de la facilité d'accès à celui-ci. C'est à Namur que l'on enregistre le plus grand nombre d'achats de cigarettes en commerce chez les adolescents. Un constat certainement lié à la législation belge autorisant les jeunes à acheter du tabac, non à partir de 18 ans comme dans les autres pays européens, mais dès l'âge de 16 ans.

Des recommandations pour aller plus loin

Les résultats de l'étude SILNE montrent donc que la Belgique, et plus particulièrement Namur, se situe dans le ventre mou du peloton européen quant à l'efficacité de l'implémentation des politiques de contrôle du tabac. Cela s'explique probablement par une certaine forme de désinvestissement dans ce domaine au profit d'autres thématiques de santé publique telles que la consommation d'alcool, de drogues ou encore la promotion d'une alimentation saine. Cependant, notre étude montre que la prévalence du tabagisme reste préoccupante. Pour dépasser ce constat, l'étude SILNE a permis d'émettre des recommandations en matière de prévention du tabac en milieu scolaire.

► **Recommandation 1:** Mettre en œuvre des politiques d'interdiction du tabac inclusives, en tous lieux et pour tous. En effet, restreindre l'interdiction du tabagisme à l'enceinte de l'école provoque un déplacement des fumeurs à l'entrée de celle-ci, ce qui, paradoxalement, augmente la visibilité du tabagisme, et donc, son potentiel de propagation chez les adolescents. Notre équipe plaide pour une extension de l'interdiction aux abords de l'école, ou pour une interdiction temporelle, qui consacrerait l'interdiction de fumer pendant l'entièreté du temps scolaire, indépendamment du lieu⁴. En outre, il importe que l'ensemble de la communauté éducative soit concernée par cette interdiction afin de lui conférer une légitimité maximale et d'éviter d'éventuelles contradictions entre le message véhiculé par l'école et les comportements observés par les élèves⁵.

► **Recommandation 2:** Il importe également que l'implémentation de ces mesures soit managée et communiquée efficacement par les directions des écoles pour susciter l'engagement de chacun. Les professeurs se doivent d'être partie intégrante de ce projet dans la mesure où les élèves eux-mêmes soulignent l'exemplarité dont ils doivent faire preuve. Certains élèves ont même fait allusion, lors des *focus groups*, à l'aspect incitatif que pouvait présenter le tabagisme de leurs professeurs et éducateurs. Les notions d'exemplarité et de justice de la règle sont en effet cruciales chez les adolescents. In fine, l'ensemble du personnel scolaire se doit d'être un acteur de santé scolaire, et montrer l'exemple aux jeunes qu'il encadre.

► **Recommandation 3:** Le tabac est addictif, et bon nombre de membres du personnel et d'élèves y sont dépendants. Pour ceux-ci, il convient de proposer des alternatives d'aide à l'arrêt.

4 Alesci, N. L., Forster, J. L., & Blaine, T. (2003). Smoking visibility, perceived acceptability, and frequency in various locations among youth and adults. *Preventive medicine*, 36(3), 272-281.

5 Schreuders, M., Nuyts, P. A., van den Putte, B., & Kunst, A. E. (2017). Understanding the impact of school tobacco policies on adolescent smoking behaviour: A realist review. *Social Science & Medicine*, (183), 19-27.



Pour en savoir plus...

Le site de SILNE-R: <http://silne-r.ensp.org>

Contact:

Vincent Lorant – vincent.lorant@uclouvain.be

Adeline Grard – adeline.grard@uclouvain.be

et Nora Melard – nora.melard@uclouvain.be

► **Recommandation 4:** Au niveau des politiques publiques, des efforts en matière de prévention du tabagisme devraient également être consentis. Pour commencer, il est primordial d'étendre l'interdiction d'achat de tabac à l'ensemble des mineurs d'âge. C'est d'ailleurs le cas dans tous les autres pays étudiés. Il est, actuellement, trop aisé pour les jeunes en dessous de l'âge légal de se procurer des cigarettes dans les commerces. La complaisance des vendeurs, ou l'existence de distributeurs, sont pointés du doigt. Le discours d'une jeune fille de 4^e humanité est des plus éloquentes lorsqu'elle parle des marchands de tabac. « À 12 ans si tu lui demandes un paquet de cigarette, il va te le donner sans problème. [...] Même pour l'alcool fort. Ils demandent juste "quand tu sors, mets-le dans ton sac" ». Or, l'accessibilité perçue du tabac est significativement corrélée avec l'initiation tabagique et la consommation de cigarettes des adolescents⁶. Pour ces raisons, il est également primordial de limiter les points de vente aux alentours des écoles et surtout, de se doter de moyens de contrôler les ventes de tabac en magasin et via les distributeurs automatiques.

► **Recommandation 5:** Toujours au niveau politique, nous pourrions nous inspirer de certaines initiatives couronnées de succès outre-Atlantique et même, plus près de chez nous, comme à Tampere (Finlande) et faire le pari de villes sans tabac. Il appartient aux décideurs d'étendre l'inter-

diction de fumer dans l'ensemble des lieux publics, qu'ils soient confinés ou en plein air. Certaines municipalités se sont effectivement dotées d'un arsenal législatif interdisant de fumer sur l'ensemble de leur territoire, en ce compris, les rues, parcs, plages et autres lieux publics. Une telle mesure contribuerait à réduire la prévalence du tabagisme ainsi qu'à dénormaliser ce phénomène⁷.

Pour conclure, nous souhaitons attirer l'attention sur l'importance d'évaluer les politiques en vigueur. En effet, la mise en œuvre de toute politique publique devrait justifier l'emploi de moyens appropriés afin de monitorer ses effets. On peut d'ailleurs penser que l'origine de la faible performance observée en Belgique en matière de politiques de contrôle du tabac soit, en partie, due à un suivi trop peu rigoureux des mesures implémentées.



© AdobeStock

6 Douden, C. A., Li, W., Fouayzi, H., & DiFranza, J. R. (2008). Perceived accessibility as a predictor of youth smoking. *The Annals of Family Medicine*, 6(4), 323-330.

7 U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults – A Report of the Surgeon General, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health, 2012, 1395 pages.

Des mères au bout du rouleau¹

Le burn-out maternel peut toucher toutes les classes sociales. Mais qu'en est-il pour ces mères qui cumulent les difficultés, qui vivent dans des situations précaires, les mères seules, sans papier, réfugiées, primo-arrivantes? Dans le quartier Helmet, à Schaerbeek, un projet de prévention fait ses preuves depuis deux ans.

► **RAJAE SERROKH**, chargée de projet en santé communautaire à la Maison médicale Santé Bien-être.



INITIATIVES

Le burn-out maternel renvoie à ces mamans épuisées moralement et physiquement, un épuisement qui les fait sombrer dans un état dépressif pouvant avoir des conséquences graves sur elles-mêmes ou sur leurs enfants. La complexité des situations qu'elles vivent, liées, entre autres, à leur situation financière, administrative et sociale, rendent la problématique encore plus dangereuse. Certaines n'ont pas toujours accès à un suivi et ont même du mal à en parler à leurs proches ou à leur médecin. D'autres sont fort isolées, ont souvent laissé leur réseau de soutien social au pays, rencontrent des barrières linguistiques et sont en perte de repères. Face à un discours parfois jugeant de la part de l'école, d'autres intervenants ou de la société en général, l'image qu'elles se font de leur rôle maternel est entachée.

Notre équipe est pluridisciplinaire: médecins, accueillantes, infirmier, assistante sociale, chargée de projet en promotion de la santé, coordinatrice... Nous collaborons étroitement avec des psychologues, diététicienne et logopède. Nous avons fait le constat ces dernières années de ce « mal » récurrent auprès de notre patientèle féminine. Ces femmes sont en proie à des inégalités sociales de santé accentuées par leur genre. Dépassées par leur situation de vie, elles ont du mal à faire appel à leurs ressources personnelles mais aussi à celles de leur environnement. Elles ont souvent perdu confiance en elles et en leur capacité à dépasser les événements du quotidien.

En 2015, nous avons lancé un projet de prévention du burn-out maternel, soutenu par Céline Frémault, ministre bruxelloise de l'Aide aux personnes, dans le cadre d'un appel à projet pour le soutien à la parentalité, et par la commune pour la mise à disposition de salle ainsi que du subside « Sport au féminin » (Cocof) pour les cours de Yoga.

Inégalités sociales de santé, genre et parentalité

Notre maison médicale est située dans le quartier Helmet, densément peuplé. Elle accueille aussi des patients du bas de Schaerbeek (une zone faisant partie du croissant pauvre de Bruxelles) ainsi que des habitants d'Évere et de Saint-Josse. Schaerbeek est l'une des trois communes bruxelloises qui comptent plus de 100 000 habitants. La proportion de jeunes de moins de dix-huit ans y est importante (un peu plus d'un habitant sur quatre). L'âge moyen, en 2015, était de 34,5 ans.

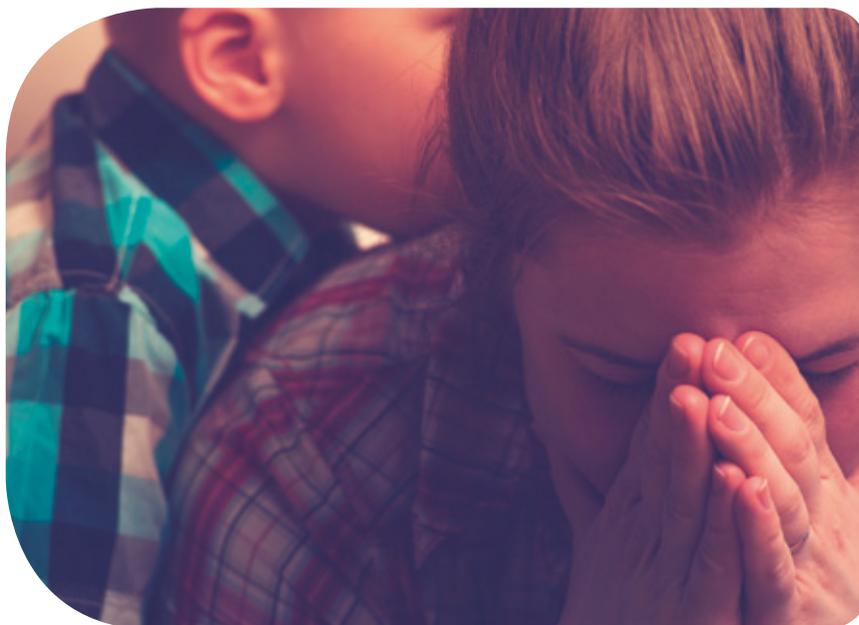
Selon l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, « la part des familles avec enfants, parmi lesquelles on retrouve une proportion importante de ménages de grande taille, est supérieure à la moyenne régionale. Ces ménages sont plus présents dans les quartiers situés à l'ouest et au nord de la commune. Les personnes de nationalité étrangère représentent 35% de la population. Plus d'un quart des enfants naissent dans des ménages sans revenu du travail. Malgré une certaine augmentation sur les dix dernières années, le taux de couverture en milieux d'accueil de la petite enfance reste bas, avec à peine une place pour quatre enfants (de moins de trois ans) »².

Les inégalités sociales de santé touchent principalement les femmes, surexposées aux risques de précarité et aux autres mécanismes producteurs d'inégalités. Un autre rapport de l'Observatoire de la santé et du social confirme nos constats: « les parcours de vie avec épisode migratoire sont souvent très complexes, marqués de ruptures, de bouleversements familiaux, culturels et socioéconomiques, de complexités administratives, d'accès aux droits, etc. Ces

¹ Article paru dans Santé conjugulée n° 82 p. 11 de mars 2018.

² Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, *Zoom sur les communes 2016*, www.observatbru.be.

parcours mènent parfois à une précarisation. Ils sont, en outre, souvent invisibles: pas de données chiffrées et non accès aux structures classiques de l'aide formelle. Tous ces éléments peuvent potentiellement jouer un rôle fragilisant ou aggravant la situation précaire »³. 33% des femmes inscrites dans notre maison médicale sont âgées de plus de dix-huit ans. 55% de celles-ci bénéficient de l'intervention majorée de la mutuelle et 3% bénéficient de l'aide médicale urgente. Les enfants constituent 42% de notre patientèle générale.



© Fotolia

Les femmes se retrouvent sur divers fronts: la gestion du quotidien, l'éducation des enfants... Parfois le care (prendre soin) dépasse le cadre des enfants et de l'époux et s'élargit aux parents et aux beaux-parents. Elles sont souvent seules à tout porter et n'ont pas toujours la possibilité ou le courage de confier leurs jeunes enfants à un milieu de garde. Elles expriment leur mal-être en consultation et souvent aussi leur besoin d'être soutenues. La barrière de la langue, l'immigration et parfois la double immigration (Maroc-Espagne/Espagne-Belgique, par exemple) amène son lot de difficultés supplémentaires qui touchent, entre autres, au sentiment de compétence parentale, à la confiance en soi. Plusieurs femmes nous font part d'un sentiment d'épuisement, de culpabilité, de dévalorisation: certaines d'entre elles sont universitaires dans leur pays d'origine et « descendent dans l'échelle sociale » suite à leur migration. D'autres ont vécu l'exil suite à des situations de guerre.

Les enfants avant tout

Les enfants sont souvent la préoccupation principale des femmes. Chez eux, nos professionnels observent des troubles du comportement à l'école, des troubles de l'alimentation, des difficultés scolaires, des difficultés de sommeil et de la somnolence en classe, un non suivi médical de la part des parents, une addiction aux jeux vidéo et aux écrans de télévision, seules occupations possibles dans le foyer... Certains cas sont inquiétants: nous avons constaté des situations de négligence.

Chez les mamans, nos professionnels observent un épuisement généralisé, un surmenage, un malaise psychologique et somatique avec, entre autres, des conséquences sur l'exercice de leur fonction parentale. Ce mal-être et cet épuisement sont des déterminants communs à toutes nos participantes. Pour l'Observatoire de la santé et du social,

« les femmes en situation de précarité sont plus souvent en mauvaise santé que les femmes plus aisées. (...) Moins les revenus sont élevés, plus la probabilité de se sentir en mauvaise santé augmente. (...) Si la santé est un problème pour bon nombre de femmes en situations de précarité, elle ne représente cependant pas leur première préoccupation. La santé passe souvent après d'autres besoins comme le logement, l'alimentation, les soins aux enfants, etc. (...) 28% des femmes bruxelloises aux revenus les plus bas présentent des troubles dépressifs, soit trois fois plus que les femmes avec les revenus les plus élevés. Plusieurs femmes rapportent à quel point leur situation sociale influence leur santé mentale. Elles ont des soucis, des pensées incessantes, des maux de têtes, des troubles du sommeil. À un certain niveau, les problèmes de santé mentale deviennent un frein pour reprendre pied. La précarité et la (mauvaise) santé s'entremêlent. »⁴

Notre analyse de la demande des femmes inscrites à la maison médicale a mis en évidence plusieurs besoins: sortir de l'isolement, prendre soin de soi, prendre du recul. Un désir également d'autonomie et d'indépendance. Elles demandent un espace où être soutenues tout en pouvant échanger avec d'autres afin d'améliorer leur vie, leur santé, leur gestion du quotidien et la prise en charge de leurs enfants. Un espace où elles peuvent échanger en groupe avec des personnes ressources. La gestion du stress revient souvent ainsi que les difficultés familiales (couple, répartition des tâches, logement, difficultés à trouver un emploi...).

Une approche globale

Le projet vise à renforcer la capacité d'agir des femmes. Toute l'équipe y est sensibilisée et intervient d'une ma-

³ Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, *Femmes, précarités et pauvreté en Région bruxelloise, Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2014*, Commission communautaire commune, 2015.

⁴ Op cit.

nière ou d'une autre : lors des consultations, les médecins détectent les personnes à risque puis les orientent vers notre psychologue et vers les activités proposées ; les accueillantes ont souvent des discussions privilégiées avec des patientes ; d'autres membres de l'équipe participent aux activités.

Nous aimerions amener nos patientes à devenir actrices de leur santé (globale). Mais pour cela, un travail en amont est nécessaire : conscientisation, mise en réflexion et sensibilisation. Il s'agit aussi de leur donner une place active. Nous sommes convaincus que notre public possède des ressources, notre travail consiste à l'aider à les mobiliser et à les enrichir au quotidien. Nous leur proposons différentes activités.

► **Réunions mensuelles «Pause Mamans».** Sortir de leur quotidien, rencontrer d'autres personnes, découvrir d'autres manières de penser et de faire (notamment en termes de fonction parentale), s'octroyer un moment à soi... permet aux mères de prendre du recul face à leur situation. Une attention particulière est octroyée à la valorisation personnelle. Elles peuvent acquérir une meilleure confiance en leurs compétences, en leurs ressources personnelles et autres (le groupe, le réseau extérieur, les acteurs associatifs, etc.). Deux membres de l'équipe encadrent et animent le groupe. Ils sont garants du cadre : confidentialité, respect mutuel, distribution du temps de parole, et n'hésitent pas à recourir à la traduction par les pairs si nécessaire. Les professionnels n'occupent pas une position de « détenteur de savoir » mais plutôt de personne ressource, ils ne déposent pas des savoirs ou informations mais suscitent la réflexion et le partage en assurant un cadre sécurisant.

► **Sophrologie.** L'objectif est de permettre aux patientes de bénéficier d'un moment pour mieux gérer leur stress et leur mal-être. Au début, ces ateliers étaient mensuels. Vu la demande, ils sont aujourd'hui hebdomadaires.

► **Yoga.** Cette activité physique douce aide également à gérer le stress et à libérer l'esprit. Les participantes expriment un « avant » et un « après ». Certaines, qui avaient réellement du mal à confier leur enfant en bas âge, ont trouvé des solutions pour pouvoir y participer sereinement.

► **Activités parents-enfants.** Nous accompagnons les mamans et leurs enfants dans des activités communes visant à renforcer les liens : jeux, sorties récréatives, yoga des enfants, massages,

etc. Ces activités sont en cours de réalisation, en collaboration avec des partenaires locaux comme le REZO santé 1030 pour l'**Espace jeux** parents-enfants.

► **Permanence sociale.** Notre assistante sociale, présente aux activités, informe, oriente et accompagne si nécessaire nos patientes vers les ressources extérieures (haltes accueil, etc.).

Un processus dans le temps

Un tel projet n'est pas sans rencontrer des difficultés. La mise en route a nécessité du temps pour recruter les mamans, pour établir un lien de confiance. Mais peu à peu, un noyau s'est constitué. L'une des participantes a réussi à convaincre son époux de garder leur fils durant les activités ; aujourd'hui, il la soutient et se rend compte que cela fait du bien à son épouse. Les femmes se livrent de plus en plus et confient leurs difficultés : sentiment d'isolement (manque d'entourage familial dans des moments importants comme l'accouchement), manque de confiance et d'estime de soi, perte de contrôle pouvant conduire à de la violence envers les enfants... autant de sujets lourds qu'elles parviennent à déposer dans un cadre sécurisant. Cependant, l'une des grandes difficultés rencontrées dans ce projet est la régularité. Notre public montre son intérêt et l'exprime, mais les contextes de vie font que participer aux activités ne constitue pas toujours une priorité. La garde des enfants est un frein non négligeable. Les haltes accueil sont peu nombreuses et saturées. Les crèches ne sont pas accessibles à ces mamans qui ne travaillent pas. Nous avons fait le choix d'accepter qu'elles viennent avec leur enfant tout en les accompagnant pour trouver des solutions. Ce n'est confortable pour personne mais cela les motive à trouver une alternative.

Aussi, les personnes les plus touchées par leur mal-être ne participent pas à nos activités...

Notre projet n'a pas l'ambition d'agir sur le burn-out maternel mais de le prévenir, d'informer, d'orienter les mamans et de leur permettre de mobiliser leurs ressources pour être capables de rebondir dans ces situations de mal-être. Elles ont souvent du mal à demander de l'aide et à faire appel à des personnes spécialisées. La maison médicale est une structure de première ligne qui peut identifier et orienter les personnes à risque.



Respecto Differancia

OUTILS

► OUTILTHÈQUE PIPSc

DESCRIPTION SELON L'ÉDITEUR

Matériel

- Une grande boîte de jeu, contenant :
- 4 boîtes (une par Maison) comprenant chacune 6 fioles et 24 ingrédients
 - Un Choissac (petit sac en tissu)
 - 24 jetons (6 par Maison)
 - Un livret de conseils
 - 5 pages d'étiquettes

Concept

« Bienvenue à Grivaillon, la seule et unique école de sorcellerie en Belgique ! Découvrez notre célèbre cours de potion et apprenez à maîtriser la potion Respecto Differancia ».

Un jeu créé dans un univers fantastique, de sorcellerie, pour parler du vivre ensemble avec des enfants de 8 à 12 ans.

Les enfants, divisés en équipes, devront composer une potion qui aura pour effet de rendre tout le monde tolérant, respectueux et honnête avec les autres. Ensuite à l'inverse, ils composeront une potion de magie noire. Troisième étape : faire comprendre aux enfants qu'ils ont le pouvoir de faire de leur groupe une vie commune positive ou un enfer pour tous.

Les thèmes abordés : le vivre ensemble, l'acceptation de l'autre dans sa différence, porter de l'intérêt à l'autre, être bienveillant à l'égard de l'autre, les émotions. Il est également possible de développer les thèmes suivants : l'égalité des genres, les discriminations sociales, présenter et accepter des excuses, reconnaître ses erreurs.



Objectifs

- Responsabiliser et impliquer les enfants dans la qualité de vie en groupe.
- Aborder avec les enfants différents points essentiels du vivre ensemble au travers d'une approche ludique.
- Identifier quels comportements auront les meilleurs effets sur l'ambiance du groupe (les ingrédients choisis).

Conseils d'utilisation

L'approche choisie permet d'élargir le débat de la vie en groupe au-delà du simple respect de quelques règles élémentaires. Chaque ingrédient peut être source d'échanges autour de ce qui unit ou désunit un groupe d'enfants.

Durée de l'animation : 90-120 minutes.

Bon à savoir

Cet outil a été conçu et produit par le CPF des FPS du Centre, Charleroi et Soignies, centre de planning familial agréé et subventionné par la Région wallonne, avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles, dans le cadre de l'appel à projets « EVRAS en jeunesse 2018 ».

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

Appréciation globale

Voilà un outil qui emprunte à l'univers magique de Harry Potter tous les ingrédients nécessaires pour créer le vivre ensemble dans les groupes en vue de créer une charte de vie commune. Annoncé comme outil EVRAS, celui-ci n'aborde pas les contenus liés à la VAS mais aux valeurs qui la déterminent.

Le processus d'animation, très simple d'appropriation, stimule le positionnement des enfants en petits groupes et puis en grand groupe autour de concepts humanistes de bon sens (solidarité, respect, tolérance...). Sans balises théoriques sur les valeurs défendues par l'outil, l'animateur devra les clarifier et les concrétiser pour les enfants.

L'absence de travail individuel dans la méthodologie exige une attention particulière aux enfants plus réservés ou moins à l'aise avec la parole ainsi qu'aux dynamiques de groupe (phénomènes de leader par ex). L'utilisateur doit être outillé pour animer des débats lors de la mise en commun.

Certains des ingrédients utilisés pour faire les potions demandent à être clarifiés/concrétisés pour les enfants, surtout les plus jeunes. Le lien avec le quotidien serait un plus, surtout au moment du débat.

Cette animation « one shot » peut être valorisée tout au long de l'année, pour évaluer le vivre ensemble ou pour aider à la résolution des conflits ; pour autant que l'utilisateur ait développé son intelligence émotionnelle et soit capable de regarder les conflits sans prendre parti.

Le très beau matériel, facile d'utilisation, peut être réutilisé plus largement qu'à l'école (ATL, mouvements de jeunesse, etc.), voire pour un public de jeunes adolescents (pour autant qu'ils soient ouverts à l'imaginaire) et d'année en année (autonomie pour l'impression du matériel).

**Où trouver l'outil ?**

► Chez l'éditeur :

Centre de planning familial des FPS

– Siège de Soignies

Rempart du Vieux Cimetière, 15

7060 Soignies

Tél. : 067/220.335

Mail : david.plisnier@solidaris.be

Site : <http://www.planningsfps.be>

Il est également disponible dans tous les CLPS.

Objectifs

- Prendre conscience des comportements favorables et défavorables au vivre ensemble.
- Prendre part à l'élaboration d'une charte du vivre ensemble pour un mieux-être en classe.
- Se positionner et argumenter son choix.

Réserves

- Vérifier que chaque enfant a l'occasion de s'exprimer.
- Risque de stigmatisation d'un enfant si son comportement/attitude se retrouve dans la potion « Vitae Horribilis ».

Public cible

8-14 ans (si encore réceptifs à la magie).

Utilisation conseillée

- Réfléchir l'utilisation dans le cadre d'un projet d'école pour la cohérence éducative.
- Concrétiser les termes utilisés pour décrire les ingrédients des potions, donner des exemples (à 8 ans, certains des termes abstraits risquent d'être difficilement compris).
- Prévoir un processus de suivi de l'utilisation de la charte par le groupe via un cercle de parole hebdomadaire par exemple.
- Extension possible : proposer aux enfants de constituer des fioles personnelles qu'ils pourraient ramener à la maison (photocopie des ingrédients qu'ils ont sélectionnés) : c'est quoi ton éclat de bouclier à toi ? C'est quoi du concentré d'amour ?
- S'imbiber de l'univers de Harry Potter : revoir la scène du chapeau du film, utiliser la musique... en vue de recréer le « magique » de la cérémonie de répartition dans les maisons.
- L'outil pourrait être utilisé aussi dans un contexte familial ou dans d'autres lieux de vie des enfants : accueil extra-scolaire, mouvements de jeunesse...

Points forts

Originalité, attractivité, simplicité d'utilisation, processus collectif de co-construction.

Points d'attention

Bienveillance de l'animateur(trice).

Sujets abordés

Vivre ensemble, relations interpersonnelles, respect.

Pour mieux comprendre les raisons d'être des Rencontres « Ensemble pour la santé – Samen voor gezondheid »

INITIATIVES

Les 1^{er} et 2 décembre 2017 avait lieu les premières Rencontres « Ensemble pour la santé – Samen voor gezondheid », une initiative de la Plateforme d'Action Santé et Solidarité (PASS). Un des objectifs de ces Rencontres étaient de mettre en évidence les facteurs multiples qui déterminent la santé.

► **SÉGOLÈNE MALENGREAUX**, UCLouvain/IRSS-RESO et **MATHILDE PEETERS**.

Pour le Comité de Pilotage des Rencontres « Ensemble pour la santé – Samen voor gezondheid », <http://www.samenvoorlasante.be>



Les deux jours de Rencontres ont démarré avec 3 intervenants aux profils assez différents : Wim van Hees¹ avait une casquette d'« expert - acteur », Christine Ferron², celle d'« experte - scientifique » et, enfin, les actrices du Théâtre du Copion portaient la casquette d'« expertes du vécu ». Malgré ces différents profils, leurs visions de ce qu'est la santé et comment l'améliorer se rejoignent et se complètent. D'ailleurs, elles ne sont pas sans rappeler une certaine charte, particulièrement chère aux professionnels de la promotion de la santé : la charte d'Ottawa³. La synthèse de ces 3 interventions ci-dessous illustre et rappelle quelques-uns des éléments clés de la charte d'Ottawa.

Au fond, *qu'est-ce que la santé?* Au-delà de la santé physique que l'on associe aux maladies et aux infirmités, définissons pour une fois la santé de manière positive. Car la santé n'est pas une finalité en soi, ou seulement un objectif à atteindre, c'est également une ressource pour la vie. En effet, être en bonne santé, c'est avoir la possibilité de réaliser nos aspirations et nos projets. La santé, c'est également pouvoir satisfaire nos besoins. La santé n'est donc pas juste l'inverse de la maladie : c'est un concept global et positif qui inclut de nombreuses dimensions de la vie des individus.

Qu'est-ce qui détermine notre santé? Le concept de santé globale tel que décrit ici renvoie à la santé comme un tout, qui est dynamique. En effet, ce « tout » résulte de l'interaction constante entre l'individu et une série de facteurs, que l'on appelle déterminants de la santé. Chaque facteur se cumulant à un autre et ayant une influence sur un autre, en faveur ou en défaveur de la santé des individus.

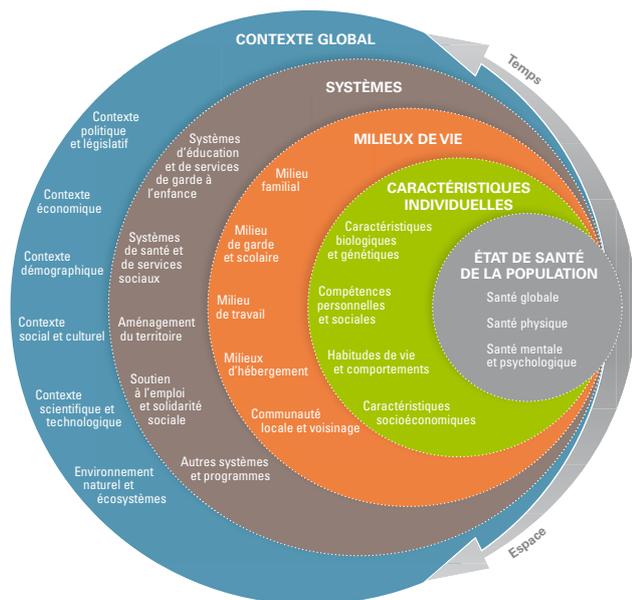
Ces facteurs sont traditionnellement rassemblés en catégories et schématisés sous forme d'arcs de cercle, allant du plus proche au plus éloigné de l'individu. La figure ci-dessous en est un exemple. Ainsi, la santé des individus est influencée par leurs caractéristiques et styles de vie personnels, mais également par les milieux de vie dans lesquels ils évoluent. Les facteurs liés aux conditions de vie et de travail influencent bien sûr aussi la santé (ex : la qualité du logement). Enfin, les conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales ont un impact sur la santé des individus. Il existe donc une série de facteurs sur lesquels il est possible d'agir pour améliorer la santé des personnes. Oui, mais comment ? Wim van Hees, Christine Ferron et les actrices du Théâtre du Copion ont illustré certains de ces facteurs.

1 Représentant un groupement de citoyen(-nes) nommé Ademloos.

2 Christine Ferron, Docteur en psychologie, Directrice de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de Bretagne, Déléguée générale à la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES).

3 Organisation mondiale de la santé, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf.

Figure 1 : Les déterminants de la santé



Référence 1 : Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2012) « La santé et ses déterminants – mieux comprendre pour mieux agir », Québec

Commençons par la *dimension politique* : les politiques ont en effet un impact essentiel sur la santé, c'est pourquoi la principale stratégie pour améliorer la santé est de promouvoir des politiques publiques favorables à la santé. Nous parlons de « politiques favorables à la santé » et non de « politiques de santé », car nous avons vu que la santé est influencée par un grand nombre de facteurs : elle doit donc être prise en compte par l'ensemble des politiques (ex : éducation, emploi, logement, urbanisme, environnement, etc.). On parle d'ailleurs de « santé dans toutes les politiques ». Ces politiques doivent être instaurées à un niveau national, mais également à un niveau local. Ainsi, les bourgmestres ont un rôle important à jouer à l'échelle de la commune, mais, comme le souligne Christine Ferron, le premier niveau politique est celui des directions d'établissements (scolaires, hospitaliers, etc.) ou de services (sociaux ou médicosociaux, protection maternelle et infantile, etc.), dont les méthodes de management peuvent être plus ou moins promotrices de santé, que ce soit au niveau interne ou externe.

Les conditions de vie influencent également la santé des individus, or tous les individus ne vivent pas dans les mêmes conditions. Il existe en effet des inégalités sociales et environnementales de santé qui ont un impact sur la santé des citoyen(-nes) : il est par exemple possible de comparer les statistiques entre quartiers et de constater des différences au niveau de la santé des enfants. Le théâtre du Copion a d'ailleurs abordé ce thème en mettant en scène deux personnes parlant entre autres de leurs problèmes financiers pour payer leur logement et leurs médicaments, de leur peur de perdre leur travail et de leur incompréhension face aux contraintes institutionnelles (« trop de paperasses »). L'existence d'un environnement favorable à la santé est donc une condition nécessaire à la santé des individus.

La santé est aussi influencée par le *pouvoir d'agir*, qu'il soit collectif ou individuel. Ainsi, au niveau collectif, il est possible de promouvoir la santé des individus en créant des opportunités pour développer le pouvoir d'agir et permettre la participation des communautés. C'est ce qui s'appelle l'action communautaire : les personnes les plus concernées par le problème à résoudre se mobilisent afin de définir les priorités, fixer les objectifs, mettre en place des actions pour atteindre ces objectifs. De cette manière, les individus se trouvent mis en situation d'agir sur des déterminants de la santé qui autrement échapperaient à leur influence : en soutenant leur pouvoir d'agir collectivement, on développe leur capacité à porter des revendications auprès des politiques. Comme l'a expliqué Wim van Hees, les groupes de citoyen(-nes) peuvent ainsi les interpeller, les contrer ou les pousser à prendre des décisions plus favorables à la santé. Wim van Hees, représentant un groupement de citoyen(-nes) nommé *Ademloos*, a témoigné de ce combat de longue haleine pour faire entendre la voix des citoyen(-nes) concernant le tracé du nouveau périphérique d'Anvers et ses impacts sur la qualité de vie.

Au *niveau individuel*, le développement des aptitudes personnelles est une stratégie à investir davantage. En effet, ces aptitudes donnent aux citoyen(-nes) des compétences pour interpeller les politiques, améliorer leur cadre de vie, s'exprimer dans le débat public et faire évoluer le système de soins.

L'atteinte d'une meilleure santé pour toutes et tous, sans laisser personne sur le bord du chemin, requiert un engagement de tous les instants et des actions qui doivent se mener à toutes les échelles de la société. Néanmoins, dans une société belge d'une extrême complexité dans laquelle les grandes orientations politiques ne sont pas toujours prises en fonction des besoins essentiels de la population, l'action citoyenne locale se profile comme un moyen particulièrement pertinent pour susciter des changements favorables à la santé. Porter un plaidoyer en faveur d'une meilleure alimentation à l'école de ses enfants, créer un jardin partagé, repenser collectivement l'usage d'une friche industrielle ou militer pour plus de logements sociaux dans sa commune sont des exemples d'engagements bénéfiques pour la santé. Ils le sont à plusieurs titres dans le sens où ils permettent de retisser du lien social, de développer chez les personnes des capacités de dire et d'agir, de relier les citoyen(-nes) à leur environnement, de montrer aux politiques la voie à suivre et d'exercer une influence directe sur les conditions préalables à la santé pour l'ensemble de la communauté...

La suite des échanges menés lors des Rencontres *Ensemble pour la santé* ont montré concrètement comment des actions ont été menées et ont pu être encouragées. Elle a également mis en évidence ce qui freine leur développement et les moyens pour les dépasser. Enfin, ces Rencontres ont permis de dégager des idées pour créer de nouvelles dynamiques collectives, locales et participatives favorables à la santé.

D'une *mindmap* papier à une *mindmap* digitale : un outil de diffusion pour des connaissances partagées

INITIATIVES

Dans le numéro 340 d'Éducation Santé, Manon Gobeaux est l'auteure d'un article faisant suite aux Rencontres « Ensemble pour la santé », organisées les 1er et 2 décembre 2017. L'objectif général de ces Rencontres était de « promouvoir les actions locales et participatives sur les déterminants sociaux de la santé afin d'améliorer la santé des populations et de réduire les inégalités sociales de santé. » De leur organisation jusqu'à leur évaluation, ces Rencontres étaient placées sous le signe de la participation d'acteurs de la santé, qu'ils soient professionnels – politiques – citoyens.¹

► **SÉGOLÈNE MALENGREUX**, UCLouvain/IRSS-RESO et **MATHILDE PEETERS**.

Pour le Comité de Pilotage des Rencontres « Ensemble pour la santé - Samen voor gezondheid », <http://www.samenvoorlasante.be>

Outre le fait que la **participation** soit la thématique des Rencontres, il s'agissait de la considérer comme une fin en soi, c'est-à-dire de voir dans le processus participatif un intérêt tout aussi important que le résultat final, à savoir l'émergence d'un corpus de connaissances partagées. Ces deux aspects sont reflétés dans la conclusion de l'article de Manon Gobeaux : « [...] ce n'est pas tant l'apport de nouvelles connaissances qui a marqué cette première édition d' « Ensemble pour la santé » mais bien la prise de conscience de l'importance du processus en lui-même ! ».

Un an après, nous revenons sur ces Rencontres par le biais d'une *mindmap*, co-construite lors d'un des ateliers de l'évènement, dont nous souhaitons mettre en avant le processus de construction ainsi que son contenu. L'atelier en question visait à réfléchir et à échanger sur les **conditions au développement d'actions locales, participatives et citoyennes**.

Pour réfléchir cette question, l'ensemble des participant(-es) a été réparti en groupes d'une dizaine de personnes. Dans

chaque groupe, 2 personnes étaient des « contributeurs/contributrices », c'est-à-dire des représentant(-es) d'actions locales et participatives menées sur le terrain belge. **Dans un premier temps**, les contributeurs/contributrices ont partagé leur expérience à leur groupe, ils ont expliqué en quoi consiste leur action, comment elle est née, pour qui et par qui elle est menée, etc. **Dans un deuxième temps**, sur base de l'expérience de ces deux initiatives et de l'expérience des personnes, chaque groupe était invité à trouver des réponses aux trois questions suivantes :

- *Quels sont les points communs entre les deux initiatives présentées ?*
- *Quels sont les leviers à la mise en place d'initiatives locales et participatives ?*
- *Quels sont les freins à la mise en place d'initiatives locales et participatives ?*

La consigne était d'inscrire les réponses sur des post-it de couleur (bleu pour les points communs, vert pour les leviers et jaune pour les freins) qui allaient ensuite être

¹ Retrouvez plus de contenu sur l'évaluation dans l'article d'Estelle Georjine et de Chantal Vandoorne dans le numéro 353.

reportées et organisées sur une toile par un animateur en intelligence collective². Cette animation a permis d'aboutir à la *mindmap* ci-dessous. Les éléments qui la composent ont donc été proposés par les 150 participant(es). Cette forme d'animation a été bénéfique à plusieurs égards et fait l'objet d'une analyse pointue dans le rapport d'évaluation de l'APES-ULG³.

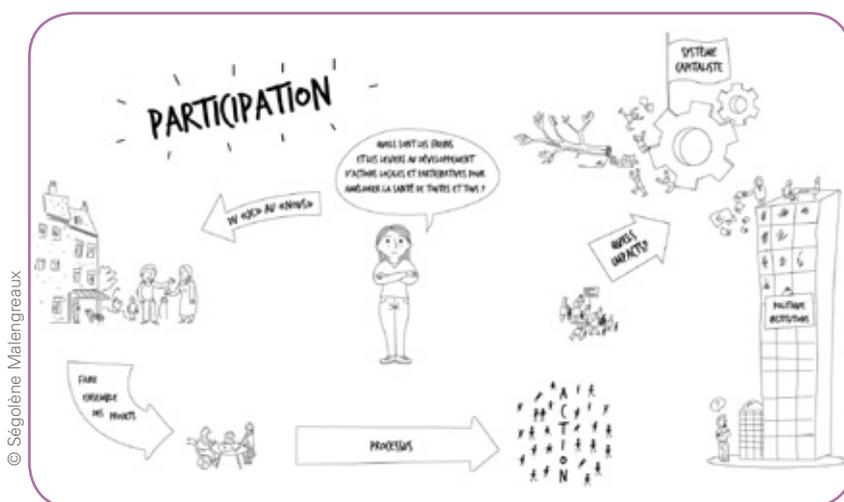


© Ségolène Malengreaux

Figure 1 : photographie de la *mindmap* après l'évènement

Quelque temps après l'évènement, un groupe de travail au sein des organisateurs des Rencontres a ressorti la toile et s'est penché sur sa traduction graphique pour en faire un outil interactif par lequel diffuser les résultats des échanges aux participant(es), mais plus largement aussi, à toutes personnes désireuses d'être acteurs/actrices du changement. Ce travail impliquait aussi de se plonger dans le contenu de la *mindmap* et d'en faire émerger des constats.

Pour ce faire, nous avons travaillé avec un graphiste et un informaticien. Nous leur apportons le contenu et ils le mettaient en action. Ainsi, la *mindmap* a vu le jour sur l'internet 2.0. Le principe est simple : lorsque l'on passe sa souris sur les différents éléments du dessin, le contenu des post-it apparaît. Mais, pour garantir la lisibilité de la *mindmap*, il a fallu regrouper les post-it en catégories en fonction du dessin de fond. Ce dernier, imaginé par l'animateur en intelligence collective simultanément à la réception des post-it, a quant à lui été redessiné graphiquement (à l'identique) comme on le voit sur l'illustration ci-dessous.



© Ségolène Malengreaux

Que nous dit la *mindmap* sur les freins et leviers au développement d'actions locales et participatives ?

D'abord, qu'au commencement, un certain nombre de facteurs peuvent venir freiner la participation des individus à des actions collectives : pour participer il faut se comprendre et donc, parler la même langue ; il faut avoir la volonté de participer et se sentir en confiance ; il faut avoir les informations, et puis il faut comprendre l'intérêt des actions locales et participatives. En réponse à ces freins, des leviers ayant trait à une posture individuelle ont été identifiés : s'engager, s'investir, être motivé, croire en, être tenace...

À l'analyse de la *mindmap*, on tombe à plusieurs reprises sur un post-it qui renvoie à une question bien connue de toutes et tous : comment susciter la participation des publics précaires, comment les atteindre ? Les leviers relevés par les participant(es) ? Créer des espaces collectifs de proximité, encourager la mixité dans les groupes collectifs, faire preuve de flexibilité et de ténacité, poser un cadre qui favorise la confiance et le respect, prendre le temps de la participation, développer des actions autour de réseaux.

Un grand nombre de freins fait référence aux aspects financiers des actions locales et participatives ainsi qu'au cadre institutionnel et politique dans lequel elles s'inscrivent. Les leviers existent pour les surpasser : adopter une vision globale de la santé, ne plus travailler en silo, penser à la santé dans toutes les politiques, etc.

Il ne s'agit là que de quelques tendances parmi les éléments apportés par les participant(es). Pour parcourir la *mindmap* et ainsi en savoir davantage sur le contenu des échanges, nous vous invitons à vous rendre sur le site des Rencontres « Ensemble pour la Santé » :

<http://www.samenvoorlasante.be/fr/mindmap>.

La transformation d'un brainstorming semi-écrit à un outil de connaissances partagées, est un processus enrichissant pour remettre en perspective le contenu. La diffusion de cet outil permet aussi de faire écho aux échanges au-delà de l'évènement. La question à se poser maintenant est comment faire évoluer cet outil, et surtout les réflexions qui en sont l'objet ? Le comité de pilotage se penche actuellement sur les suites à donner aux Rencontres.

² Pour l'animation de l'évènement, les organisateurs ont fait appel à deux associations : Collectiv-a et Periferia.

³ <http://www.samenvoorlasante.be/fr/resultats>.

- 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

