

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé – www.educationsante.be
N° 360 / NOVEMBRE 2019

A photograph of a person sitting on a blue and white striped bench in a forest. The person is wearing a yellow jacket, a dark beanie, glasses, and a patterned scarf. They are holding a book and looking down at it. The background shows trees and autumn foliage. A large teal graphic element is overlaid on the bottom left of the image.

StopBlues
prévenir le mal-être
dès les premières notes

Sommaire



3

REPÈRE

Le guide «Osez le plaidoyer pour la santé!», un soutien à la réflexion et à l'action



14

OUTIL

Faux-to langage



7

DONNÉES

L'ISADF: quel accès aux droits fondamentaux en Wallonie?



11

INITIATIVES

StopBlues: prévenir le mal-être dès les premières notes



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 :

- › « Manger et gagner des années de vie, c'est possible ! », Conseil Supérieur de la Santé
- › « L'Épi Alimentaire : le nouveau repère des recommandations alimentaires belges », Nicolas Guggenbühl (Food In Action)

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** : Roxane Combelles (Cultures&Santé), Sarah Hassan, Outilthèque PIPSA, Anne Le Pennec. **Rédactrice en chef** : France Gerard (education.sante@mc.be). **Secrétariat de rédaction et journalistes** : Sarah Hassan et Juliette Vanderveken. **Contact abonnés** : education.sante@mc.be. **Comité stratégique** : Martine Bantuelle, Anouck Billiet, Raffaele Bracci, Émilie Detaille, Martin de Duvé, 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, 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.

Le guide « Osez le plaidoyer pour la santé ! »

un soutien à la réflexion et à l'action

DOSSIER

Cultures&Santé, Timothée Delescluse et leurs partenaires ont récemment édité un guide centré sur les démarches communautaires de plaidoyer pour la santé. On peut y découvrir le processus qui amène des citoyen(ne)s (et notamment celles et ceux qui sont les plus éloigné(e)s des lieux d'influence) à contribuer à la définition de politiques publiques favorables à leur santé. Ce guide permet, d'une part, d'explorer les éléments-clés d'une démarche communautaire dans ce domaine et, d'autre part, de découvrir de nombreuses expériences menées par des groupes de citoyennes et de citoyens.

► **ROXANE COMBELLES**, chargée de projets d'éducation permanente à Cultures&Santé



Pourquoi ce guide ?

La publication de ce guide s’inscrit dans un contexte de marchandisation et de (sur)médicalisation de la santé, un contexte marqué par l’influence de puissants lobbies industriels (industries pharmaceutiques, agroalimentaires, assurances privées...). Face à un modèle de santé dominant centré sur le soin et la responsabilité individuelle, il appartient, dès lors, à la collectivité de contester et de combattre les inégalités que ce système (re)produit pour améliorer la distribution des ressources sociales, culturelles, économiques, environnementales contributives au développement et au maintien de la santé, et auxquelles chacun(e) a légitimement droit. Parallèlement à ces constats, de nombreux groupes de citoyen(ne)s se mobilisent pour proposer des solutions structurelles alternatives ayant des effets positifs sur la santé. Le plaidoyer devient ainsi un levier de transformation essentiel pour lutter contre les inégalités sociales de santé, fruit de choix politiques réversibles.

Un concept à l’épreuve de la réalité

Que recouvre ce terme de « plaidoyer » ? S’il n’existe pas de définition univoque, il renvoie, tout au long du guide, à trois éléments constitutifs immuables : l’intérêt général, la création de changement et l’obtention d’engagements. La

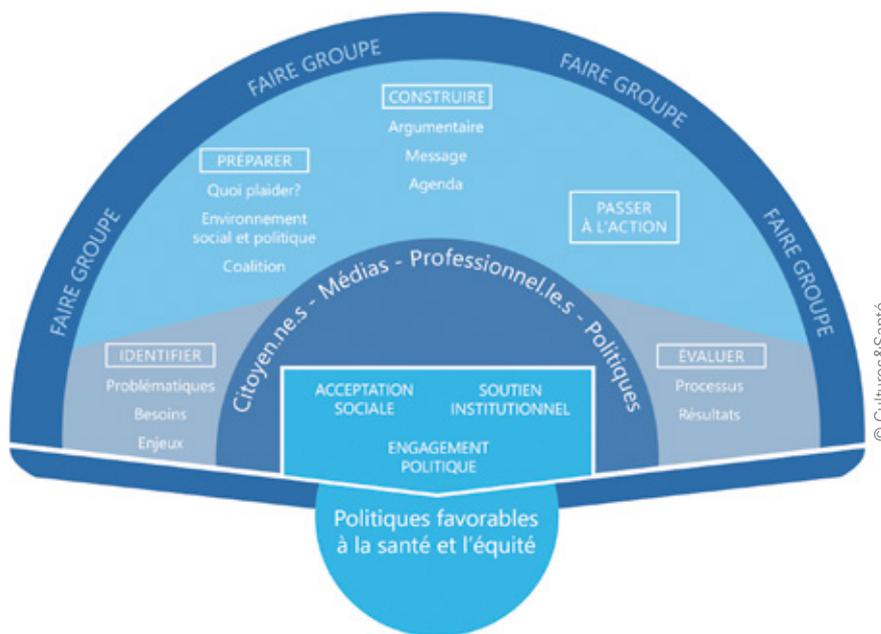
vision du plaidoyer pour la santé proposée dans ce guide s’inscrit dans un processus communautaire qui cherche à accroître le pouvoir des gens et des groupes à s’approprier une vision multifactorielle de la santé et à mettre en avant les responsabilités multiples dans l’amélioration de la qualité de vie de toutes et tous.

L’envie de mettre en lumière ce processus nous a amenés à le baliser et à en sélectionner ses composantes clés. Les écrits internationaux en la matière ont pu guider la réflexion² sans en constituer un élément prédominant. Portés par des démarches de promotion de la santé, nous avons estimé indispensable d’aller à la rencontre d’associations et de collectifs³ actifs sur des terrains variés et touchant un ou plusieurs déterminants de la santé, comme le logement, la pauvreté ou l’accès aux soins. De cette manière, la réflexion théorique a été enrichie des réalités vécues et de témoignages de pratiques. Une dimension en était cependant manquante : les liens entre citoyen(ne)s et représentant(e)s politiques du point de vue de ces derniers. Le guide est donc parsemé d’encadrés de paroles des personnalités politiques que nous avons rencontrées. À la manière d’une conversation fictive, ces paroles répondent aux expériences collectives, sans offrir de solution, et mettent parfois en évidence la distance entre réalité politique et dynamique citoyenne.

Vers l’élaboration d’un modèle

Dans une volonté de refléter au mieux la complexité de la réalité, il nous a semblé pertinent d’élaborer un modèle propre aux démarches présentes dans le guide. Nous avons voulu éviter un canevas à appliquer à partir d’une succession chronologique d’étapes à suivre. Le parti pris a été de mettre en lumière un ensemble d’éléments à avoir en tête dans le cadre de démarches de plaidoyer ou lorsqu’on souhaite les initier.

↓ Selon l’Organisation mondiale de la Santé, le plaidoyer pour la santé est une « combinaison d’actions individuelles et collectives afin d’obtenir des engagements et soutiens politiques, une acceptation sociale et des soutiens institutionnels pour atteindre un objectif de santé ou réaliser un programme de santé. »¹



1 OMS, 1995.
 2 *Le plaidoyer et l'équité en santé... Parlons-en*, in : Centre de Collaboration national des déterminants de la santé, Antigonish (N.É.), Université St. Francis Xavier, 2015, pp.1-5; Loue Sana, *Community health advocacy*, in : J Epidemiol Community Health, 2006, pp.458-463; Shilton Trevor, *Advocacy for physical activity-from evidence to influence*, in : IUHPE-Promotion & Éducation, vol.13, n°2, 2006, pp.118-126.
 3 DoucheFLUX, le GAMS, le groupe ALARM de la Maison de quartier Bonnevie, la LUSS, le RWLP, Periferia, Globules, MDM Normandie et Tunisie.

Ces éléments, balises pour l'action, font tour à tour l'objet d'une réflexion dans le guide :

- ▶ Faire groupe
- ▶ Identifier des besoins, problématiques et enjeux de santé
- ▶ Préparer le plaidoyer
- ▶ Construire l'argumentaire, le message et l'agenda
- ▶ Passer à l'action
- ▶ Évaluer

Nous nous concentrerons dans la suite de cet article sur trois dimensions de ce modèle qu'il nous semble important de mettre en évidence, à savoir le « faire groupe », la création de coalitions et l'analyse de l'agenda politique.

La pierre angulaire d'une démarche communautaire : « faire groupe »

Par définition, la démarche communautaire part d'un groupe, d'un collectif, qui partage potentiellement un intérêt commun et des valeurs mobilisatrices. Tout au long de la partie qui lui est dédiée, le guide pose la question de ce groupe : qui est-il ? D'où vient-il ? Quelles conditions et dynamiques sont nécessaires à son existence, à son maintien ?

Pour la LUSS, « faire groupe » est bien plus que le partage d'un intérêt commun. « Faire groupe » renvoie à une mobilisation autour d'une situation problématique, une indignation, des souffrances communes, une injustice ressentie...

La Ligue considère que le plaidoyer commence au moment où un groupe de citoyens, une association, des patients... se disent « il faut faire quelque chose ».

Dans un climat actuel d'individualisation des rapports sociaux, le « faire groupe » devient de plus en plus difficile. Les témoignages recueillis mettent en avant, lors d'une mobilisation sur le long terme, la difficulté de maintenir dans le groupe les personnes les plus fragiles qui doivent faire face à des priorités non choisies. Standardiser une méthode univoque pour constituer un groupe et y maintenir une dynamique porteuse est impossible et non pertinent tant il y a de façons de « faire groupe ». Sans tenter de proposer des solutions ou des réponses toutes faites, cette partie illustre, par les expériences récoltées, la transversalité du « faire groupe », sa construction et ses multiples conditions de maintien tout au long de la démarche. Cette dimension communautaire est d'autant plus importante à investir dans le plaidoyer qu'elle va donner de l'épaisseur et du sens à celui-ci.



Créer des coalitions : le pouvoir du nombre

S'associer à d'autres offre de multiples avantages en termes de poids et de visibilité sur la scène publique, médiatique et politique mais aussi en termes de légitimité et de représentativité par la diversité de personnes ou de structures engagées. La stratégie de coalition permet de mutualiser les efforts, de partager les connaissances, les ressources voire les responsabilités.

Le premier combat du groupe Action de DoucheFLUX a été mené contre les loyers abusifs. « Nous avons réuni autour de la table diverses associations. De ces discussions est née la "Manif de Droite" » qui dénonçait l'absence de volonté du gouvernement pour mettre en place un cadre contraignant en ce qui concerne la fixation des loyers. Cette manifestation s'est concrétisée avec la collaboration d'une série d'organismes engagés sur le thème du logement et des droits humains.

S'associer n'est pourtant pas chose aisée : cela nécessite pour un groupe de passer, au préalable, par une phase d'identification des acteur(trice)s susceptibles d'avoir un intérêt pour la question pouvant devenir de potentiel(le)s allié(e)s.

S'associer c'est parfois également renoncer. Il peut toujours exister le risque que la coalition dénature le discours originel du groupe, voire qu'il soit instrumentalisé. S'unir va donc souvent de pair avec la négociation. La recherche de compromis permet de fixer les revendications communes et prioritaires et de positionner chacun(e) sur un pied d'égalité.

Régulièrement, le RWLP⁴ est amené à initier des coalitions (plateformes, réseaux permanents ou momentanés) ou à rejoindre une coalition, dans le but de mutualiser les compétences, d'élargir la sphère d'influence, de créer un rapport de force plus grand. Pour le RWLP, un accord sur l'objectif, la stratégie, le processus poursuivi par la coalition est indispensable pour que celle-ci se justifie, et pour qu'elle soit pertinente et efficace : « C'est comme un contrat. L'accord est essentiel. Il garantit ce qui est prioritaire ». Une « ten-

4 Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté.



sion » à gérer pour le RWLP est le fait de ne pas « perdre » les personnes concernées et à tout le moins leurs paroles au profit d'une spécialisation d'un propos.

Analyser l'agenda politique: repérer les « fenêtres d'opportunité »

« La période pré et post-électorale constitue une opportunité à saisir. Il faut jouer sur l'agenda des politiques surtout dans cette période où ils se doivent d'être à l'écoute des citoyens. » (Parole de représentant(e) politique)

Le temps du politique (avec dans la pratique des objectifs à court terme) n'est pas le même que le temps des citoyen(ne)s ou de l'action associative. Le défi pour les porteur(se)s du plaidoyer est de minimiser les décalages entre ces temporalités. L'analyse de l'agenda politique permet alors d'identifier les « fenêtres d'opportunité »: les élections, un débat ou une question au parlement, un événement de l'actualité, la préparation d'un texte réglementaire, une journée internationale...

Pour les acteurs et actrices impliqué(e)s dans des actions de plaidoyer, il s'agit d'être à l'écoute de l'actualité en général et de l'actualité politique en particulier pour estimer le meilleur moment de diffusion du message. Toutefois, si le groupe n'est pas prêt ou ne dispose pas d'assez de temps

pour initier l'action de plaidoyer de manière claire et organisée, il faut parfois accepter de ne pas se lancer « dans l'arène ». De plus, la planification des actions de plaidoyer en fonction de la disponibilité des membres du groupe, voire de la coalition est pointée comme essentielle.

Une matinée pour poursuivre la réflexion

Ce guide représente une invitation à réfléchir sur le processus de plaidoyer, à s'emparer du sujet pour discuter, partager et agir ensemble. Publié en mars, il a fait l'objet d'une présentation et d'une discussion lors d'une matinée organisée à Namur, le 5 avril dernier. Elle a réuni plusieurs associations et acteur(trice)s curieux(se)s et engagé(e)s. Cet événement a suscité de nombreux échanges qui ne doivent pas, selon nous, rester sans suite. En guise de conclusion, voici quelques lignes de force ayant émergé du débat. Celles-ci peuvent constituer des points d'attention lorsqu'une démarche communautaire de plaidoyer est menée.

- ▶ La dynamique de participation des membres d'un groupe est variable et non-constante, elle se forme et se déforme en fonction des aléas de la vie des personnes (leur disponibilité, leur motivation, leurs contraintes...). Il est nécessaire de la prendre en compte.
- ▶ La participation demande des moyens, des compétences, du temps, de l'argent pour être assurée et maintenue. Et même si elle est souvent encouragée par le politique (parfois financièrement), elle ne doit pas servir à le déresponsabiliser: participer, c'est avant tout repolitiser le quotidien.
- ▶ La démarche communautaire de plaidoyer ne doit pas être un facteur de fragilisation des personnes qui y sont engagées. Le groupe, le ou la facilitateur(trice) ou l'institution se doivent donc de créer un filet de sécurité pour éviter qu'une exposition, un investissement, un désenchantement ne portent atteinte à la vie de tous les jours des personnes.

Enfin, le guide souligne l'impérieuse nécessité de promouvoir des changements structurels contribuant à l'élaboration de politiques sociales justes et positives pour la santé. Christine Mahy, du Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté, a très bien relayé cet aspect lors de la matinée, en invitant chacun(e) à garder en tête que ce ne sont pas les personnes (surtout celles qui vivent « de trop peu de tout ») qui doivent s'adapter aux systèmes (de santé) mais bien l'inverse.

Retrouvez le guide en téléchargement sur le site de Cultures&Santé⁵. Une version papier est également disponible gratuitement sur demande auprès du centre de documentation et dans les différents Centres Locaux de Promotion de la Santé en Wallonie et à Bruxelles.

⁵ <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-education-permanente/item/506-osez-le-plaidoyer-pour-la-sante-balises-pour-une-demarche-communautaire.html>.



DONNÉES

L'ISADF

quel accès aux droits fondamentaux en Wallonie ?

L'accès d'une population aux droits fondamentaux est un impératif à sa santé. Mais pour évaluer cet accès, il faut être en mesure de le quantifier. C'est précisément le rôle de l'Indicateur Synthétique d'Accès aux Droits Fondamentaux (ISADF), mis en place par l'Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS). Sa création fait suite à une demande du Gouvernement wallon dans le cadre de la réforme du Plan de Cohésion Sociale, concept initié par le Conseil Européen. Isabelle Reginster, géographe et chargée de recherches à l'IWEPS, et Christine Ruyters, sociologue et chargée de recherches à l'IWEPS, sont les responsables de l'ISADF. Elles ont présenté l'indicateur ainsi que certaines cartes réalisées sur base de ses résultats lors d'un séminaire (Sém'ISS) organisé par l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH).

► SARAH HASSAN

L'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux: d'abord un outil d'aide à la cohésion sociale

Demandé par le gouvernement wallon, la vocation première de l'outil est de servir d'aide à la décision politique. Il poursuit un double objectif :

- ▶ **« Rendre compte de l'accès effectif de la population de chaque commune aux droits fondamentaux et contribuer à l'établissement (facultatif) d'un diagnostic local de cohésion sociale et à l'identification de besoins locaux**
- ▶ **Fournir des critères objectifs au subventionnement des 253 communes francophones pour la mise en œuvre du Plan d'actions (2020-2025)»¹**

Deux sources sont à la base de l'indicateur : la Déclaration Universelle des droits de l'homme et la stratégie de cohésion sociale du Conseil de l'Europe. Par cohésion sociale, le Conseil de l'Europe entend « l'ensemble des processus

individuels et collectifs qui contribuent à assurer l'accès aux droits fondamentaux et au bien-être économique, social et culturel. Et qui vise à construire ensemble une société solidaire et co-responsable pour le bien-être de tous ». Parmi les aspects chers au Conseil de l'Europe : le terme de « co-responsabilité ». Il s'agit de l'idée que nous avons tous notre part à apporter à l'édifice du bien-être collectif.

Christine Ruyters rappelle que la Cohésion Sociale est « d'abord un concept politique essentiel à la réalisation des 3 valeurs principales de l'Europe à savoir les Droits de l'Homme, la démocratie et l'État de droit. Elle est une approche positive qui consiste à promouvoir un processus opérationnel d'amélioration. Opérationnel car on part du cadre de référence, on va se poser des questions par rapport à ça, mais on va aussi identifier les actions et les besoins sur le terrain. L'idée est de concilier ces deux aspects. Les indicateurs doivent permettre de concilier l'idéal d'égalité et d'accès aux droits pour tous avec la situation sur le terrain. »



Les 13 droits fondamentaux pris en considération dans le calcul de l'ISADF

- 1 Droit à un revenu conforme à la dignité humaine
- 2 Droit à une alimentation suffisante, adéquate et de qualité
- 3 Droit au meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint, à l'aide médicale
- 4 Droit à la sécurité sociale, à l'assurance santé, à la protection sociale, à l'aide sociale, aux prestations familiales
- 5 Droit à l'éducation, à l'enseignement et à la formation continue
- 6 Droit à l'information, à l'usage du numérique, des technologies de l'information et de la communication
- 7 Droit à un logement décent et adapté, à l'énergie et à l'eau
- 8 Droit à un environnement et à un cadre de vie sain et adapté
- 9 Droit à la mobilité
- 10 Droit au travail, à des conditions de travail justes et favorables, à la formation professionnelle ; droits syndicaux
- 11 Droit au respect de la vie privée et familiale ainsi qu'à la conciliation vie familiale et vie professionnelle
- 12 Droit à la participation citoyenne et démocratique
- 13 Droit à l'épanouissement social et culturel

Pour y arriver, elle pointe la nécessité de se pencher sur 4 aspects/questions clés :

- ▶ Quel est l'état de l'accès aux droits ?
- ▶ L'efficacité : dans quelle mesure cet état va se traduire par un accès efficace pour tous ?
- ▶ Quelle est la situation de ceux qui n'ont pas accès aux droits ?
- ▶ Quels sont les risques, les menaces ou les opportunités pour que cet accès soit durable ?

À la base de l'indicateur : les droits fondamentaux

L'ISADF part de 13 droits fondamentaux. Pour l'instant, seuls 9 d'entre eux (en brun dans le tableau ci-contre) ont pu être analysés, mais l'IWEPS a pour objectif de continuer à améliorer l'indicateur afin de couvrir l'ensemble des droits le plus rapidement possible.

Pour un droit comme celui de l'accès au « au meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint, et à l'aide médicale », il peut y avoir un ou plusieurs indicateurs. Dans ce cas-ci, 7 indicateurs servent à l'évaluation du droit :

- ▶ Le taux de mortalité standardisé (par sexe et par âge)
- ▶ Le pourcentage de bénéficiaires en incapacité de travail de longue durée (au moins 120 jours)
- ▶ Le pourcentage de bénéficiaires possédant le statut de personne atteinte d'une affection chronique
- ▶ Le pourcentage de la population de plus de 21 ans reconnue médicalement handicapée par le SPF Sécurité sociale
- ▶ Le pourcentage de jeunes bénéficiaires (de 5 à 14 ans) sans soins bucco-dentaires préventifs durant trois années consécutives

¹ IWEPS depuis <https://isadf.iweeps.be/isadf.php>.

- ▶ Le pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans n'ayant subi aucun examen de dépistage du cancer du sein durant 6 années consécutives
- ▶ Le pourcentage de mères fumeuses à l'accouchement

L'agrégation des résultats de chaque indicateur permettra d'obtenir un score pour le droit à l'aide médicale et au meilleur état de de santé physique et mentale susceptible d'être atteint.

Présentation de certains résultats

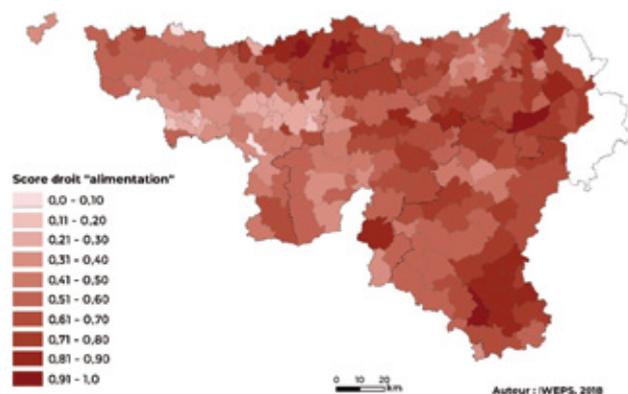
En pratique, l'ISADF permet d'élaborer un découpage communal de la Wallonie assorti d'un code couleur indiquant la situation d'accès au droit fondamental. Pour chaque commune, cela va du plus clair (situation la moins favorable) au plus foncé (situation la plus favorable).

Les résultats et cartes interactives sont disponibles sur le site de l'ISADF : <https://isadf.iweeps.be/isadf.php>

Les chercheuses précisent que le choix des indicateurs repose sur deux dimensions : recherche de sens et pertinence statistique. « *La recherche de sens conduit à sélectionner plusieurs dizaines d'indicateurs rassemblés dans un tableau de bord, en mobilisant des variables précises, pertinentes, suffisamment discriminantes, disponibles et accessibles pour l'ensemble des communes. Le choix porte également sur des variables dites d'utilisation ou d'usage plutôt que de ressources (offre de biens et de services),* détaille Isabelle Reginster ».

Le droit à une alimentation suffisante, adéquate et de qualité : toujours pas un acquis.

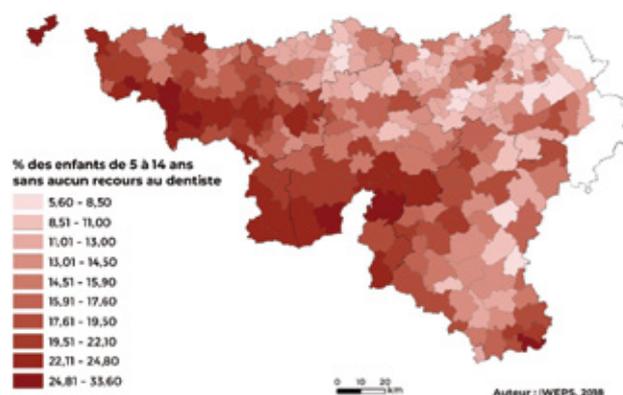
L'un des constats posés par les experts ayant analysé les résultats de l'indicateur d'accès au droit à une alimentation suffisante, adéquate et de qualité est interpellant : en Wallonie, il y a encore des problèmes d'accès à l'alimentation. Et surtout à une alimentation de qualité. D'une commune à l'autre, on observe des tendances variées. Par exemple, la commune de Lasnes affiche le score maximal tandis que celle de Flobecq présente l'accès le moins favorable à ce droit.



Cet accès est évalué sur base du pourcentage d'élèves de 6^e primaire en surcharge pondérale (obèses compris). Les chiffres proviennent de l'ONE qui, pour des raisons de confidentialité, n'a cependant pas permis de diffuser les données chiffrées exactes par commune mais uniquement de les transmettre de manière standardisée.

Les soins bucco-dentaires préventifs : typiquement un problème d'accès au droit

D'autres données permettent aussi de s'interroger sur certains aspects fondamentaux de notre système. Notamment celles dont les indicateurs ciblent une population bien précise, tel que le pourcentage de jeunes bénéficiaires (entre 5 et 14 ans) sans soins bucco-dentaires préventifs durant trois années consécutives, sachant que c'est complètement remboursé par la mutuelle. Les experts soulignent qu'il s'agit d'un cas typique de problème d'accès à un droit pour une population cible (ici les enfants).



Pour le score général du « Droit à la santé » qui agrège 7 indicateurs, la distribution par zones géographiques est globalement similaire aux résultats des autres indicateurs. En général, une distribution des valeurs les plus faibles est clairement identifiable à partir de Boussu et le long de l'axe, en passant par Charleroi et Liège. Les accès aux droits fondamentaux y sont donc plus problématiques.

Par rapport à ces résultats, Isabelle Reginster souligne toutefois la difficulté de représenter les communes dans lesquelles on observe de très grands écarts de revenus.

Bien comprendre la méthode de standardisation de l'indicateur

Afin que les résultats soient les plus transparents et comparables possibles, Isabelle Reginster explique la décision d'utiliser une méthode de standardisation minimum-maximum. Une commune sera le « 0 » car elle correspond à l'accès le plus faible, et une autre sera le 1 car elle correspond à la valeur la plus favorable. De cette manière, les indicateurs peuvent être agrégés pour un indice par droit. En pratique, c'est grâce à cette méthode que les 7 indicateurs de l'accès au droit à la santé peuvent être agrégés afin d'obtenir un seul indice. Bien sûr, lorsqu'il n'y a qu'un seul indicateur, comme c'est le cas pour l'alimentation, on le maintient seul. La chercheuse souligne que, dans ce schéma, « l'in-

dicateur est encore plus important et sa sélection doit être vraiment bien réfléchi».

Pour Nathalie Reginster, une précision s'impose : « *Quand vous voyez un 0, ça ne veut pas dire qu'il n'y a aucun accès au droit, mais que par rapport à l'ensemble des communes, c'est la commune qui a la valeur la plus basse. Quand vous avez, par exemple, un 0,72 ça signifie que vous êtes à 72% de la valeur maximum qui est 1* », détaille-t-elle. Un mode de fonctionnement qui peut paraître cassant aux yeux des communes qui se voient attribuer un zéro. Qu'elles soient rassurée, cela ne signifie donc pas aucun accès, mais juste la valeur la plus basse dans la distribution des communes.

Historique de l'ISADF

L'ISADF tel qu'il est aujourd'hui a déjà évolué et été enrichi par quelques années de mise en pratique. Le décret du 6 novembre 2008 portant sur la reconnaissance, le financement et la mise en œuvre du Plan de Cohésion Sociale dans les villes et communes de Wallonie prévoyait la conception de l'ISADF comme l'un des outils de diagnostic pour l'élaboration de plans d'action. →

L'indicateur synthétique au service de tous les acteurs de la promotion de la santé en Wallonie

Au-delà du Plan de cohésion sociale, l'ISADF peut servir d'outil de diagnostic, de veille et de programmation pour différents projets et dispositifs locaux. Il s'agit d'un outil d'analyse endogène, calculé à l'échelle des communes wallonnes, mais aussi temporelle puisqu'il rend compte de l'évolution de la situation au cours du temps. Dès lors, il remplit un rôle d'indicateur des inégalités sociales, du bien-être collectif et du développement durable. Il est à noter qu'il ne couvre cependant que les 253 communes wallonnes et ne tient donc pas compte des communes de la communauté germanophone.



2009 - 2013

La première version de l'ISADF le place comme critère objectif d'éligibilité des communes dans le cadre du financement par le Plan de Cohésion Sociale. Il se base sur les 6 droits fondamentaux reconnus dans la Constitution belge.

2014 - 2019

L'indicateur connaît une actualisation, mais tend à se conformer autant que possible aux règles de construction arrêtées en 2008.

2020 - 2025

Conformément au décret du 22 novembre 2018, sa fonction d'outil de diagnostic est renforcée.

Il servira dorénavant de base pour les allocations budgétaires des plans.

Bilan et perspectives d'avenir

Si le chemin accompli est déjà considérable, il reste néanmoins du pain sur la planche à l'ISADF avant de rendre compte de l'ensemble des droits fondamentaux. D'une part pour aborder les droits qui sont encore laissés pour compte, et d'autre part pour faire évoluer les indicateurs actuels. À titre d'exemple, le droit à une alimentation saine et de qualité ne prend actuellement en compte qu'un seul indicateur et il sera sans doute nécessaire d'en implémenter de nouveaux. Afin d'atteindre ces objectifs, Christine Ruyters rappelle en conclusion de son intervention, la nécessité de mobiliser des moyens facilitant l'accès à la collecte des données. L'IVEPS souhaite mettre en place un processus qui lui permette de disposer d'un maximum de données locales précises. Et si certaines données locales sont aisées à obtenir, comme celles qui ont issues de registres administratifs ou de la sécurité sociale, d'autres sont bien moins faciles à collecter. Lorsqu'il s'agit de données liées, par exemple, au droit à l'épanouissement, cela relève du domaine du subjectif et du très nuancé. Il devient alors nécessaire d'aller chercher directement de la parole des citoyens. La discussion avec les acteurs de terrains locaux qui disposent déjà de certaines données s'avère fondamentale. La difficulté résidera dans le fait que ces données doivent être rendues comparables d'une commune à l'autre.

Christine Ruyters et Isabelle Reginster concluront donc leur intervention par un constat simple : malgré de belles avancées, il reste du chemin à parcourir pour améliorer l'ISADF, mais cette amélioration ne sera possible que si elles peuvent travailler main dans la main avec les acteurs de terrain locaux. Dans un premier temps, développer des partenariats sera donc la prochaine priorité.

StopBlues

prévenir le mal-être dès les premières notes

StopBlues est un site internet doublé d'une application mobile conçus par des chercheurs en santé publique dans le but de prévenir le mal-être psychologique. Depuis mars 2018 et jusqu'à fin 2019, une quarantaine de villes françaises participent à un projet de recherche interventionnelle visant à évaluer la pertinence de cet outil et son potentiel à améliorer la santé mentale des habitants. Explications.

► ANNE LE PENNEC

Au premier abord, le site internet www.stopblues.fr ainsi que l'application éponyme pour smartphones¹ et tablettes, lancés courant 2018, ressemblent à des outils web tout ce qu'il y a de plus classiques, bavards en conseils santé dont on se demande pourquoi on les suivrait, eux et pas d'autres. De fait, on y trouve, classés par rubriques, quantité d'articles et de vidéos dressant le portrait de ce que les uns appellent le blues, et d'autres la déprime ou la baisse de morale. Définition, signes évocateurs, causes possibles, idées reçues... Des spécialistes, chercheurs ou soignants triés sur le volet, se relaient au fil des clics pour qualifier cet état de souffrance psychique dans lequel nous sommes toutes et tous susceptibles de tomber un jour.

À y regarder plus attentivement, on découvre que ces contenus ont la caution du principal organisme de recherche en santé français, l'Inserm. L'attention monte alors d'un cran. Et puis on tombe sur une palette de solutions et de propositions pour agir quand son moral flanche, s'apaiser, se faire aider par un médecin, un psychologue ou une association près de chez soi.

StopBlues propose également, moyennant la création (gratuite) d'un compte, des outils d'évaluation et de suivi de son état psychologique sous la forme de quizz, pouvant déboucher sur un plan de soutien élaboré à partir des résultats et en puisant parmi les solutions référencées. Alors, on se dit que ces pages méritent vraiment qu'on s'y arrête car elles forment bien plus qu'un simple site internet. De fait, c'est à un outil d'e-santé que l'on a à faire. Il mise sur la puissance et l'anonymat du numérique pour faire de la prévention primaire en santé mentale, c'est-à-dire auprès de la population générale, très en amont de la dépression et du

passage à l'acte suicidaire. Il faut dire qu'en France, et plus encore en Belgique, le taux de suicide est particulièrement élevé, au-dessus de la moyenne des pays européens. Selon une enquête de l'agence nationale Santé Publique France portant sur l'année 2017, environ 5% de la population adulte déclare avoir pensé au suicide au cours de l'année et plus de 7%, avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie. Dans ce contexte, la recherche de nouvelles actions de prévention, efficaces si possible, prend tout son sens.

Pourquoi avoir choisi le numérique ? Pour tenter de réussir là où d'autres approches et tentatives plus directes échouent trop souvent à cause du déni dont fait l'objet la souffrance psychique. « 80 à 90% des personnes qui se suicident sont allées consulter un médecin, mais pour tout autre chose... Elles n'ont pas osé se confier, observe Karine Chevreul, professeure en santé publique à l'origine de StopBlues. *Res sentir un mal-être ou évoquer le suicide est encore associé à une faiblesse, alors les personnes en souffrance n'en parlent pas, jusqu'au jour décisif...* »² StopBlues s'adresse à toutes et tous. Primo, parce que n'importe lequel d'entre nous peut un jour ou l'autre connaître un épisode de mal-être. Secundo, parce que les proches -famille, amis, collègues- ont aussi un rôle à jouer (sous réserve de reconnaître les signes, de savoir quoi dire et comment accompagner). Les concepteurs de StopBlues n'ignorent pas que la culture du dénigrement concerne aussi les proches.

Des chercheurs en santé publique font le PRINTEMPS

Derrière cette singulière initiative, il y a l'ECEVE³ (Épidémiologie clinique et évaluation économique appliquées aux

1 Disponible pour Android et iPhone.

2 Citation extraite d'une actualité de l'Inserm publiée le 19 avril 2018 sous le titre « StopBlues, un site et une appli pour prévenir le mal-être ».

3 UMR 1123 Inserm/Université Paris-Diderot.

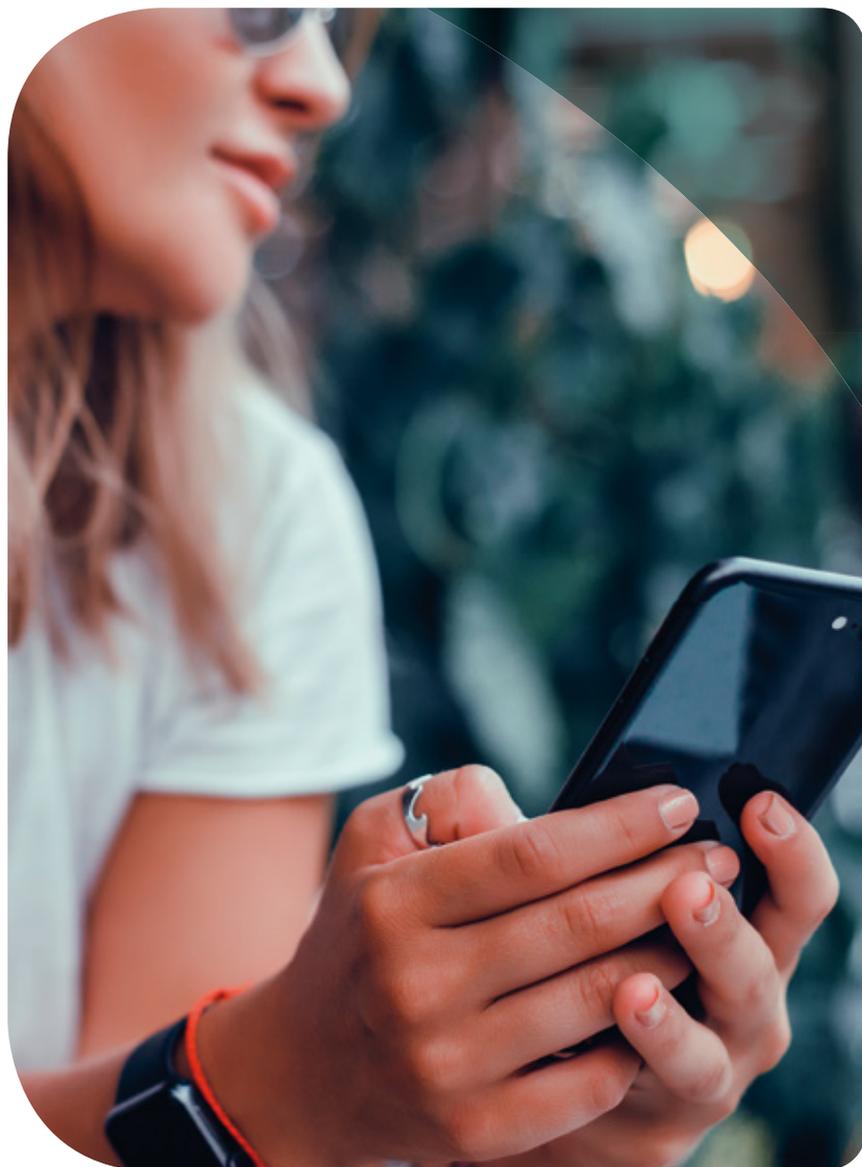
populations vulnérables), une équipe de recherche située à Paris, co-dirigée par le Pr. Chevreul et financée par des fonds publics pour mener des projets visant à améliorer la prévention et les soins des personnes vulnérables. « StopBlues (...) n'a aucun lien avec des industriels de la santé et du médicament », lit-on dès la page d'accueil du site internet. Les chercheurs ont imaginé l'outil et élaboré les contenus. Il leur a fallu constituer les bases de données destinées à alimenter la cartographie des ressources locales, (faire) développer et mettre en ligne les outils numériques, corriger les bugs... et monter tout un projet de recherche joliment baptisé PRINTEMPS (Programme de Recherche INTerventionnelle et Évaluative Mené pour la Prévention du Suicide). Celui-ci a démarré en février 2018 pour une durée annoncée de 18 mois. Son but : démontrer l'efficacité de StopBlues lorsque ce dernier est promu par les villes en impliquant ou non les médecins généralistes. Ce design d'étude ne doit rien au hasard mais s'appuie sur une analyse de la littérature scientifique relative à la prévention du suicide. L'efficacité des actions de prévention primaires médiées par des sites internet de référence et associées à une promotion bien menée a été démontrée. D'autres travaux ont mis en évidence que les villes représentent un bon niveau de granularité pour développer de telles actions de prévention et que l'implication des généralistes est essentielle.

De nombreux indicateurs

Une quarantaine de villes ou groupements de communes volontaires, en zone dense mais aussi en milieu rural, sont parties prenantes de PRINTEMPS en tant que terrains d'expérimentations. Les services municipaux et les professionnels de santé du territoire ont été mis à contribution pour élaborer une cartographie des solutions existantes au plan local (voir interview ci-contre). Pour les besoins de l'étude, les villes ont été réparties en trois groupes :

- ▶ celles sans promotion particulière de StopBlues pendant les neuf premiers mois (groupe contrôle) ;
- ▶ celles avec promotion par les villes elles-mêmes pendant 18 mois ;
- ▶ celles avec promotion par elles-mêmes et par les médecins généralistes du territoire, là encore pendant 18 mois.

« Afin d'étudier l'efficacité de l'intervention, nous comparerons le nombre d'actes suicidaires, puis de suicides et tentatives séparément, entre les trois groupes et sur la période d'intervention, précisent les scientifiques. De plus, la validité externe de nos résultats sera évaluée en comparant cette évolution à celle de la moyenne française des villes non incluses dans l'étude. »



© AdobeStock

Seront également recensées les actions des municipalités qui s'impliquent dans l'animation du projet. L'intensité de la participation au site internet permettra quant à elle de mesurer les barrières éventuelles à son utilisation, notamment par croisement avec les données individuelles anonymes recueillies dans les espaces privés du site et de l'appli (niveau de douleur psychologique, risque suicidaire, qualité de vie liée à la santé, recours aux soins et à l'aide informelle). Enfin, des enquêtes seront effectuées auprès des médecins généralistes pour évaluer l'impact de l'action.

Sur le papier, StopBlues part avec beaucoup d'atouts pour remplir sa mission. Mais qu'en sera-t-il dans les faits ? Chaque année, ce sont près de 9000 décès par suicide qui sont enregistrés en France. Cet outil parviendra-t-il à faire baisser ce chiffre et si oui, dans quelles conditions ? Les villes avec un Conseil local de santé mentale, comme Nantes (voir interview ci-contre) auront-elles un avantage sur les autres ? Les premières réponses devraient être livrées en 2020.

« Une opportunité de participer à la collecte de données probantes en santé mentale »

La Ville de Nantes s'est portée volontaire pour expérimenter le dispositif StopBlues sur son territoire de juin 2018 à fin 2019. Sa directrice de la santé publique, Dr Patricia Saraux, et la coordinatrice du Conseil local de santé mentale (CLSM) nantais, Corinne Lambert, nous expliquent pourquoi.



ÉCLAIRAGE

Éducation Santé : Pourquoi avez-vous souhaité prendre part à cette démarche ?

Patricia Saraux : En 2014, nous avons participé à l'enquête « *Santé mentale en population générale : images et réalités* » pilotée par le Centre collaborateur de l'OMS pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale. Cette enquête avait pour buts de décrire les représentations des maladies mentales et d'évaluer les prévalences des différents troubles mentaux chez les Nantais/es de plus de 18 ans. Elle a mis en lumière un risque suicidaire important, notamment chez les personnes au chômage et les étudiants/es, et le fait qu'un Nantais sur deux connaisse dans son entourage proche une personne concernée par le suicide. Par ailleurs, nous avions un intérêt pour la thématique de la e-santé. Il était donc logique que le dispositif StopBlues retienne notre attention quand il nous a été présenté, en 2017, lors d'une rencontre nationale réunissant les conseils locaux de santé mentale. Ce projet se donne le temps de l'évaluation. C'est un vrai plus car parmi toutes les applications santé qui voient le jour, on sait que beaucoup disparaissent après quelques mois. Le fait que StopBlues ait été conçu par une équipe de recherche académique et soit financé par des fonds publics plutôt que par un laboratoire pharmaceutique a joué également en conférant neutralité et légitimité au projet.

ES : En quoi consiste votre rôle ?

Corinne Lambert : Une fois sélectionnés, nous avons été mis à contribution pour élaborer une cartographie des ressources en santé mentale à l'échelle de la ville en listant les lieux de soins, les associations de soutien psychologique et celles qui proposent leur aide. Le maillage du territoire existant déjà, cela nous a permis de resserrer les liens avec les acteurs concernés et de travailler plus largement avec eux. Le design de l'étude PRINTEMPS prévoit trois modalités de promotion par les acteurs locaux. Nous faisons partie du troisième groupe, celui dans lequel le dispositif est promu à la fois par la Ville et par les médecins généralistes.

ES : Qu'avez-vous mis en place pour promouvoir StopBlues ?

CL : Nous communiquons sur StopBlues depuis juin 2018. Nous disposons de deux plaquettes, l'une à destination du grand public diffusée via les acteurs (lieux de soins publics et privés, associations, institutions...), l'autre destinée aux médecins généralistes que nous leur avons adressé par courrier en précisant que nous pouvions leur en fournir plus. Nous avons également sollicité les infirmières, les représentants des pharmaciens, la police, les bailleurs sociaux... Le message est passé dans le cycle de conférences santé que nous organisons chaque année. L'idée étant de ne pas faire plus que notre communication habituelle pour ne pas fausser l'évaluation.

ES : Y a-t-il déjà des effets visibles à l'échelle de la ville ?

CL : C'est difficile à dire à ce stade. Les médecins semblent avoir vu passer la plaquette mais ne nous en demandent pas. La presse locale a très peu parlé de StopBlues. Mais c'est l'évaluation menée par l'Inserm qui, à terme, c'est-à-dire au bout de 18 mois, dira ce qu'il en est réellement, c'est-à-dire quelle est l'efficacité du dispositif et des différentes modalités de promotion.

ES : Au-delà de son objectif premier, l'amélioration de la santé mentale, diriez-vous que vous tirez d'autres bénéfices de ce projet ?

PS : Certainement. D'abord, en étant terrain d'expérimentation, nous faisons venir la recherche jusqu'à nous qui n'avons pas les moyens d'en faire en interne, de mettre en avant nos compétences, d'écrire et de publier sur nos actions en santé publique. Là, nous sommes bel et bien impliqués dans la collecte de données probantes sur la prévention en santé mentale. Ensuite, comme nous l'avons déjà souligné, nous élargissons et consolidons notre réseau d'acteurs en santé mentale. Avec StopBlues enfin, nous entrons concrètement dans la e-santé, qui est en train de devenir incontournable dans le champ de la santé en général et de la santé publique en particulier. Nous avons ici une belle occasion d'explorer nos représentations à son égard et de travailler dessus.

Faux-to langage

► OUTILHÈQUE PIPsca

OUTIL

DESCRIPTION SELON L'ÉDITEUR

Matériel

- Un guide pédagogique (31 pages)
- 54 cartes témoignages
- 54 photos
- Une feuille récapitulative

Concept

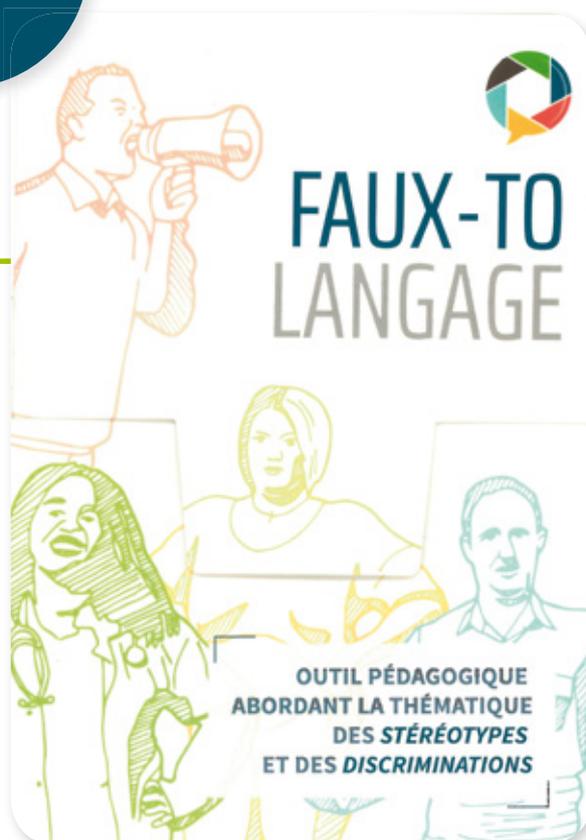
Cet outil est à destination de tout-e professionnel-le qui souhaite aborder les problématiques liées aux stéréotypes ou aux discriminations en utilisant l'expression collective, la confrontation des points de vue et tendre ainsi vers plus de respect. Les photos sont accompagnées d'un guide pédagogique qui propose des pistes de réflexions et de discussions.

Faux-to langage tente d'éviter la dichotomie « nous » versus « les autres » et permet ainsi de défendre le principe d'égalité. Lutter contre les discriminations est un devoir de citoyen-ne qui vise à garantir le renforcement du lien social et qui tente de promouvoir la tolérance.

À noter qu'à partir de ces photos, une exposition a été créée: « Lumière sur zones d'ombre ». Elle est mise à la disposition de toutes personnes qui en feraient la demande.

Objectifs

Aborder les stéréotypes dans une perspective globale en prenant en compte les dimensions de genre, sociales, physiques, ethniques, culturelles et religieuses.



Créer un environnement de respect, d'équité et légitimant les différences, notamment en prenant conscience de ses propres préjugés.

Bon à savoir

Faux-to langage s'inscrit dans le cadre du projet d'Initiative Locale d'Intégration, porté par le centre de planning familial Infor-Femmes. Il a été réalisé en partenariat avec quatre associations liégeoises (Créasol, la LEEP, L'éclat de rire et Siréas).

Il est disponible au prix de 20€. Il peut être accompagné d'une formation.

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

Appréciation globale

Cet outil simple et efficace permet de prendre conscience de ses stéréotypes/préjugés/discriminations, pour un public d'adultes et grands adolescents.

L'utilisation de l'outil ne demande pas d'expertise-contenu (un bagage d'animateur.trice est toutefois souhaitable) mais une clarification de ses propres valeurs et stéréotypes/préjugés/discriminations.

À partir de belles photos réalistes et de récits authentiques, le public est amené à questionner ses propres représentations des discriminations. Les témoignages vécus interpellent, favorisant l'implication de chacun. Les mises en situation déconstruisent, sans jugement, les petits automatismes/préjugés du quotidien.

Le guide de l'animateur clarifie les quelques éléments théoriques utiles aux activités. Diversifiées, modulables, celles-ci proposent en sus des variantes qui suggèrent une mise en mouvement, des pistes d'action pour le groupe.

En milieu scolaire, les cours confessionnels ou de citoyenneté pourront s'en saisir avec bonheur. Mais de manière plus large, les lieux d'éducation, de formation, les entreprises, les administrations publiques... tous les lieux où le vivre ensemble est un enjeu pour la qualité des relations y trouveront un cadre pour soutenir la parole de leurs usagers.

L'utilisation de l'outil demande un cadre de confiance et de respect à poser avant l'animation.

Objectifs

- Identifier ses représentations des préjugés, stéréotypes, discriminations dans tous les domaines où elles peuvent s'exercer (genre, social, physique, ethnique, culturel, religieux)
- Comprendre le processus de formation des discriminations (amenés par l'animateur qui dispose des notions théoriques pour ce faire)

- Analyser ses préjugés, stéréotypes, discriminations sur base des informations apportées
- Développer l'empathie pour l'autre

Réserves

Pré-requis : s'interroger, seul ou en équipe, sur ses stéréotypes et préjugés avant utilisation de l'outil.

Public cible

À partir de 16 ans – jeunes adultes – adultes.

Utilisation conseillée

- Prendre le temps d'identifier ses propres stéréotypes
- Préférer une utilisation répétée (animations diversifiées) pour faire évoluer les représentations dans un groupe
- Ne pas oublier les éléments théoriques qui permettent de faire du lien avec les situations concrètes qui émergent de l'animation

Points forts

Synthèse théorique claire, appréhension rapide, diversité des photos et authenticité des témoignages.

Points d'attention

Poser le cadre de bienveillance avant utilisation.

Sujets abordés

Discrimination, vivre ensemble, préjugés, stéréotypes, compétences psychosociales.



Où trouver l'outil ?

► Chez l'éditeur :

Infor-Femmes Liège
10 rue Trappé, 4000 Liège
Belgique
+32 (0)4 222 39 65
inforfemmesliege@gmail.com
<http://www.inforfemmesliege.be>

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

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

