

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé - educationsante.be
Chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles
N° 432 / MAI 2026



PB-PP
BELGIE(N)-BELGIQUE
CHARLEROI X | P401139



**Prévention
tabac:**
un sport de combat

Sommaire



3

INITIATIVES

Tabac:

mettre le paquet
sur les professionnels



9

RÉFLEXIONS

**Le futur Certificat
en promo santé
est en gestation**



5

INITIATIVES

Puffiction:

passer par les pairs
plutôt que la peur

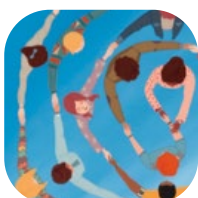


12

OUTILS

Périnatalité:

soutenir la littératie
est une question
d'équité



6

INITIATIVES

ADHAirE:

un projet-pilote pour
une école sans tabac



educationsante.be

- Retrouvez tous nos articles et des inédits en ligne.
- Abonnez-vous à notre newsletter et découvrez d'autres articles, ressources et informations épinglés pour vous.

Retrouvez-nous aussi sur :  facebook.com/revueeducationsante

 linkedin.com/company/education-sante

MENSUEL (11 numéros par an, ne paraît pas en août). **ABONNEMENT** : gratuit pour la Belgique. Pour l'étranger, nous contacter. **RÉALISATION ET DIFFUSION** : Mutualité chrétienne (MC). **ONT COLLABORÉ CE MOIS-CI** : Clotilde de Gastines, Ségolène Malengreux, Héloïse Vercier, David Vellut, Jeanne Dupuis. **RÉDACTRICE EN CHEF** : France Gerard (education.sante@mc.be). **ÉQUIPE** : Clotilde de Gastines, Maryse Van Audenhege, Marie Lennerts. **CONTACT ABONNÉS** : education.sante@mc.be. **COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT** : Martin de Duve, Dominique Doumont, Sirine El Khoury, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Célestine Gallez, Estelle Georgin, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Denis Mannaerts. **COMITÉ OPÉRATIONNEL** : Tania Antonioli, Nathalie Cobbaut, Dominique Doumont, François Negrel, Anne-Sophie Poncelet. **ÉDITEUR RESPONSABLE** : Georges Gilkinet, 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 TOUTS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET** : educationsante.be. **COURRIEL** : education.sante@mc.be. Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site educationsante.be. Notre site adhère à la plate-forme promosante.net. Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt : Charleroi X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrément : P401139. Crédit photos : AdobeStock.

Tabac : mettre le paquet sur les professionnels

INITIATIVES

Son nom claque désormais comme une *punchline* de slam, la campagne *Mai le Paquet* remplace officiellement *Ensemble vers un nouveau souffle* et appelle les professionnels de santé à se mobiliser massivement.

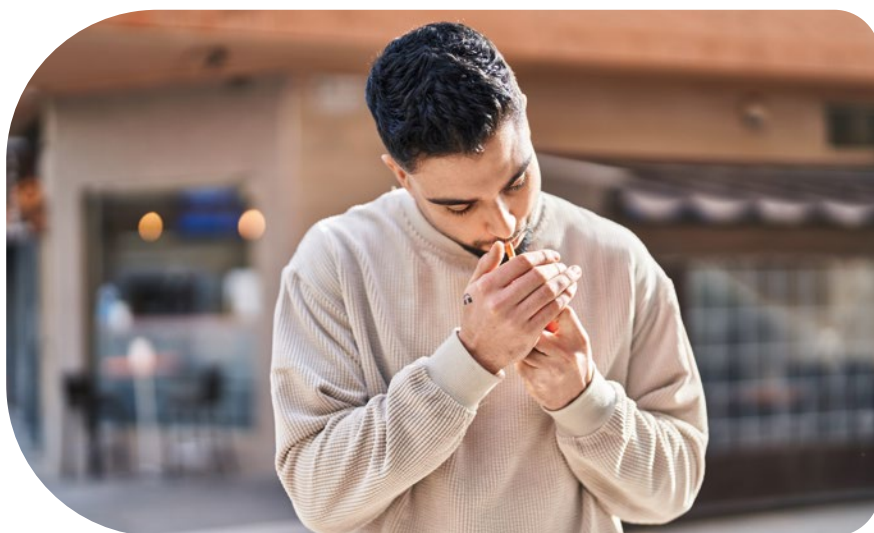
► CLOTILDE DE GASTINES

« *Ensemble vers un nouveau souffle (EVUNS) s'essouffait un petit peu. Nous avons envie de créer une nouvelle dynamique pour cette campagne* » précise Élise Willame, responsable du Service Prévention Tabac du FARES, qui pilote les acteurs du Plan Wallon sans tabac¹. Au mois d'août, une mise au vert a permis de brainstormer sur les évolutions tout en conservant les objectifs phares de prévention du tabagisme et d'accompagnement du sevrage.

« *On a beaucoup réfléchi sur un nouveau nom, plus percutant et qui parle davantage du produit, raconte-t-elle. On a eu des discussions autour du paquet, avec cette interrogation : « est-ce que le mot « paquet » englobe assez les nouveaux produits, les puffs etc ? » ». L'idée l'emporte car elle permet d'exploiter l'expression « mettre le paquet », qui implique un effort important. « La campagne met vraiment l'accent sur la motivation, et le fait d'encourager les personnes à puiser dans leurs ressources »* ajoute Élise Willame.

La campagne va aussi se dérouler sur un temps plus court. Alors qu'EVUNS s'était étalée au fil des ans sur avril-mai-juin, *Mai le Paquet* se concentre désormais plutôt sur le mois de mai, qui s'achève le jour de la lutte contre le tabac (le 31). Et pour accompagner ce côté printanier, une fleur remplace la cigarette, entre l'index et le majeur sur le logo.

Cette nouvelle dynamique vise aussi un public bien précis : les professionnel·les de terrain (santé, social, éducation, culture...), pour ne pas concurrencer la campagne *Buddy deal* de la Fondation contre le Cancer, qui s'adresse elle au grand public.



Haro sur les professionnels

En décembre dernier, la Fondation contre le Cancer a mené une enquête avec le SPF Santé Publique auprès de 18000 professionnels de santé. Elle révèle que seul un professionnel de santé sur cinq adopte un rôle pro-actif dans le sevrage tabagique lorsque la question du tabac est abordée en consultation. « *Ce sont surtout les spécialistes cardiologues, pneumologues ou oncologues qui proposent cette démarche au patient une fois qu'une pathologie est installée, et rarement en amont malheureusement* », explique Nora Mélard, experte en prévention du tabagisme à la Fondation.

Le problème est structurel, comme le prouve notamment l'absence de cours sur le sujet du tabac dans les tronc communs de médecine générale. La Fondation relève que « *le potentiel du secteur est considérable mais largement sous-exploité, principalement par manque de temps,*

¹ Le Plan Wallon Sans tabac compte une dizaine d'opérateurs (FARES, SEPT, OSH, Tabacstop, Institut Jules Bordet HUB, SSMG, FMM, CLPS, AUP, SMD)?

de ressources, de formation spécialisée et de coordination entre intervenants».

Mai le Paquet insiste donc sur le rôle des professionnels de terrain et leur fournit des ressources spécifiques, de nouveaux outils pédagogiques et un accompagnement méthodologique. Cette dimension existait déjà dans EVUNS, mais elle est davantage structurée et mise en avant dans la nouvelle version. Les équipes du FARES propose des formations, des co-animations et une forme de guidance en fonction des demandes.

Par ailleurs, si EVUNS proposait déjà des activités hybrides, *Mai le Paquet* met davantage en avant la combinaison de module en présentiel et en ligne. L'objectif est de permettre à un maximum d'acteurs de participer quelles que soient leur localisation et leur expertise.

Un carnet de Self Help

La philosophie de la campagne est « *bienveillante, positive et surtout centrée sur la personne, son contexte de vie et ses compétences, psychosociales dans le cadre du sevrage* » précise Élise Willame. À ce titre elle met en pratique les principes de promotion de la santé en présentant les bénéfices au changement et en faisant la liste des bienfaits du sevrage tabagique dans un carnet de *Self Help* de 53 pages. Imprimé à 10 000 exemplaires, il est envoyé sur demande, ou déposé dans les CLPS, au SEPT et à l'Observatoire de la Santé du Hainaut.

Le carnet se compose de trois chapitres qui détaillent les trois étapes de l'accompagnement. Qui dit sevrage, dit préparation, un peu comme pour un marathon : « je me prépare ». Ce premier chapitre remplace – « s'informer » de la campagne EVUNS. Il permet de fixer des objectifs, de repérer des personnes ressources, d'explorer ses motivations et ses dépendances pour jauger « sa balance décisionnelle ».

Les deux étapes suivantes sont restées les mêmes : « j'agis » pour ajuster « sur mesure » son arrêt, trouver des professionnels spécialisés et avancer « à petits pas » vers le changement. Et enfin, la dernière, la plus complexe fait le point sur les stratégies pour se maintenir et gérer l'urgence, les alternatives, les rechutes. Tout est passé en revue.

« *Le carnet est facile à utiliser pour le professionnel, qu'il soit tabacologue, médecin, sage-femme, dentiste, c'est un outil de liaison ou de guidance dans le cadre de sa relation thérapeutique. Les premiers retours sont bons, car la brochure est assez ludique et propose des petits défis, notamment un calendrier d'un mois sans tabac, une cocotte, des jeux* » ajoute Élise Willame.

Le calendrier du défi

Ce calendrier didactique liste les économies (10 euros par jour) et les bénéfices santé au jour le jour. Au jour 1,



© Plan Wallon Sans Tabac 2022-2026

le rythme cardiaque, la pression sanguine et l'oxygénation des cellules s'améliorent. Au jour 2, le corps ne contient plus de nicotine. Au jour 3, le goût et l'odorat s'aiguisent. Au jour 10, le corps utilise mieux le sucre et le risque de diabète réduit. Au bout d'un mois d'arrêt, un fumeur a économisé 310 euros, et gagné un meilleur sommeil, une meilleure cicatrisation, un meilleur aspect des dents et des gencives, etc...

La campagne 2026 met en avant de nouveaux outils : la cocotte mini défis – à découper dans la brochure, permet de fixer un défi et de réfléchir à ses motivations.

L'ancien site web EVUNS reste actif et a été remanié. Il donne accès à toute une série d'outils qui ont fait leurs preuves et à une mine d'informations : fiches-actions, activités, webinaires en replay. « *Un nouveau partenaire qui arrive dans la campagne et qui ne connaît pas encore trop la thématique, trouvera des clés et des balises, qu'il pourra utiliser facilement en fonction de son public* », précise Élise Willame.

Il est possible de proposer une balade avec des temps d'arrêt proposant des ateliers sur le « Respirer » (exercices de respiration, chant, quiz...), et une « chasse aux cailloux voyageurs » (une activité venue d'Allemagne). L'activité permet aux fumeurs de s'interroger sur leur tabagisme, tout en pratiquant une activité physique de manière ludique.

Enfin, un agenda liste aussi tous les événements en lien avec l'édition 2026 de *Mai le Paquet*.



Le site Web : EVUNS – Mai le Paquet
ensembleversunnouveausouffle.be

Le communiqué de presse de la Fondation contre le Cancer donne accès aux **résultats complets de l'enquête « Sensibiliser et Interdire, cela ne suffit plus »** à retrouver sur le site – sous l'onglet « Ressources ».

Puffiction :

passer par les pairs plutôt que la peur



En Wallonie, l'asbl Soutien Et Prévention Tabagique (SEPT) déploie le projet de prévention participatif « Puffiction, l'info claire sur des produits flous », pour démystifier les nouveaux produits du tabac.

► CLOTILDE DE GASTINES

Le nom « Puffiction » a émergé dans une maison de jeunes, sur le ton de la boutade, avant de s'imposer pour désigner ce nouveau projet mené par le SEPT en Wallonie et financé par l'AVIQ. En écho au film « Pulp Fiction » de Quentin Tarantino où les personnages sont accros à l'héroïne et à l'alcool, Puffiction se consacre à la thématique du tabac et entend sensibiliser à la fiction proposée par l'industrie du tabac sur la soi-disant innocuité des produits sans fumée.

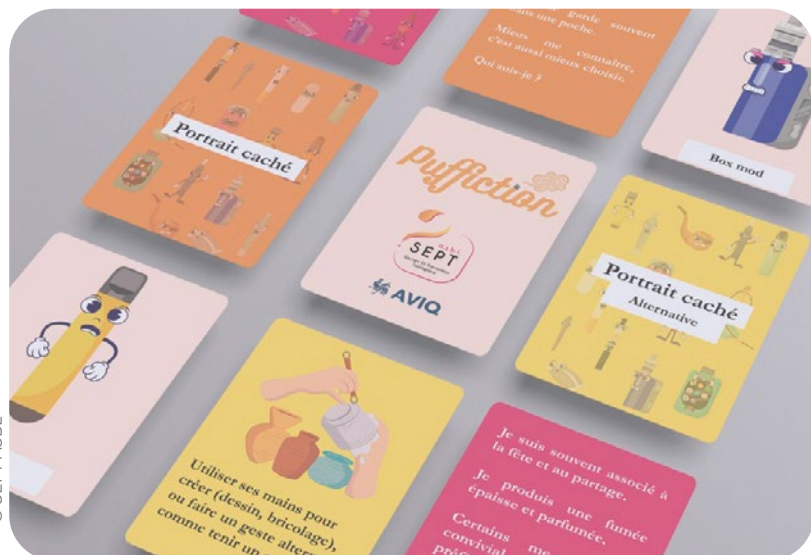
Il informe en particulier sur les puffs – ces cigarettes électroniques jetables – qui ont détrôné la cigarette classique dans l'initiation au tabac et sont désormais la porte d'entrée dans la dépendance nicotinique vers l'âge de 16 ans.

Le projet se décline de trois façons pour sensibiliser le plus largement possible sans pour autant empiéter sur le terrain du projet « Sans Filtre » porté par le Fonds des Affections Respiratoires (FARES) qui se déploie sur TikTok principalement. (Voir notre article paru en octobre 2025 *Amorçage réussi pour la campagne Sans Filtre*).

La santé, c'est pas du ciné

SEPT met sur pied des ateliers de création de supports d'information par et pour les jeunes, notamment des concours d'affiches, ou encore des goodies Puffiction floqués du slogan : « ta santé c'est pas du ciné ». Pour amorcer la discussion, SEPT propose de jouer avec deux jeux de cartes. Le premier baptisé « mythe ou réalité » permet de cerner les stéréotypes et les idées reçues sur les nouveaux produits. Le second « portrait caché » présente chaque produit, son effet et une alternative. Après ces échanges, le groupe passe ensuite à la création d'affiches et de messages de prévention.

À Lessines, des jeunes de la maison Animados ont ainsi repris les codes du jeu vidéo Fifa pour créer une affiche de type ligue des champions. Le FC non-fumeurs bat le FC Fumeurs 7-0, dont une partie de l'équipe est sur le banc de touche sous le slogan « *le vrai shoot d'énergie c'est l'entraînement, pas la nicotine* ».



« La prévention et la promotion de la santé fonctionnent mieux quand elles sont réalisées par les pairs, car cela permet d'éviter les écueils de la prévention par la peur », explique Céline Corman, coordinatrice du SEPT et psychologue. Le message, que les jeunes choisissent de porter est double et politique. D'un côté, il conscientise sur le sens de la consommation, sans diaboliser le produit ou les consommateurs pris dans les filets de l'industrie de la nicotine. De l'autre, il insiste sur l'aspect environnemental : une puff c'est du plastique, une batterie au lithium et donc difficilement recyclable.

Une puff contre la toux

SEPT convie aussi parents, professionnel·les et enfants à une conférence dédiée à la thématique en partenariat avec le FARES et également des CLPS ou des PCS. Ces moments d'échanges permettent de recueillir de nombreux témoignages. Désormais, la puff est banalisée pour son côté « fun » et « inoffensif », d'autant qu'elle « sent bon ». Pour la plupart des jeunes, consommer n'engendre « rien de grave », comparé à la cigarette classique, considérée comme dangereuse et pas du tout glamour. « *Certains parents ignorent parfois complètement les risques* », relate Céline Corman, en faisant référence à quelqu'un qui avait acheté un puff à la menthe pour son fils « *parce qu'il tussait* ». D'autres sont catastrophés. Leur intervention donne

surtout des clés pour intervenir lorsqu'un parent trouve un puff dans les mains de son enfant, et ouvrir la discussion sans dramatiser.

Enfin, SEPT tient des stands en milieu festif, sur des salons de la santé et du bien-être et des événements communaux. C'est l'occasion de distribuer des goodies (tote bag, thermos, gobelet, porte-gobelets, bob...) en échange de la participation à un quiz.



Pour aller plus loin

- ▶ l'asbl SEPT – L'équipe est joignable à l'adresse mail email@sept.be, et au 065/317.377
- ▶ Le site sept.be – Dans la rubrique outil – se trouve le test de Fagerström sur la dépendance nicotinique. Le SEPT publiera bientôt un catalogue avec une trentaine d'outils utiles en prévention du tabac et un livret « tabagisme et féminité ».
- ▶ Une page instagram – [instagram.com/puffiction_sept](https://www.instagram.com/puffiction_sept)



Agenda

La prochaine conférence « des infos claires sur des produits flous » a lieu le 26 mai à Celles à 18h – ouvert à tous : voir l'événement sur Facebook

ADHAirE : un projet-pilote pour une école sans tabac



Faire respecter l'interdiction de fumer dans les écoles pour réduire l'initiation au tabagisme chez les adolescents et l'entrée dans la dépendance. C'est l'hypothèse du projet ADHAirE qui mise sur le renforcement du cadre et l'intervention des adultes : direction, enseignants, personnel et PSE.

▶ CLOTILDE DE GASTINES

L'école pourrait être un lieu privilégié pour intervenir sur le tabagisme. En Belgique, l'âge moyen d'initiation au tabac se situe autour de 16 ans selon les données de l'enquête HBSC 2022, ce qui est stable depuis l'enquête précédente de 2018¹. Mais la consommation combinée de cigarette classique et vape est passée en 4 ans de 9 % à 14 % chez

les élèves du 1^{er} degré. Et pour les élèves de 2^e et 3^e secondaire, la proportion grimpe à 30 %.

Depuis 40 ans, toutes les tentatives de lutte contre le tabagisme scolaire semblent avoir peu d'effets. Ces actions ont souvent reposé sur la même hypothèse : informer sur les

1 Enquête HBSC 2022 – Service d'Information Promotion Éducation Santé (SIPES) sipes.esp.ulb.be/publications/enquetes-hbcs

risques de la dépendance à la nicotine suffirait à détourner les jeunes du tabac. « *Or, le tabac est un phénomène social. Personne ne se lève le matin en se disant : aujourd'hui, je vais commencer à fumer. C'est pour cette raison que les projets en éducation à la santé ont rarement été couronnés de succès, l'éducation seule ne peut pas suffire à endiguer un comportement lié à des interactions sociales* », explique Pierre Laloux. Ce doctorant de l'Institut de Recherche en Santé et Société (IRSS) de l'Université catholique de Louvain mène le projet de recherche ADHAirE = « Pour une école sans fumée où il fait bon respirer » – (en anglais : A Decent and Healthy Air for Everyone).

Le projet déployé depuis 2024 dans plusieurs établissements secondaires du Hainaut part du constat que les adolescents se mettent à vapoter ou à fumer pour appartenir au groupe et reproduire ce que font leurs pairs. Comme il ne s'agit pas d'un choix autonome éclairé, la réponse se doit d'être sociale, contextuelle et organisationnelle. ADHAirE a donc pris le parti de mobiliser la communauté scolaire.

La réglementation, pierre angulaire assumée

Pour les porteurs du projet et leurs partenaires², la prévention ne peut plus se limiter à transmettre des messages : elle doit transformer le contexte scolaire lui-même. Et en premier lieu, repenser l'application de la réglementation. Cette approche bouscule les pratiques et pourrait bien refonder durablement la prévention tabac en milieu scolaire en Belgique francophone.

La réglementation est « *un véritable outil de protection et de promotion de la santé* », rappelle Nora Mélard, experte Prévention Tabac à la Fondation contre le Cancer. Elle avait consacré sa thèse à l'efficacité systémique des politiques de réglementation du tabagisme à l'école dans le cadre du projet européen SILNE mené en partie dans le Namurois (à lire dans Éducation Santé – avril 2019). ADHAirE prolonge son dernier chapitre et met en pratique les recommandations.

Une nécessité, estiment les porteurs du projet, car le décret de 2006 qui interdit de fumer partout dans les écoles de la Fédération Wallonie-Bruxelles, y compris hors temps de cours, et dans les lieux attenants à l'établissement « *n'a jamais été évalué* », alerte Pierre Laloux. Dans les faits, il n'est pas toujours respecté, y compris par les personnels ou même les parents d'élèves.

Le Hainaut: un terrain propice

ADHAirE s'est déployé dans la Province du Hainaut entre 2024 et 2026, 15 écoles secondaires ont participé : 20 étaient intéressées initialement, 18 sont entrées dans le projet et 3 l'ont quitté avec la césure de l'été 2025.

Plusieurs raisons expliquent le choix du Hainaut. La Province connaît une prévalence tabagique plus élevée qu'ailleurs, le revenu moyen est plus faible, et l'indice socio-économique (ISE) moyen des écoles de l'échantillon est de 8,2, alors que la moyenne en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) est de 10. « *La prévalence du tabagisme est liée au revenu, c'est prouvé, même si les statistiques sur la consommation de vape et de puffs montrent que l'industrie du tabac réussit maintenant à séduire des adolescents issus de familles plus privilégiées* », précise le chercheur.

La forte implication de l'Observatoire de la santé du Hainaut, qui travaille en réseau avec les services de promotion de la santé à l'école (PSE) et Psycho-Médico-Social (PMS), a aussi pesé dans le choix du terrain. Dans les autres provinces, la collaboration entre les directions d'établissement et les PSE sur la question du tabac serait relativement rare, par manque de disponibilité, de moyens ou même de questionnement sur la possibilité de s'investir sur cette mission. « *C'est vraiment dommage parce que la ressource est là* », constate Pierre Laloux, d'autant que tous les élèves de 16 ans passent un bilan médical obligatoire. Mais rares sont les fumeurs et les vapoteurs « à risque » de développer une dépendance à la nicotine, ou déjà dépendants qui sont identifiés. « *La question est rarement posée* », regrette Céline Corman, psychologue et coordinatrice du l'asbl Soutien Et Prévention Tabagique (SEPT), qui participe au comité de pilotage du projet.

Voir, c'est croire que le tabac est la norme

L'inquiétude sur les nouveaux modes d'entrée dans la consommation de nicotine impose de réfléchir à ce qui peut façonner les comportements : le cadre, les normes, la visibilité du tabac et la cohérence des adultes. En septembre 2024, l'équipe de recherche a commencé par un état des lieux via une enquête menée auprès de 3000 élèves de 14 à 16 ans. Ensuite, chaque école a eu droit à un feedback sur la consommation (réelle et perçue) des produits de tabac.



² Construite avec la chercheuse Audrey Delaire sous la houlette du professeur Vincent Lorant, l'intervention était financée pour 4 ans par la Fondation contre le Cancer, et soutenue par le FARES, l'ONE, l'Observatoire de la santé du Hainaut (OSH) et l'asbl Soutien Et Prévention Tabagique (SEPT).

Les résultats détaillent la consommation et les perceptions de celle-ci :

- ▶ 1 élève sur 4 a déjà fumé une cigarette classique.
- ▶ 1 sur 2 a consommé une cigarette électronique ou une puff (une cigarette électronique jetable).
- ▶ 1 sur 10 a déjà expérimenté le snus, un tabac non fumé, conditionné en sachets ou en poudre humide, à placer entre la gencive et la lèvre, très fort en nicotine et interdit dans la plupart des pays européens.
- ▶ 12 % ont consommé du cannabis.
- ▶ 40 % pensent que *plus de la moitié* des élèves fument.
- ▶ 70 % pensent que la majorité des élèves vapotent.

Ces chiffres traduisent un phénomène de banalisation. Les jeunes surestiment largement la consommation de leurs pairs, ce qui renforce la normalisation du tabac et de la vape. Cette perception est en partie liée à la visibilité du tabac dans l'école :

- ▶ 40 % voient des élèves fumer à l'intérieur (toilettes, couloirs),
- ▶ 50 % dans la cour,
- ▶ 80 % à l'entrée ou dans le quartier.

L'enquête montre aussi que 42 % des élèves pensent que l'école n'en fait pas assez pour prévenir le tabac, contre 10 % qui pensent que l'école en fait trop. Et 30 % n'ont aucune opinion.

Les adultes dans l'angle mort de la prévention

L'enquête constate aussi que les adultes jouent un rôle dans la normalisation du tabac :

- ▶ 15 % des élèves voient des membres du personnel fumer à l'intérieur de l'établissement, 24 % dans l'enceinte,
- ▶ 75 % déclarent avoir vu des élèves et du personnel fumer ensemble.

Lorsque des élèves voient des membres du personnel fumer devant et parfois même dans l'école, il devient impossible de faire respecter une interdiction crédible. « *Le personnel ignore souvent que l'interdiction s'applique aussi à lui, donc ça sape la crédibilité de la règle !* » précise Pierre Laloux.

Cela explique aussi que le personnel ignore parfois les transgressions des élèves. D'ailleurs, « pourquoi interdire au fond ? » s'interrogent certains adultes qui se trouvent devant un dilemme. Certains élèves sont nicotino-dépendants et ils ne réussiront pas à arrêter de fumer sans accompagnement. De surcroît, les aides au sevrage et la possibilité de se faire accompagner par un-e professionnel-le de santé formé-e en tabacologie sont méconnues et sous-utilisées.

ADHAirE vise à replacer la règle au centre du jeu, non comme outil punitif, mais comme norme de protection collective. Dans cette perspective, la prévention tabac en milieu scolaire a besoin des équipes encadrantes pour soutenir la réglementation.

Un essai randomisé contrôlé pour changer les pratiques de l'intérieur

ADHAirE a adopté une nouvelle approche scientifique : un essai randomisé contrôlé, qui permet d'évaluer l'efficacité d'une intervention. Les chercheurs ont composé deux groupes : 9 écoles contrôle, 9 écoles intervention.

Dans les écoles intervention, deux dispositifs sont actifs. Le groupe de travail intra-école rassemble direction, enseignants, éducateurs, personnel ouvrier et élèves. Deux réunions par quadrimestre ont permis de réaliser une analyse des pratiques (sous forme de SWOT), de déconstruire les mythes (« c'est un choix personnel », « j'arrête quand je veux », « la réglementation ne fonctionne pas... »), de réviser son règlement intérieur et le schéma de sanctions, de cartographier les lieux de consommation et les transformer en points-relais vers l'aide, de fixer des objectifs pérennes selon la méthode SMART (Spécifique, Mesurable, Adaptable, Réaliste, Temporel). Certaines écoles ont même lancé des concours d'affiches et mis en place des animations par les pairs.

Le deuxième dispositif a consisté à créer un réseau inter-écoles pour permettre aux établissements d'échanger sur leurs pratiques. Entre 2024 et 2026, l'équipe d'ADHAirE a multiplié les interventions sous forme d'ateliers et de formations. « *Ça leur a permis de réseauter, et de se rendre compte que la plupart des enseignants n'étaient pas du tout au courant de tout ce qui existe comme nouveaux produits* », relate Pierre Laloux qui a pu s'appuyer sur des interventions du FARES pour lever le flou.

Élargir l'intervention en Fédération Wallonie-Bruxelles

Alors que le projet touche à sa fin, l'équipe de recherche va réaliser une seconde évaluation dans le courant du mois de mai pour voir si les statistiques de consommation, de perception et d'adhésion ont changé après deux ans de mobilisation sur le sujet dans les 9 écoles d'interventions.

Forte des leçons tirées de l'expérience ADHAirE, l'UCLouvain déploiera bientôt ASPIRE, un dispositif de diagnostics et feedback destinés à 40 établissements de la Fédération Wallonie Bruxelles. L'objectif reste le même : soutenir les écoles pour mettre en place des environnements protecteurs. La forme du feedback – simple mail, comparatif ou présentation sur place – sera attribuée par randomisation. Un appel à participation sera bientôt lancé.



La page web du projet ADHAirE | Université catholique de Louvain
uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/adhaire

Le futur Certificat en promo santé est en gestation

La création d'un certificat en promotion de la santé, en partenariat entre universités, hautes écoles et associations wallonnes et bruxelloises, s'appuie sur une étude comparative de 69 programmes de formation en promotion de la santé à l'international. Menée par le RESO, elle a permis de relever des tendances, des pratiques inspirantes et des orientations pertinentes.



► **SÉGOLÈNE MALENGREAUX**, UCLouvain/IRSS-RESO, **HÉLOÏSE VERCIER**, UCLouvain/IRSS-RESO, **DAVID VELLUT**, UCLouvain/IRSS-RESO

Former à la promotion de la santé en Belgique

Dès les années 1980, former des professionnels à promouvoir la santé devient une priorité pour plusieurs structures et institutions tant à l'international qu'en Belgique. En 1984, la faculté de médecine de l'Université catholique de Louvain (UCLouvain) crée ainsi une licence en éducation pour la santé qui s'adresse surtout à des personnes exerçant déjà une activité professionnelle. La création de la licence répond aux attentes convergentes de nombreuses associations professionnelles, de certaines autorités ministérielles de la Communauté française de Belgique et de différents responsables de l'UCLouvain, et de la Faculté de Médecine en particulier. C'est par l'organisation de cette licence que le RESO verra le jour, comme un « Réseau des Enseignements en Santé, Ouverts aux adultes », une mini-faculté ouverte aux professionnels en activité désireux de se former à l'éducation pour la santé.

Au cours des années 1990, les principes de la promotion de la santé ont progressivement été incorporés dans les cursus de santé publique. (1)

Depuis une vingtaine d'années, ces enseignements se structurent aussi en dehors de la santé publique, avec les travaux de l'Union Internationale pour l'Éducation et la Promotion de la Santé

(UIPES), notamment à travers l'élaboration de compétences et de normes professionnelles – le CompHP – spécifiques à la promotion de la santé, publiés en 2011. Ces références professionnelles permettent entre autres d'harmoniser les formations à l'échelle internationale, d'en assurer la qualité, et ainsi de renforcer la capacité des professionnels à améliorer la santé des populations. (2)

L'esprit de l'étude

Cette étude s'inscrit dans un projet visant à renforcer la formation en promotion de la santé en Région wallonne, porté



par deux centres d'expertise agréés : le RESO (UCLouvain) et le CePS de la Faculté de Médecine de l'ULiège. S'appuyant sur la recherche collaborative REFORM P² (3), il s'intègre dans la programmation 2023-2027 de la Région wallonne et poursuit deux objectifs :

- ▶ co-construire des critères de qualité pour la formation continue, sous la coordination du CePS de l'ULiège ;
- ▶ accompagner universités, hautes écoles et associations dans la création d'un certificat de formation continue en promotion de la santé, coordonné par le RESO (UCLouvain).

Avec ce projet de certificat, le RESO renoue ainsi avec ses racines. Pour mener à bien cette mission d'accompagnement, il a souhaité s'appuyer sur des formations « modèles », ayant fait l'objet d'une certification ou considérées comme inspirantes à l'échelle internationale.

Des quatre coins du monde

Cette étude, inclut 69 programmes de formation en promotion de la santé. Ils relèvent du niveau bachelier, master ou certificat et proviennent de 20 pays différents¹. Leurs points communs :

- ▶ leur intitulé ou descriptif fait explicitement référence à la promotion de la santé ;
- ▶ ils aboutissent à une forme de certification (diplôme de bachelier ou de master, ou certificat officiel).

Plus de la moitié de ces programmes (près de 60 %) sont ancrés dans un système d'accréditation en promotion de la santé (le CompHP de l'UIPES) ou en santé publique (Agency for Public Health Education Accreditation – APHEA). S'appuyer sur ces systèmes, a permis d'identifier des programmes considérés comme exemplaires au regard de références professionnelles faisant consensus en promotion de la santé, ou plus largement en santé publique. (4)

Pour chacun de ces 69 programmes, nous avons analysé puis comparé différentes dimensions : les objectifs pédagogiques et compétences visés, les intitulés et contenus des modules, les modalités d'enseignement et d'évaluation des apprentissages... Nos analyses s'appuient sur des méthodes mixtes (méthodes qualitatives et quantitatives) permettant de dégager des tendances, sans toutefois chercher à produire des résultats généralisables à l'entière de l'offre de formation en promotion de la santé.

Champ spécialisé ou autonome

L'analyse des intitulés des programmes met en évidence deux positionnements distincts : soit la promotion de la santé est envisagée comme une spécialisation au sein de la santé publique, soit elle est présentée comme un champ autonome. Dans un cas comme dans l'autre, la majorité

des programmes adoptent une approche généraliste. Ils se focalisent rarement sur une thématique particulière, sur un public spécifique ou sur un milieu d'intervention. Leur orientation est donc résolument transversale et pensée pour être mobilisable dans une diversité de contextes. Cela n'exclut toutefois pas l'existence de modules plus spécialisés au sein de certains cursus. Par ailleurs, les publics auxquels ces programmes s'adressent sont issus de domaines professionnels très variés – soins, travail social, éducation, communication, entre autres – ce qui montre un positionnement assez ouvert et intéressant pour un large éventail de pratiques et de secteurs.

Des incontournables

L'analyse des intitulés de modules, des objectifs et des acquis d'apprentissage fait apparaître plusieurs tendances « incontournables », présentes dans plus de 80 % des programmes examinés. La plupart d'entre eux débutent par un module consacré aux connaissances fondamentales : concepts-clés, valeurs, modèles théoriques, histoire de la promotion de la santé, auxquels s'ajoutent parfois des notions issues de la santé publique (surveillance, systèmes d'information, etc.). Ensuite, les programmes intègrent très fréquemment des modules visant le développement de compétences en planification, mise en œuvre et évaluation d'interventions de promotion de la santé avec, le plus souvent, une attention portée aux données probantes. Enfin, un grand nombre de cursus proposent une introduction aux données de santé publique, incluant notamment des éléments d'épidémiologie ou de (bio)statistique, afin de renforcer la capacité des apprenants à produire et interpréter ce type d'informations.

Ainsi, les domaines de compétences les plus représentés dans les programmes concernent les connaissances théoriques et les compétences en planification, en gestion et en évaluation de programmes.

Des variables intéressantes

D'autres tendances apparaissent de manière plus variable, mais sont néanmoins présentes dans plus de 20 % des programmes. Ces domaines de compétences portent sur un ou plusieurs des aspects suivants :

- ▶ le travail collaboratif (développer, faciliter ou engager des partenariats intersectoriels, interdisciplinaires ou interinstitutionnels) ;
- ▶ le leadership et le plaidoyer (déployer des stratégies de plaidoyer, s'engager dans des dynamiques territoriales) ;
- ▶ la communication en santé (marketing social, communication interculturelle, littératie en santé, etc.) ;
- ▶ les démarches participatives (analyse des ressources et besoins communautaires, animation, prise en compte des rapports de pouvoir) ;

¹ Canada, USA, Maroc, Bénin, Inde, Chine, Australie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Estonie, Géorgie, France, Irlande, Finlande, Italie, Norvège, Autriche, Belgique, Suisse, Royaume-Uni.



Les dimensions éthiques, réflexives ainsi que les approches critiques et créatives apparaissent de manière transversale dans les objectifs et acquis d'apprentissage de la plupart des programmes. Bien qu'elles fassent rarement l'objet d'un module dédié, elles occupent une place centrale, notamment à travers des approches pédagogiques actives ou expérientielles visant davantage la mise en question que la reproduction de savoirs.

La nécessité de faire évoluer les cadres de référence

La synthèse des résultats présentée ci-dessus pourra surprendre les lecteurs et lectrices d'Éducation Santé. On aurait en effet pu s'attendre à ce que certaines dimensions – comme les démarches participatives, l'*empowerment*, la littératie en santé – occupent une place centrale dans les programmes. Par ailleurs, hormis dans quelques modules singuliers, les enjeux culturels sont rarement nommés et ne font pas l'objet de compétences structurantes. La référence aux objectifs de développement durable (ODD) est également absente, alors même qu'ils constituent un levier important d'intersectorialité. Enfin, les dimensions structurelles des inégalités reçoivent peu d'attention, malgré leur rôle stratégique pour la lutte contre les inégalités sociales de santé.

En 2024, l'IUPES a entrepris la révision du CompHP afin d'y intégrer des enjeux contemporains, tels que les ODD, la santé planétaire ou encore l'approche One Health (5). Cette mise à jour traduit une volonté d'aligner les références professionnelles sur les transformations sociétales, environnementales et sanitaires qui redéfinissent aujourd'hui les priorités de la promotion de la santé.

Défendre l'équité, la participation et les droits fondamentaux

Si la question des compétences visées est essentielle, nos résultats montrent qu'elle ne suffit pas à garantir des programmes de formation capables de sociabiliser les professionnels de promotion de la santé dans un paradigme à la hauteur des ambitions formulées il y a près de 40 ans. Par exemple, les ouvrages de référence utilisés dans la formation des professionnels de la promotion de la santé aux Pays-Bas tendent à les socialiser dans un paradigme individualiste, descendant et protectionniste., comme le montre un article scientifique récent publié dans la revue SSM – *Qualitative Research in Health* (6).

- ▶ les perspectives économiques (compréhension et mobilisation de données économiques) ;
- ▶ la recherche en promotion de la santé (méthodes qualitatives, quantitatives, mixtes ou participatives).

Ces domaines de compétences sont donc souvent visés de manière secondaire ou plus aléatoire. En revanche, parmi ces domaines, ceux les moins représentés concernent la participation et la communication en santé.

Des singularités

L'analyse met également en lumière des domaines de compétences plus **singuliers**, présents dans moins de 20 % des programmes. De manière aléatoire, ceux-ci peuvent porter sur :

- ▶ des publics particuliers (péri postnatal, jeunes, personnes âgées, personnes en situation de handicap) ;
- ▶ des milieux de vie (école, travail, établissements de santé) ;
- ▶ des comportements de santé (santé bucco dentaire, activité physique, santé mentale, addictions) ;
- ▶ des maladies (MNT, maladies transmissibles, maladies chroniques) ;
- ▶ le bien-être (approche centrée sur le bien-être) ;
- ▶ les démarches communautaires (apprentissage communautaire, pratique de l'inclusion) ;
- ▶ les pratiques commerciales de santé ;
- ▶ le genre et la santé ;
- ▶ des enjeux contextuels (contextes autochtones, contextes difficiles, dimensions culturelles ou géographiques) ;
- ▶ des innovations technologiques (intelligence artificielle, e-santé) ;
- ▶ des problématiques de santé mondiale et environnementale (crise climatique).

Vers un certificat en promotion de la santé, porté par les universités, hautes écoles et associations

Le comité organisateur du futur certificat aura pour mission de mettre en musique ces repères avec les besoins du terrain et avec les réformes en cours à Bruxelles et en Wallonie. L'enjeu est de concevoir un certificat qui réaffirme des principes fondamentaux et renforce la capacité des acteurs et actrices de la promotion de la santé à agir de manière critique, éthique et engagée, afin de défendre l'équité, la participation et les droits fondamentaux.

i

Pour en savoir plus sur la méthodologie, le rapport détaillé est disponible sur le site web du RESO sous l'onglet « Développement d'un certificat en promotion de la santé ».

Références

- (1) Rootman I. (Ed.) (2001) Evaluation in health promotion: principles and perspectives (No. 92). WHO Regional Office Europe.
- (2) Dempsey C., Battel-Kirk B. & Barry M. M. (2011) The CompHP core competencies framework for health promotion handbook. Paris, France: International Union of Health Promotion and Education (IUHPE).
- (3) Malengreaux S., Fiorente M., Fonteyne G., Paridans M., Pétré B. & Aujoulat I. (2023) Projet REFORM P² – Rapport final : Stratégies pour un meilleur ancrage de la promotion de la santé et de la prévention dans la formation initiale et continue de la première ligne de soins en Fédération Wallonie Bruxelles, incluant un prototype de référentiel de compétences essentielles. Woluwe-St-Lambert. Rapport de recherche. Lien vers le rapport. À lire aussi sur educationsante.be « Un référentiel pour former la première ligne à la promotion de la santé » – avril 2024.
- (4) Akerman M., Germani, A.C.C.G. (eds) (2022) International Handbook of Teaching and Learning in Health Promotion. Springer Cham.
- (5) Harte P., Battel-Kirk B., & Barry M. M. (2025) Updating the IUHPE Core Competencies for Health Promotion: a scoping review and consultation with the health promotion community. *Global Health Promotion*.
- (6) Dijkstra I., Penders B., & Horstman K. (2025) How health promotion prevents itself from tackling health inequalities. A critical analysis of Dutch health promotion's paradigm through its handbooks (1995-2022). *SSM – Qualitative Research in Health*, vol. 7;100533

Périnatalité : soutenir la littératie est une question d'équité

Les inégalités sociales de santé sont particulièrement marquées en période périnatale, et les personnes ayant vécu l'exil sont spécifiquement concernées par celles-ci. En réalisant une fiche Lisa sur la thématique, Cultures&Santé a voulu visibiliser le rôle que la littératie en santé pouvait jouer pour contribuer à lutter contre ces inégalités.

► JEANNE DUPUIS, Cultures&Santé ASBL

Périnatalité et inégalités

La périnatalité, et plus largement les 1 000 premiers jours, c'est-à-dire la période couvrant la grossesse et les 2 premières années de l'enfant, est une période faisant l'objet d'une attention marquée à l'échelle internationale et nationale. Et pour cause, c'est une période déterminante pour

la santé de la personne enceinte et de l'enfant, risquant d'impacter leur bien-être et leur développement physique et psychologique sur le long terme. C'est aussi une période privilégiée pour (re)créer des liens avec les systèmes sociaux et de santé car, pendant celle-ci, les besoins sont plus importants et les contacts avec les professionnel·les plus nombreux.

OUTILS



En Belgique, si de manière globale la santé périnatale s'améliore (ce que confirme la baisse de la mortalité¹), il subsiste une grande disparité dans l'accès aux soins et à la santé pour les personnes enceintes et les enfants. Par exemple, à Bruxelles, les parents dans une situation socioéconomique plus précaire (en raison de la monoparentalité, de l'instabilité du logement, etc...) ont plus de risque d'avoir des soins périnataux retardés et de moins bonne qualité². Ce constat est également valable pour les personnes ayant vécu l'exil, indépendamment des barrières linguistiques.

Les dernières études du KCE³ ont pointé que l'accompagnement et la prise en charge pré et post natale n'étaient pas suffisamment intégrées⁴ et ne répondaient pas aux besoins des (futurs) parents. C'est pourquoi, depuis 2024, le déploiement d'un Programme périnatal a pour objectif d'« *assurer aux personnes enceintes vulnérables un accès effectif aux soins et à un accompagnement pendant les 1000 premiers jours. Les soins fournis seront intégrés, continus et adaptés à leurs besoins*⁵ ».

L'articulation entre ces inégalités et la littératie en santé

La littératie en santé (LS) est un ensemble de capacités mobilisées pour accéder à des informations pour la santé, les comprendre, les évaluer et les appliquer. Elle dépend notamment des capacités individuelles, du parcours de vie, de l'environnement proche mais également de la complexité des systèmes sociaux et de santé qui dispensent ces informations. Dans le contexte périnatal, voici quelques exemples de situations dans lesquelles l'exercice de la littératie en santé est mis en difficulté.



Je suis enceinte, mon médecin généraliste m'informe des étapes de l'accompagnement de base et des offres complémentaires possibles. Je n'ose pas aborder la question du coût.

Je suis enceinte pour la 2^e fois. Pour ma première grossesse j'étais à l'étranger, je n'ai aucune idée de l'accompagnement prévu ici et je ne maîtrise pas les langues nationales.

Je suis enceinte, et comme ma mère avant moi, j'ai pris rendez-vous à l'hôpital. Cet environnement me stresse et le médecin parle vite, je ne comprends pas ce qu'il me dit.

Ces exemples illustrent la répartition inégale de la littératie en santé dans la société, et son interdépendance avec des facteurs socio-économiques⁶ et l'accessibilité des services. Généralement, plus on dispose de ressources matérielles et sociales, plus il est aisé d'utiliser les services et informations pour sa santé. Une étude récente menée en Île-de-France auprès de femmes enceintes montre que parmi les mères ayant un faible niveau de LS, on retrouve « *davantage de femmes ayant des difficultés sociales, comme un hébergement précaire (...), ou une situation financière jugée juste ou compliquée (...)* »⁷, ces différences s'observant au sein même de territoires défavorisés.

Toutefois il est possible d'agir sur l'exercice de la LS, en facilitant l'utilisation des informations pour la santé par toutes et tous. De cette manière, renforcer la LS permet de contribuer à réduire l'impact négatif des inégalités sociales sur la santé.

Littératie en santé en période périnatale: quelles spécificités ?

Si les inégalités en matière de LS affectent une part importante de la population, la littératie en santé devient particulièrement cruciale dans certains moments de vie. C'est le cas de la période périnatale. Durant cette période, l'exercice des compétences en santé est bouleversé par une série de facteurs.

1 Morts-nés

2 Claudia Schoenborn, Katia Castetbon, Myriam De Spiegelaere, *Country of birth as a potential determinant of inadequate antenatal care use among women giving birth in Brussels. A cross-sectional study*, PLoS ONE 17(4), 2022.

3 Nadia Benahmed, Mélanie Lefèvre, Wendy Christiaens, et al., *Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque*, Health Services Research, Bruxelles, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, KCE Reports 326B, 2019.

4 Les soins prénatals intégrés sont des soins délivrés par une équipe pluridisciplinaire qui collabore. Les parents sont accompagnés par un professionnel de santé de référence qui oriente au besoin vers les autres professionnels.

5 INAMI, *Plan interfédéral soins intégrés – Programme de soins intégrés: Soins et accompagnement des femmes enceintes, des enfants et de la famille qui les entoure lors des premiers 1000 jours* (consulté en mars 2026).

6 Jiwon Kim, Alexander Heazell, Maya Whittaker, et al., *Impact of health literacy on pregnancy outcomes in socioeconomically disadvantaged and ethnic minority populations: A scoping review*, Int J Gynaecol Obstet, 168(1), 2025.

7 Cécile Cazé, Pauline Jaouannet, Karen Assmann, et al., *Agir en faveur de la littératie en santé en périnatalité en île-de-france: description des différents profils des femmes enceintes*, Bull Epidemiol Hebd, (12), 207-15, 2025.

- ▶ **Des systèmes sociaux et de santé complexes.** Le parcours de santé pendant cette période est complexe, émaillé de nombreuses démarches administratives à mener, de multiples intervenant-es et lieux d'accompagnement à rencontrer. Cela implique de comprendre les étapes du parcours de prise en charge, leur ordre, les rôles et complémentarité des différent-es intervenant-es (ex.: domaine d'expertise), mais aussi les rôles sociaux que l'on attend des parents à chacune des étapes (ex.: documents à apporter, démarches préalables à la consultation, prise de rendez-vous).
- ▶ **Une abondance d'informations.** Les informations de santé arrivent de toute part, parfois très techniques, parfois contradictoires. Les domaines de la périnatalité et de la parentalité (ex.: pratiques d'allaitement) sont des domaines dans lesquels l'échange d'informations entre générations, au sein de la famille ou du réseau social est important.
- ▶ **Un temps limité.** La périnatalité est une période définie dans le temps, avec tout un univers social et technique à apprivoiser, lié au parcours de santé et avec une grande quantité d'informations à absorber. Le temps est également compté à chaque rendez-vous et encore plus lors du séjour à la maternité, qui ne se résume le plus souvent qu'à deux jours.
- ▶ **Une santé mentale fragilisée.** Les transformations physiques, hormonales et identitaires, combinées aux exigences sociales et organisationnelles, peuvent fragiliser la santé mentale. Cette vulnérabilité est amplifiée lorsque l'environnement est peu soutenant ou les services non adaptés.

Ces facteurs illustrent à quel point, au-delà des caractéristiques sociodémographiques individuelles, l'exercice de la littératie en santé dépend de la capacité des systèmes

sociaux et de santé à s'adapter. Il est donc toujours possible d'agir, en rendant plus accessibles et utilisables les services et les informations pour la santé.

L'exil, une situation de vulnérabilité

Les personnes ayant vécu l'exil se retrouvent, notamment en raison de politiques de non-accueil et d'un racisme systémique, dans des situations de vulnérabilité spécifiques dues à une articulation particulière des facteurs de risque, notamment en termes de LS. Chacun des facteurs décrits plus haut peut, en effet, être décliné au regard des spécificités liées à l'exil.

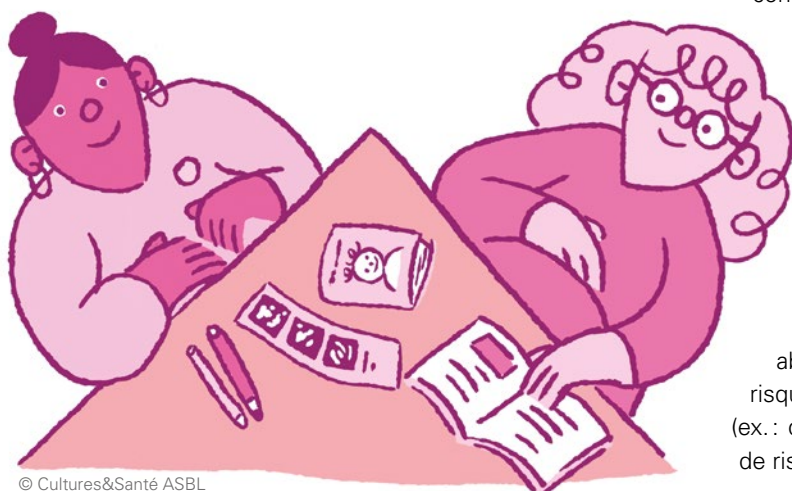
Par exemple, la complexité des systèmes et démarches en lien avec la périnatalité l'est encore plus pour des personnes peu familières avec les services, ayant peu de repères dans le système ou n'ayant pas de professionnel-les de confiance. Cette complexité est encore amplifiée pour les personnes en demande de protection internationale et les personnes sans papiers, qui sont soumises à des régimes différents pour l'accès aux soins de santé.

Les violences institutionnelles vécues durant les procédures de demande de protection internationale⁸ et le statut de sans-papiers viennent ajouter, à la complexité préexistante, de la méfiance envers les institutions.

Faute d'accès aux services, les informations données par les proches vont être privilégiées.⁹ Même s'ils et elles réalisent que ces infos sont moins fiables, elles sont cependant plus ancrées et porteuses de sens, car elles sont partagées par des pairs, ayant un même bagage culturel.

Les proches sont également des relais pour aider dans les démarches ou les rendez-vous, quand s'ajoute une barrière linguistique. Indispensables en l'absence d'un dispositif d'interprétariat, ils n'en sont pas moins un risque pour la confidentialité ou l'autonomie dans le parcours périnatal des personnes enceintes.

Tous ces facteurs viennent souvent retarder l'entrée dans le parcours périnatal¹⁰, et ainsi encore raccourcir le temps d'accompagnement si précieux. Il n'est pas rare que les personnes enceintes exilées aient leur première consultation au 3^e trimestre de la grossesse. Ce qui représente, au-delà des enjeux liés au temps restant pour aborder tous les sujets du parcours périnatal, un risque direct pour la santé du parent et de l'enfant (ex.: déficit dans le dépistage précoce de facteurs de risque).



© Cultures&Santé ASBL

⁸ Cultures&Santé, *Parcours d'exil, procédures et violences institutionnelles*, Rapport Table santé migrant-es, Bruxelles, 2021.

⁹ Jiwon Kim, *idem*.

¹⁰ Claudia Schoenborn, *idem*.

À situation multifactorielle, réponse plurielle

Afin de répondre à ces différents défis, plusieurs leviers sont possibles et à activer ensemble.

D'une part, la **simplification du parcours** est essentielle. Le programme interfédéral y travaille en soutenant les accompagnements intégrés et adaptés aux besoins des familles (ex. : code INAMI pour la coordination du soin et de l'aide). La simplification doit aussi s'opérer à l'échelle des structures afin de faciliter l'accès et l'utilisation des informations pour la santé qu'elles dispensent. Cela renvoie à la notion de littératie en santé organisationnelle¹¹.

Ensuite, il semble indispensable de **lever la barrière linguistique, voire culturelle**. Une série de mesures doivent être mises en place pour permettre l'échange et la communication avec toutes et tous. Ceci nécessite de s'organiser afin de pouvoir proposer des consultations avec des interprètes ou médiateur·rices culturel·les, de traduire les supports d'information produits, d'utiliser au maximum des images ou objets pour expliquer les informations. Il existe par exemple la valise de grossesse de Vollemaan¹², un outil culturellement sensible pour parler de la grossesse.

Enfin, il est nécessaire de **proposer des offres qui soutiennent les futurs parents dans le parcours** périnatal. Deux démarches, en lien avec l'approche de promotion de la santé, peuvent inspirer ces initiatives et faciliter l'accès à l'information pour les personnes qui en sont plus éloignées. La démarche d'« aller-vers » ainsi que la création d'« espaces collectifs ».

Aller vers les publics, c'est par exemple, développer l'offre d'accompagnement en partenariat avec des associations de première ligne (ex. : des maisons de quartier, des ONG), avec lesquelles les personnes ont déjà établi un lien de confiance. Ces partenariats permettent également de démedicaliser ce qui peut l'être et simplifier le langage des informations échangées.

Les avantages de l'approche collective

L'approche collective permet de sortir des rôles et codes potentiellement stressant ou hiérarchiques de la consultation individuelle. Les professionnel·les disposent de plus de temps pour expliquer. Les échanges avec les participant·es permettent d'approfondir les informations, les questionner, les contextualiser. Les participant·es échangent également des expériences, des trucs et astuces plus adaptés à leurs contextes de vie. Enfin, c'est un espace de socialisation, de valorisation des savoirs et savoir-faire et de renforcement de compétences individuelles.

Group care¹³ propose par exemple une forme alternative de soins prénataux, composée de 10 séances collectives de deux heures destinées aux personnes enceintes et leur partenaire. Ces séances permettent de faire à la fois le suivi médical mais également d'échanger avec le groupe des connaissances et expériences. En favorisant la participation active, le processus soutient l'utilisation des informations par les personnes et leurs choix éclairés.

Les **ateliers sociolinguistiques**¹⁴ sont un autre exemple de renforcement collectif de l'exercice de la LS. Ils permettent d'appliquer l'apprentissage du français dans le parcours très concret de la périnatalité : acquisition du vocabulaire spécifique, prise de rendez-vous, remplissage de formulaire, visite de la maternité, etc.



© Cultures&Santé ASBL

i

À l'agenda!

Cultures&Santé vous donne rendez-vous le 28 mai 2026 pour le Lis'Apero périnatalité : une rencontre conviviale autour de démarches innovantes dans l'accompagnement périnatal. L'équipe vous présentera la **fiche Lisa 10**.

Cette fiche synthétique propose des leviers concrets pour illustrer ces principes. Rendre les services et informations accessibles et utilisables par toutes et tous est une responsabilité partagée à différents échelons (politique, institutionnel, professionnel), ce qui nécessite les efforts coordonnés de chacun·e.



Infos pratiques

- ▶ **Quand?** Jeudi 28 mai 2026, de 15h30 à 18h30
- ▶ **Où?** à Cultures&Santé, rue d'Anderlecht 148, 1000 Bruxelles.

Plus d'info et inscriptions sur la page agenda de cultures-sante.be

¹¹ Cultures&Santé, Cap littératie en santé organisationnelle, Bruxelles, 2025

¹² Vollemaan, Cultuursensitieve zwangerschapskoffer, Bruxelles, 2021

¹³ Plus d'information sur la page Group Care Belgium – Groepszorg tijdens de zwangerschap

¹⁴ À lire l'article paru en mai 2024 sur les ASL Naissance de liens intersectoriels autour de la périnatalité – Éducation Santé

- 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



Avec le soutien de :

