

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé – educationsante.be
Chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles
N° 437 / NOVEMBRE 2026

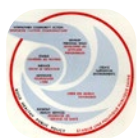


PB-PP
BELGIE(N)-BELGIQUE
CHARLEROI X | P401139

NUMÉRO SPÉCIAL

**40 ans
d'Ottawa:**
héritage, limites
et nouveaux
horizons

Sommaire



3

Ottawa, une soif d'idéal



6

Réduction des ISS:
un choix politique



8

Orkan Okan: « L'école
doit alléger le fardeau
des enfants »



10

Alcool, tabac,
malbouffe: la lutte
des argumentaires



13

Genre: de l'égalité
à l'intersectionnalité



16

Climat: le secteur gère
l'inaction politique



18

Migrations: sortir
des sentiers battus



20

Décoloniser Ottawa, oui!
Mais comment?



23

Résister
à la brutalisation



education.sante.be

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

Retrouvez-nous aussi sur: [facebook.com/revueeducation.sante](https://www.facebook.com/revueeducation.sante)

[linkedin.com/company/education-sante](https://www.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, Carine Maillard, Julie Luong. **RÉDACTRICE EN CHEF**: Clotilde de Gastines (education.sante@mc.be). **ÉQUIPE**: Marie Lennerts, Carine Maillard. **CONTACT ABONNÉS**: education.sante@mc.be. **COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT**: Geneviève Aubouy, Martin de Duve, Dominique Doumont, Sirine El Khoury, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Estelle Georgin, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Vincent Lorient, Denis Mannaerts, Bruno Vankelegom, Élise Willame. **COMITÉ OPÉRATIONNEL**: Tania Antonioli, Ouafa Boughir, Nathalie Cobbaut, Frédéric Deconinck, Céline Demonceau, Dominique Doumont, François Negrel. **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 TOUS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**: Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET**: education.sante.be. **COURRIEL**: education.sante@mc.be. Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site [educationsante.be](https://www.educationsante.be). Notre site adhère à la plate-forme [promosante.net](https://www.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.

Ottawa, une soif d'idéal

Invoquer la Charte d'Ottawa est un réflexe en promotion de la santé. Boussole pour l'action, tel le serment d'Hippocrate, ce réflexe rassure ceux qui la connaissent, déroute ceux qui la découvrent pour la première fois, et agace parfois ceux qui ont l'impression que le secteur de la promotion de la santé se l'est accaparée.

► CLOTILDE DE GASTINES

Pour les 40 ans du texte, Éducation Santé a choisi de s'emparer des doutes et des remises en question pour déconstruire Ottawa. Car si la Charte de 1986 est bien connue, ses nombreuses actualisations le sont moins, alors qu'elles ont tenté de pallier ses manques, d'améliorer ses stratégies, ses connaissances et ses postures, et ainsi d'augmenter sa portée.

« Nous ne pensions pas changer le monde »

En novembre 1986, 235 personnes, pour la plupart issues de pays de l'OCDE, se réunissaient à Ottawa. Le monde était alors en pleine guerre froide et le mur de Berlin n'était pas tombé. « *Nous ne pensions pas changer le monde aussi radicalement*, se remémore Evelyne de Leuw, aujourd'hui titulaire de la Chaire d'excellence en recherche du Canada "Une Seule Santé Urbaine" à l'Université de Montréal. *J'étais étudiante, jeune et ignorante. Je me disais que c'était juste une déclaration, mais c'était sans compter sur l'habileté d'Illona Kickbusch, la mère de la promotion de la santé, qui avait soigneusement préparé la rencontre en amont.* »

La Charte a posé les fondements d'une « *nouvelle santé publique* » et de ses stratégies : agir sur les déterminants sociaux de la santé, élaborer des politiques publiques saines, créer des environnements favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles, et réorienter les services de santé. Ses principes ne sont pas pour autant gravés dans le marbre, car depuis 1986, une dizaine de Chartes, conférences mondiales et déclarations ont permis de prolonger le texte fondateur pour que la vision initiale s'adapte à l'évolution des contextes sanitaires, sociaux, climatiques et politiques. (voir infographie p. 4 et 5)

Actualiser Ottawa, un défi permanent

Les principes de la Charte d'Ottawa ont été progressivement repensés à la lumière des rapports de domination,

des inégalités sociales de santé, de la crise climatique, de l'influence des lobbies ou encore de la complexification des environnements informationnels.

Ce dossier vise à nourrir la réflexion sur les points à actualiser et s'interroge sur les marges de manœuvre des acteurs et actrices de la promotion de la santé, du social et de la santé.

Pour commencer, et ce malgré les ambitions politiques affichées, les inégalités sociales de santé demeurent



La Charte a posé les fondements d'une « nouvelle santé publique » et de ses stratégies.

encore très marquées en Belgique, notamment en raison de la persistance d'approches centrées sur la responsabilité individuelle plutôt que sur les déterminants sociaux (p. 6).

Le même travers touche les efforts en matière de littératie. Ainsi, le chercheur allemand Orkan Okan décrit l'importance de renforcer la littératie en santé organisationnelle pour contrer l'infobésité et la désinformation (p. 8). Son modèle d'« école promotrice de littératie en santé » vise à adapter à la fois l'organisation, la communication et les pratiques scolaires, dans le but d'alléger le fardeau des enfants et de réduire les inégalités sociales de santé.

Mais tous ces efforts pour améliorer les environnements impliquent aussi de mettre en lumière la puissance des lobbies, notamment du tabac, de l'alcool et de l'agroalimentaire, dont les stratégies commerciales freinent la mise en place de politiques favorables à la santé (p. 10).

Lever les angles morts

Le texte fondateur comportait aussi des angles morts. Sur la question du genre, il reconnaissait certes les femmes et les hommes comme des partenaires égaux en promotion

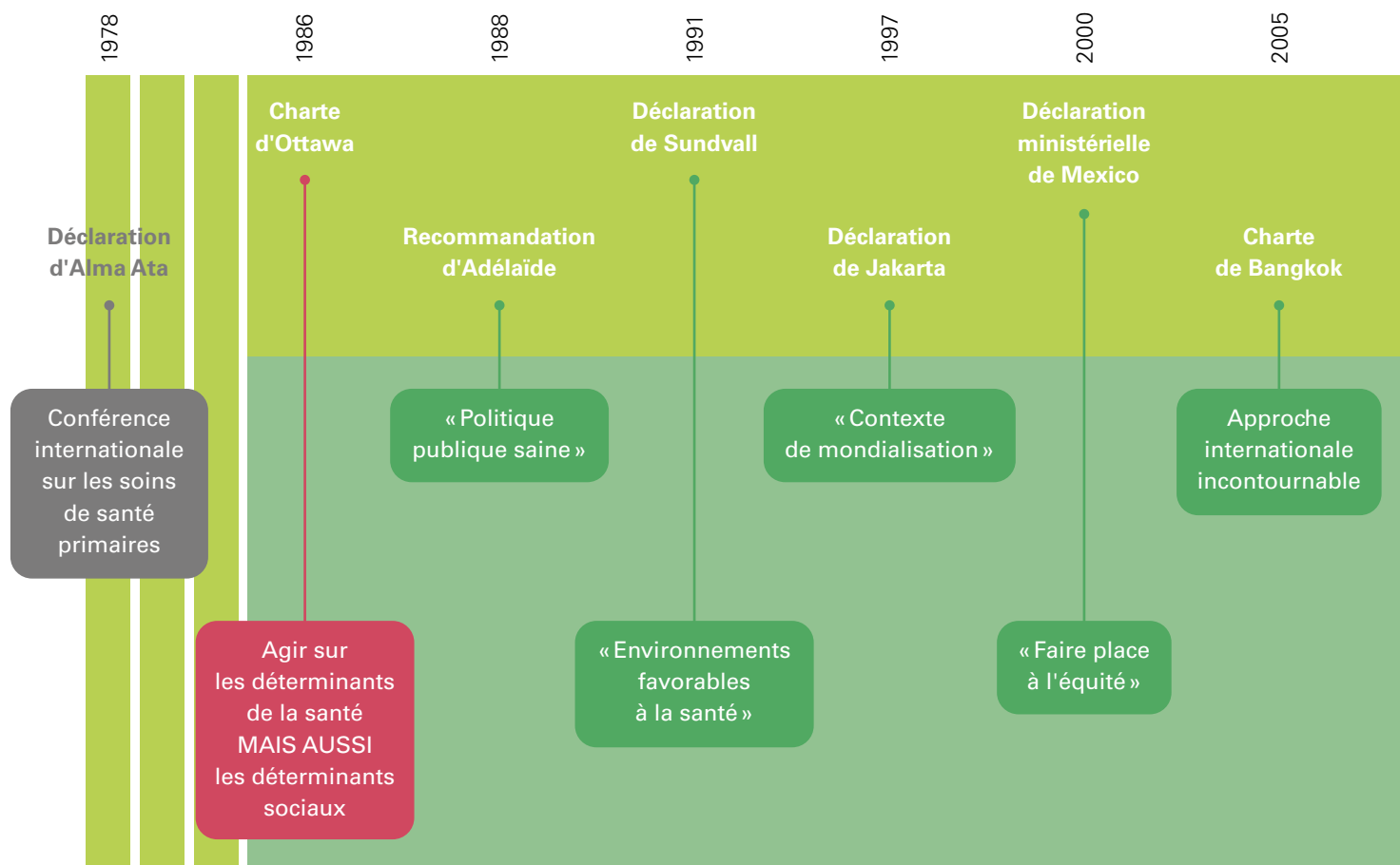
de la santé, mais les approches contemporaines mettent désormais davantage l'accent sur l'équité et l'intersectionnalité (p. 13).

Par ailleurs, sur la question des limites planétaires, l'urgence est désormais de mise. Les chercheurs du CERAC insistent sur le fait que le changement climatique est devenu un déterminant majeur de santé, qui expose davantage les populations précarisées (p. 16).

Enfin, la Charte identifiait la paix, le logement et la justice sociale comme des prérequis à la santé, sans toutefois aborder explicitement les enjeux migratoires (p. 18). Dans un contexte marqué par les migrations, les conflits et les déplacements liés aux guerres et au changement climatique, certains acteurs et actrices plaident pour ajouter un axe « Santé et mobilités humaines » à la promotion de la santé, afin de garantir un accès effectif à la santé indépendamment du statut administratif.

À travers les travaux actuels sur le racisme en santé, il est aussi nécessaire de décoloniser les politiques et les pratiques de promotion de la santé et d'actualiser la Charte pour qu'elle tienne davantage compte des rapports de domination liés aux héritages coloniaux (p. 20).

La promotion de la santé au cours des grandes conférences internationales et les principes qu'elles ont mis en avant



Actualisation de l'infographie de Promotion Santé Ile-de-France
(promotion-sante-idf.fr/sinformer/comprendre-promotion-sante/promotion-sante-chartes-internationales)

Renouer avec l'ambition politique

Les 9 et 10 novembre prochains, la conférence de Montréal, dont certains débats seront rediffusés en ligne, propose de changer de paradigme en passant de la promotion de la santé à la promotion d'« Une seule santé ». Une partie de la conférence sera consacrée à la nécessité de créer de nouveaux partenariats intersectoriels avec le social, le médical et les acteurs et actrices de l'environnement.

Le thème de la conférence renoue avec l'ambition que la promotion de la santé soit subversive. « *Au centre du logo de la Charte d'Ottawa figurent les termes "enable, mediate, advocate". Ce sont les stratégies pour rééquilibrer les pouvoirs. La santé est politique. C'est une lutte, une contestation, comme le dit Harold Lasswell: faire de la politique, c'est décider qui obtient quoi, pourquoi, quand et comment* », précise Evelyne de Leuw.

L'heure est donc au « plaidoyer massif », estime Louise Potvin de l'École de santé publique de l'Université de Montréal. Invitée du symposium en l'honneur du départ à la pension de Stephan Van den Broucke de l'UCLouvain fin septembre, la présidente de l'International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) a pris le temps de distinguer plusieurs

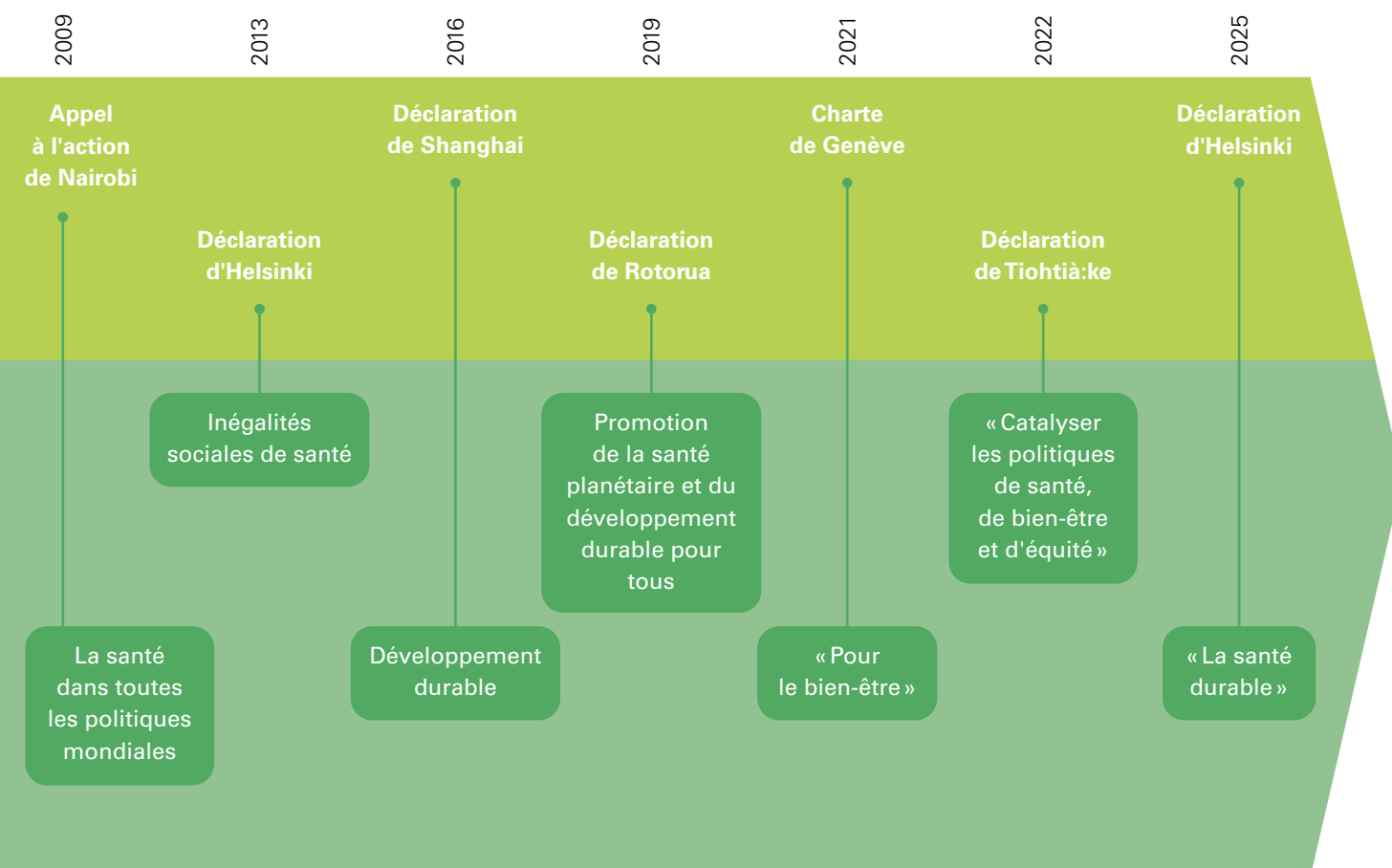
formes de pouvoir dans sa présentation : « *Le savoir, les pouvoirs économique, politique, idéologique et narratif, celui des réseaux citoyens et celui de la "disruption".* »

Elle en tire cinq leçons stratégiques pour la santé publique : consolider le pouvoir des citoyen·nes, développer l'auto-défense idéologique, renforcer le pouvoir du savoir, s'allier pour user du pouvoir disruptif, et défier le pouvoir économique et politique des intérêts financiers. Pour le plaider, cela suppose d'inclure une analyse du pouvoir, d'ajuster sa stratégie à son auditoire, de s'allier hors du secteur de la santé et d'élargir les messages.

« *Il y a de l'espoir pour un monde meilleur. Ne soyons pas déprimé·es parce que quelques personnes stupides font des choses stupides : c'est un contretemps, les derniers sursauts d'un monde qui disparaît* », estime Evelyne de Leeuw.

Bonne lecture ! ■

Suivez la conférence de Montréal en ligne sur 40e-charte-ottawa.openum.ca



Réduction des ISS : un choix politique

Les inégalités sociales de santé (ISS) restent importantes en Belgique malgré la mobilisation intersectorielle. S'il n'a pas donné de clés d'actions, le texte fondateur de la promotion de la santé a contribué à les prendre en considération. ESPRist plaide pour remettre les inégalités au sens large à l'agenda politique des différents niveaux de pouvoir.

► CARINE MAILLARD

« Les participants s'engagent à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés ». En 1986, la Charte d'Ottawa a amorcé un virage majeur en évoquant les inégalités parmi les déterminants sociaux de la santé, et en mettant l'équité en santé au cœur de ses intentions. Toutefois, il a fallu attendre la déclaration d'Helsinki en 2013 pour que les ISS soient citées en tant que telles.

« En 1986, les ISS n'étaient pas encore un concept dont on parlait beaucoup, note Nathan Charlier, directeur du laboratoire Émancipation sociale, Santé des Populations, Réduction des Inégalités sociales dans des sociétés en transition (ESPRist) à l'Université de Liège. À cette époque, les grandes études épidémiologiques qui montrent l'impact des ISS étaient encore récentes. »

La Charte a orienté l'action
de tout un secteur et un ensemble
de politiques publiques
vers la prise en compte des inégalités
sociales de santé.

La Charte d'Ottawa inscrit explicitement l'impératif de réduire les écarts en termes d'état de santé et d'offrir à tous et toutes les mêmes ressources et possibilités, tout en posant un cadre structurel clair : l'accès à un abri, l'éducation, la nourriture, un revenu, la justice sociale et l'équité.

La persistance des ISS en Belgique

40 ans plus tard, les données épidémiologiques traduisent sans concession la persistance des inégalités sociales et leur impact sur la santé des Belges. Par exemple, entre

les diplômés du supérieur et les hommes sans diplôme, l'écart d'espérance de vie à 25 ans dépasse 7,5 ans ; quant à l'écart d'espérance de vie sans incapacité, il atteint 18 ans. De plus, les travailleurs les plus précaires présentent un « surrisque » de 57 % d'incapacité primaire et de 121 % d'invalidité par rapport aux travailleurs plus aisés (Rapport de l'Agence intermutualiste Inégalités sociales en Santé 2019).

« On peut avoir deux lectures de l'impact de ce cadre proposé par Ottawa, analyse Nathan Charlier. Si l'on s'en tient aux chiffres, il est clair que les ISS ne se sont pas atténuées, bien au contraire. Mais si l'on considère les actions du secteur de la promotion de la santé et les politiques publiques, on peut constater qu'il y a eu un impact réel : la Charte a orienté l'action de tout un secteur et un ensemble de politiques publiques en matière de promotion de la santé. Elle a placé les inégalités au cœur de la définition même de la promotion de la santé. »

Une ligne directrice, sans plan opérationnel

L'un des reproches formulés régulièrement à l'encontre de la Charte d'Ottawa est d'énumérer des principes théoriques sans proposer de plan opérationnel. « Elle donne une ligne directrice dont les acteurs et actrices de terrain vont s'inspirer afin de la traduire dans leurs interventions, estime Estelle Georgin, attachée de recherche chez ESPRist. Mais elle ne dit pas comment allouer les budgets ou prendre les décisions collectives, par exemple. Son intention est très large, alors que le secteur a un pouvoir restreint, ce qui crée d'ailleurs un certain sentiment de frustration. »

Ce pouvoir est en partie lié au financement. Les enveloppes budgétaires de la promotion de la santé sont limitées, en comparaison avec celles consacrées à la santé. En Wallonie, actuellement, les secteurs de la promotion de la santé et de la prévention reçoivent 1,7 % des dépenses globales de santé. « Il est de plus en plus difficile de financer une

série d'associations qui agissent sur différents déterminants de santé, comme le logement, les conditions socio-économiques, etc. Ce sous-financement place les acteurs en concurrence. Nous nous retrouvons actuellement, en Belgique comme en Europe, dans la situation de l'époque où la Charte d'Ottawa a été écrite, avec des politiques néolibérales qui mènent à une réduction de l'intervention étatique, engendrant entre autres une augmentation des ISS... », regrette Nathan Charlier qui plaide pour remettre les inégalités au sens large à l'agenda politique des différents niveaux de pouvoir.

Néanmoins, les discussions actuelles autour du futur Plan wallon de promotion de la santé (Wapss) font le lien avec la politique de réduction de la pauvreté : « Elle fait l'objet d'un traitement transversal au niveau wallon, sous la responsabilité du ministre-Président Adrien Dolimont, dont le travail est de vérifier que les politiques menées dans différents secteurs contribuent à réduire la pauvreté ou, en tout cas, ne vont pas l'aggraver... », précise-t-il, avant de rappeler que le Haut Conseil stratégique doit également veiller à ce que toute politique publique n'ait pas d'impact négatif sur la pauvreté, le réchauffement climatique et l'emploi.

Le piège de la responsabilisation individuelle

La lutte contre les ISS se heurte aussi à un autre écueil : les responsables politiques ont trop tendance à mettre en avant la responsabilité des individus. Même si la Charte d'Ottawa pose la nécessité pour les personnes d'acquiescer des compétences individuelles et d'adopter des comportements favorables à la santé, elle place ceci dans un ensemble de conditions. « La Charte évoque la nécessité d'avoir un environnement favorable et insiste sur la nécessité d'agir transversalement dans tous les domaines, et au

niveau de toutes les politiques publiques, insiste Estelle Georgin. Isoler les comportements individuels n'est pas dans la logique ni des acteurs et actrices de terrain, ni de la Charte, car même les éléments qui relèveraient de la responsabilité individuelle sont conditionnés par d'autres facteurs, plus collectifs et structurels... Les 5 axes de la Charte se complètent et se répondent. »

Prendre en compte tous les milieux de vie (« là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime » comme le mentionne la Charte) permet aux acteurs et actrices de la promotion de la santé de travailler à la croisée de déterminants individuels et collectifs, et ne pas agir seulement sur l'un ou l'autre. « Par exemple via la participation des personnes, en leur donnant des clés pour penser leurs conditions de vie différemment, des outils pour se mobiliser... On n'agit alors pas seulement sur leurs compétences et leur comportement individuel, mais aussi potentiellement sur leur quartier, la qualité de leurs écoles ou de leur lieu de travail », renchérit Nathan Charlier. Les acteurs et actrices de terrain peuvent ainsi révéler aux individus qu'ils disposent d'un certain pouvoir d'action sur leur environnement, au niveau local. Ils peuvent aussi se rassembler pour porter un discours politique.

Leur conseil aux professionnel·les du secteur ? « Poursuivre leur travail transversal sur les déterminants sociaux de santé afin d'avoir une compréhension globale des publics et ne pas attendre des politiques pour innover dans la manière de rencontrer les besoins des populations et améliorer leurs conditions de vie », complète Estelle Georgin. Certes, l'articulation tant entre niveaux de pouvoir qu'entre publics cibles ou champs d'action complique le travail des acteurs et actrices de terrain, mais nos interlocuteurs concluent sur ces mots : « Si la promotion de la santé était simple, ça se saurait... » ■



La Charte d'Ottawa inscrit explicitement l'impératif de réduire les écarts en termes d'état de santé et d'offrir à tous et toutes les mêmes ressources et possibilités. Ici, une vue sur Ixelles depuis l'Avenue Louise (Bruxelles).

Orkan Okan :

« L'école doit alléger le fardeau des enfants »

Depuis 1986, la littératie en santé est passée d'une idée implicite — donner aux personnes les moyens de mieux agir pour leur santé — à un concept plus large : la capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de l'utiliser. L'ère du numérique oblige à développer de nouvelles compétences. Le chercheur allemand Orkan Okan, professeur de littératie en santé à l'Université technique de Munich (TUM), propose d'intégrer la littératie en santé aux programmes scolaires et à la formation initiale et continue des enseignant·es. Entretien

► PROPOS RECUEILLIS PAR CLOTILDE DE GASTINES

Éducation Santé : Qu'est-ce qui vous a conduit à devenir chercheur en littératie en santé ?

Orkan Okan : Au cours de ma formation d'enseignant de primaire, pas un seul cours n'abordait la santé des enfants ou la manière dont les enfants peuvent s'informer et agir pour leur santé. Je trouvais cela très dommage. J'ai donc consacré ensuite mes recherches aux aspects éducatifs et pédagogiques de la promotion de la santé vers des enfants et des adolescent·es. La littératie en santé est un levier essentiel pour former des citoyen·nes capables de comprendre les enjeux du « One Health » et de la santé mondiale, et d'agir en conséquence. Deux dimensions importantes au sein de l'écosystème plus large de la santé publique.



Le concept de littératie en santé ne figure pourtant pas dans la Charte d'Ottawa, et ce n'est pas pour autant un concept nouveau pour la promotion de la santé. D'où vient-il ?

O.O. : Ilona Kickbusch et Don Nutbeam, les principaux coauteurs de la Charte, expliquent que le concept

n'existait pas encore en 1986. Toutefois, le directeur de l'OMS de l'époque, Halfdan Mahler, en parlait déjà dans ses discours. Depuis, elle est devenue un enjeu central dans tous les documents des conférences mondiales de promotion de la santé organisées par l'OMS. En 2016, lors de la 9^e Conférence, elle a même été citée comme l'un des trois piliers pour atteindre les objectifs de développement durable, avec la recommandation de l'intégrer aux programmes scolaires et à la formation initiale et continue des enseignant·es.

Pourquoi les directions d'école et les enseignant·es devraient-ils et elles s'intéresser à la littératie en santé ?

O.O. : La littératie en santé personnelle concerne l'individu : comment il trouve, comprend, évalue et utilise l'information de santé pour prendre des décisions. Mais cette vision a tendance à oblitérer que l'individu est inséré dans un environnement social. Quelqu'un qui travaille toute la journée, gagne mal sa vie, s'occupe de ses enfants et de ses parents, et s'effondre de fatigue le soir n'aura ni l'énergie ni la capacité de chercher et d'utiliser de l'information santé, à l'inverse d'une personne disposant de meilleures ressources et d'un fardeau plus léger dans sa vie quotidienne. C'est la question des inégalités structurelles, de revenus, matérielles, sociales, géographiques et éducatives.

D'où l'importance de développer la littératie en santé organisationnelle. À l'origine, le concept a été élaboré pour les hôpitaux aux États-Unis pour ne plus faire peser sur les

patient-es la charge d'améliorer l'organisation des soins. Les hôpitaux *health literate* (favorables à la littératie en santé) veillent à ce qu'un-e patient-e soit bien pris-e en charge, indépendamment de son niveau personnel de littératie en santé.

Nous avons transposé ce raisonnement aux écoles, aux établissements préscolaires et aux autres structures éducatives. Nous ne commençons pas par pousser les enfants à changer de comportement; nous changeons le système et l'environnement afin de réduire les exigences et la complexité auxquelles ces enfants sont confrontés, quel que soit leur milieu social.

À quoi ressemble concrètement ce modèle d'école promotrice de littératie en santé (*Health-Literate School*) que vous avez développé?

O.O.: Il comporte huit standards, et un seul concerne l'enseignement aux enfants (retrouvez le détail sur le site web d'Éducation Santé, ndlr). Une école ne doit pas seulement enseigner la littératie en santé aux élèves, elle doit adapter son fonctionnement, ses pratiques, sa communication et son environnement afin de rendre les informations et les décisions en matière de santé compréhensibles et accessibles à tous les acteurs et actrices de la communauté scolaire. Elle doit jouer sur la vie quotidienne (couloirs, cour, cantine), la formation des enseignant-es, la communication (manuels, panneaux, signalétique), l'environnement (jardin, installations sportives, quartier) et les partenariats avec les familles, les services municipaux, les clubs sportifs, etc. Les enquêtes menées dans cinq Länder montrent que plus la littératie en santé du directeur ou de la directrice de l'établissement est élevée, plus son école met en œuvre d'activités de promotion de la santé et de prévention, et plus les enseignant-es s'engagent sur ces sujets, ce qui est bénéfique pour les élèves. C'est le principe de l'approche par les déterminants: on agit sur les adultes, avec un effet sur les enfants.

Cela implique d'avoir des moyens?

O.O.: Environ 90 % déclarent ne pas disposer du budget nécessaire pour mettre en place les actions recommandées. Les établissements manquent aussi de ressources et de matériel adapté car l'éducation à la santé et les supports de promotion de la santé traditionnels ne traitent pas encore de ces questions.

Avez-vous créé des supports pour les écoles?

O.O.: Oui. En 2013, il n'existait presque rien sur la littératie en santé pour un public d'enfants et d'adolescent-es. Nous avons d'abord passé huit à dix ans à construire des théories, des modèles, des questionnaires et des études, y compris sur la santé mentale, la santé numérique, la santé sexuelle, l'alcool, l'activité physique ou le Covid-19.

Cette phase s'est achevée vers 2022-2023. Nous développons actuellement des interventions.

Une première piste exploite le cadre européen de compétences numériques (DigComp), qui a été adopté dans chaque État membre de l'UE. Il est obligatoire à l'école et dans la formation des enseignant-es. Comme la définition de la littératie médiatique ressemble beaucoup à celle de la littératie en santé (trouver, comprendre, évaluer, utiliser l'information), nous avons adapté ce cursus: si l'on apprend aux élèves à chercher de l'information en ligne sur un thème de santé, comme l'alimentation, on fait de la littératie en santé. Elle passe juste par une matière qui existe déjà, puisque l'éducation à la santé n'est pas au programme.

Nous élaborons aussi, pour l'Institut fédéral de santé publique allemand, des standards et des indicateurs de qualité pour les interventions en littératie en santé, dans le projet *Calindo*. Enfin, avec Barmer, la caisse d'assurance-maladie publique d'Allemagne, nous avons créé *Durchblicker*: ce programme inclut 44 interventions sur la santé numérique (désinformation, intelligence artificielle, sexualité, aspects socio-émotionnels), de 10 à 20 pages chacune, pour enseignant-es et élèves. Plus de 50 000 écoles ou enseignant-es se sont inscrit-es depuis 2024 pour télécharger les supports gratuitement. Le dispositif est en cours d'évaluation, et nous aurons beaucoup à apprendre de ces données. ■



Agenda

- Le troisième Global Health Literacy Summit de l'*International Health Literacy Association* aura lieu du 22 au 24 septembre 2027 à Strasbourg, i-hlasummit.org



Pour aller plus loin

- Le cadre conceptuel du modèle HeLit-School a été publié en 2022 dans *Organizational Health Literacy in Schools: Concept Development for Health-Literate Schools*. Il repose sur 8 standards organisés en domaines de développement institutionnel (Plus de détails sur le site web d'Éducation Santé)
- Okan O. & Winkler A.S. (2026), *The value of health literacy for Global Health and One Health: nurturing the socioecological environment of schools*, Health Promotion International.

Alcool, tabac, malbouffe :

la lutte des argumentaires

Dans la Charte d'Ottawa, les participant·es se sont engagé·es à « contrer les pressions exercées en faveur des produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains ou d'une nutrition inadéquate ». Pourtant, le lobbying de l'industrie agroalimentaire, du tabac et de l'alcool, notamment, n'a peut-être jamais été aussi décomplexé et pèse comme un déterminant majeur de la santé.

► **CARINE MAILLARD**

En Belgique, l'été a été propice à l'expression des lobbies. En juillet, le président du parti libéral francophone a rendu visite au seul fabricant belge de cigarettes électroniques et mis l'accent sur la création d'emploi tout en relayant les demandes du secteur, à savoir ne pas interdire les arômes de vapotage, réduire les accises sur le tabac, et assouplir la fiscalité. Côté « malbouffe », le dernier événement en date s'est déroulé en août : le ministre wallon de l'Économie assistait à l'inauguration d'un établissement d'une enseigne de fastfood américaine à Liège, vantant « *les retombées économiques* » pour la ville.

Peu de temps après, le secteur brassicole belge a publié une tribune dans les grands quotidiens du pays pour critiquer la mention « L'alcool nuit à la santé » sur les publicités pour les produits alcoolisés, supprimant ainsi la notion d'abus. Tribune qui a été cosignée par des parlementaires fédéraux, y compris par des membres de partis pourtant au Gouvernement. « *Elle a montré au grand jour la proximité de certains responsables politiques avec le secteur qui n'a plus de limite, alors qu'il relativise les risques pour la santé, l'environnement, le social, etc. De ce fait, il privatise les profits et socialise les coûts* », explique Martin de Duve, Directeur d'Univers Santé.

Sur ces trois sujets (malbouffe, alcool et tabac), les tentatives de régulation de ces dernières années ont tourné court. Le Plan Fédéral Nutrition Santé : gelé. Le Nutri-Score : facultatif et bloqué au niveau de l'Union Européenne. Le Plan Alcool 2024 : vidé de sa substance. Les avertissements sanitaires stricts pour ce qui concerne l'alcool : bloqués. La convention-cadre de l'OMS pour exclure le secteur du tabac des politiques publiques : contournée. La transparence des contacts entre lobbies et élus politiques : inexistante.

L'opinion publique favorable à des environnements sains

Pourtant, comme l'indiquent les signataires d'une lettre ouverte au ministre de la Santé, les deux tiers de la population belge se déclarent favorables à l'interdiction de la publicité pour la malbouffe. Ils et elles sont encore plus nombreux et nombreuses à souhaiter encadrer plus drastiquement les secteurs du tabac, selon l'Enquête Tabac 2022 de la Fondation contre le Cancer. Quant à l'enquête « Tournée minérale » de mars 2026, elle montre que 61 % de Belges sont en faveur de l'interdiction pour la publicité pour l'alcool.

Remplacer « L'abus d'alcool nuit à la santé » par « L'alcool nuit à la santé » fait passer la responsabilité du consommateur au produit. C'est ce qui dérange l'industrie.

Pourquoi l'objectif qui consiste à créer des environnements favorables et adopter des politiques publiques saines, tel qu'envisagé par la Charte d'Ottawa, est-il autant mis à mal ? « *L'industrie de l'alcool, que je connais mieux, n'est qu'une légère caricature du monde dans lequel on vit : un monde où l'économie et le profit priment sur tout le reste, dans un capitalisme carnassier...* », se désole Martin de Duve. Sur la question du tabac, Nora Mélaré, experte à la Fondation contre le Cancer, déplore aussi certains arbitrages du gouvernement en faveur des intérêts financiers, comme permettre à tous les commerces de vendre des produits du tabac, e-cigarettes comprises : « *Il est assez frustrant de voir cet aspect économique prendre autant le pas sur la*

santé. Certain-es politicien-nes ferment les yeux sur les dégâts générés par la consommation de tabac.»

Idem pour les aliments ultra-transformés, d'après Stefanie Vandevijvere, chercheuse chez Sciensano: « Notre environnement est de plus en plus obésogène et cela, entre autres, par manque de volonté politique. Par exemple, en 15 ans, l'implantation de fastfoods a augmenté de 25 % autour des écoles en Belgique. Il devient de plus en plus difficile pour les citoyen-nes, et en particulier pour les jeunes, de manger sain. »

Des stratégies bien rodées

Pour attirer les consommateurs et ainsi préserver leurs marges bénéficiaires, ces trois grands secteurs ont recours à des stratégies qui utilisent à peu de choses près les mêmes principes : sembler faire preuve de responsabilité via l'auto-régulation, survaloriser le « libre » choix des consommateurs qu'il faut « respecter » et mener des campagnes agressives de lobbying auprès des élu-es de tous niveaux.

« L'autorégulation est un leurre. L'industrie agroalimentaire anticipe les mesures des pouvoirs publics en brandissant ce principe en étendard, dénonce Stefanie Vandevijvere. Or, ses codes de conduite et les régulations qu'elle propose, comme le Nutri-Pact, sont bien trop laxistes. L'industrie prétend souhaiter une alimentation plus saine en réduisant le sucre dans les aliments ou en limitant la publicité pour les enfants pour couper l'herbe sous le pied des gouvernements qui estiment qu'il n'est pas urgent de légiférer, et empêcher les élu-es les plus volontaires de faire passer des textes plus contraignants... De même, l'industrie fait la promotion d'aliments "enrichis en protéines" toujours sous prétexte de fournir une alimentation plus saine, mais sans préciser qu'ils le font sur des produits malsains à la base, comme des céréales riches en sucres... Et l'argument fonctionne auprès du public ! »

L'autorégulation a aussi été mise en avant lorsqu'il a été question de modifier la mention très marketing « Notre savoir-faire se déguste avec sagesse » sur la bière. « C'est l'industrie qui a proposé la mention "L'abus d'alcool nuit à la santé." C'était bien joué de sa part, car la responsabilité pesait ainsi entièrement sur les consommateur-ices. Aujourd'hui que le ministre de la Santé souhaite faire apposer la mention "L'alcool nuit à la santé," elle est vent debout, car la responsabilité pèse alors sur le produit même ! » constate Martin de Duve.

De son côté, l'industrie du tabac tente de redorer son blason grâce à ses nouveaux produits, comme le confirme Nora Méland: « Elle fait passer ses nouveaux produits, comme les cigarettes électroniques et le tabac chauffé (IQOS, pour "I Quit Ordinary Smoking") pour des moyens d'arrêter de fumer, et milite même pour que leur accès soit facilité. Pourtant, cette solution n'est envisagée, par les tabacologues, qu'en dernier recours, après échec des autres méthodes, et à condition d'être accompagnée par un-e professionnel-le de la santé. En effet, le plus souvent, les personnes qui cherchent à arrêter de fumer par ce biais finissent par fumer à la fois les cigarettes électroniques et des cigarettes classiques... » Elle organise aussi la communication autour des produits. Ainsi, la Fondation pour un Monde sans fumée, structure montée de toutes pièces par le cigarettier Philip Morris, fait la promotion des e-cigarettes ou des « pouches » (petits sachets de nicotine à garder en bouche) en les présentant (à tort) comme des produits « à risque réduit ». « L'objectif, explique Nora Méland, est de garder les fumeurs et fumeuses constamment sous nicotine pour qu'ils et elles ne s'en sèvent pas: ils et elles peuvent alors fumer des cigarettes classiques en soirée, des e-cigarettes avec des non-fumeurs et non-fumeuses qui seront moins incommodé-es et garder leur sachet de nicotine coincé derrière la joue en toute discrétion, par exemple au travail... Un produit pour chaque heure de la journée, et de beaux profits pour l'industrie ! »

Quelle place pour la promotion de la santé ?

Le secteur de la promotion de la santé peut-il peser dans un rapport de forces aussi disproportionné ? « Le travail de terrain des associations de promotion de la santé ne doit pas être sous-estimé: il a largement contribué à dénormaliser progressivement l'alcool, à faire prendre conscience de



Pour assurer ses ventes, l'industrie du tabac change son fusil d'épaule et fait la promotion de la vape, présentée comme une aide au sevrage tabagique.

ses méfaits, ce qui a mené à une diminution de la consommation», insiste Martin de Duve.

En termes d'actions, ne les axer que sur le comportement individuel a ses limites, tant qu'elles ne s'accompagnent pas d'une modification des environnements, ici essentiellement créés par l'industrie. C'est pourquoi Martin de Duve appelle les professionnel·les de la promotion de la santé à accompagner leur travail de terrain d'un rôle d'interpellation beaucoup plus offensif et proactif : « *Nous gagnerions à faire plus de plaidoyer, à revendiquer davantage, à nous positionner plus clairement, à sensibiliser les élu·es, en plus de notre travail de terrain. L'alcool est aujourd'hui le seul produit psychotrope autorisé à diffuser massivement de la publicité. Pourquoi ? Il faut réclamer l'interdiction de la pub. Point !* »

« Nous gagnerions à faire plus de plaidoyer, à nous positionner plus clairement, à sensibiliser les élu·es, en plus de notre travail de terrain. »

Stefanie Vandevijvere le rejoint sur la nécessité de se mobiliser pour modifier les environnements alimentaires. Elle insiste sur une meilleure accessibilité d'alternatives saines et abordables, pour favoriser un choix éclairé : « *Si les produits sains sont plus chers, moins disponibles et sans promotion, dire aux gens : "Il faut manger sainement" n'est pas équitable. Il faut exiger des mesures fiscales comme une réduction de la TVA sur les produits frais ou une taxe sur la malbouffe, mais aussi une interdiction de la publicité pour les aliments avec un Nutri-Score D et E, ainsi que l'obligation et la généralisation du Nutri-Score sur tous les emballages, et des restrictions d'implantations de fastfoods près des écoles. Car contrairement à ce qu'affirment les lobbies, ces réglementations ne vont pas réduire la liberté des consommateur·ices, mais au contraire, augmenter leur liberté de faire le choix de leur santé !* »

Nora Mélard rappelle l'importance d'avoir un environnement qui soutient des choix sains : « *Il faut qu'il soit plus facile d'arrêter de fumer que de commencer ou continuer.* » Elle exige un accès universel et accessible au sevrage tabagique et à la prise en charge complète des fumeurs et fumeuses ; elle invite le secteur de la promotion de la santé à porter cette revendication : « *Tout d'abord, on pourrait intégrer systématiquement la possibilité de*

suivre un sevrage tabagique lors de toute hospitalisation et lors de rencontres dans le secteur social. Mais surtout, rendre plus abordables les consultations de tabacologie et les substituts nicotiniques. Si l'on rendait l'aide au sevrage aussi visible, facile et accessible dans la rue ou à l'hôpital que l'industrie rend ses produits visibles, on changerait radicalement la donne ! »

Les acteurs et actrices de la promotion de la santé ne doivent pas hésiter à s'allier aux chercheurs et chercheuses, à mobiliser les citoyen·nes ou à exiger l'obligation de dresser des registres de transparence en matière de lobbying. Car réglementer les déterminants commerciaux ne pourra que contribuer à permettre au secteur de la promotion de la santé d'accompagner ses publics respectifs à exercer un choix réellement libre et favorable à leur santé. ■

Reconnaissance des déterminants commerciaux

Il a fallu attendre 2021 pour que les « déterminants commerciaux » de la santé soient cités dans Charte de Genève pour évoquer l'impact majeur des pratiques industrielles sur la santé publique. Pour le Conseil économique et social européen, les stratégies d'acteurs privés (marketing, lobbying, pressions financières et réglementaires) nuisent à la santé publique et aux équilibres démocratiques. Parfois ouvertement.



L'industrie agroalimentaire propose des réglementations volontairement trop laxistes, pour couper l'herbe sous le pied des politiciens.

Genre :

de l'égalité à l'intersectionnalité

La Charte d'Ottawa proclamait la nécessité de l'égalité entre les femmes et les hommes dans l'accès à la santé. Quarante ans plus tard, les notions de lutte contre les discriminations, de genre et d'intersectionnalité précisent et complexifient cet objectif.

► JULIE LUONG

Par ses objectifs de lutte contre les inégalités, la Charte d'Ottawa s'inscrit dans les valeurs du mouvement féministe, qui a d'ailleurs contribué en partie à sa mise en place. Pour autant, aujourd'hui, le principe d'égalité entre d'un côté « les hommes » et de l'autre « les femmes » a laissé place à une attention portée à toutes les minorités de genre, dans une volonté de dépassement de cette opposition binaire.

« La diversification de catégories – personnes non-binaires, queers, intersexes... – montre qu'aujourd'hui on ne raisonne plus en termes de catégories "allant de soi" comme les hommes et les femmes, ce qui est aussi un héritage du féminisme, commente Charlotte Pezeril, anthropologue à l'ULB et chercheuse à l'Observatoire du sida et des sexualités de l'ULB. On est davantage dans une approche relationnelle, car la féminité se construit aussi en fonction des masculinités. »

Si le secteur de la promotion de la santé prend aujourd'hui en compte la question du genre, c'est donc dans une perspective plus large. « Il s'agit moins d'avoir, par exemple, des données sexospécifiques que de questionner plus largement les dispositifs, les institutions, les rapports de pouvoir, la manière dont les gens expérimentent leur propre corps, etc. », poursuit la chercheuse.

Promouvoir la santé pour tous·tes

Depuis peu, les statistiques sur le VIH incluent ainsi les personnes trans et non plus seulement les catégories « hommes » et « femmes » : en 2023, on sait ainsi qu'en Belgique, 13 nouveaux diagnostics ont été posés chez des personnes trans, soit 2 % des nouveaux cas.¹ Des données importantes pour objectiver leur surexposition au virus, comme c'est aussi le cas pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) ou les femmes hétérosexuelles originaires d'Afrique subsaharienne.

« L'inflexion générale concerne la manière dont nous pensons aujourd'hui les injustices, commente Charlotte Pezeril. Alors que dans les années 80 et 90, on parlait surtout de la notion d'inégalité, aujourd'hui, on se base plus sur un principe de non-discrimination, ce qui n'est pas tout à fait la même chose. »

La promotion de la santé favorise une approche interactionnelle et structurelle, mais est de plus en plus empêchée d'appliquer ses principes fondateurs d'égalité.

Plutôt que de rappeler ses bonnes intentions, il s'agit dès lors, pour quiconque promeut la santé pour tous·tes, de sanctionner les comportements discriminatoires et d'examiner l'effectivité des droits dans le détail. « Dans le domaine de la santé sexuelle, on va ainsi penser la justice sexuelle, explique Charlotte Pezeril, c'est-à-dire que l'on n'est plus seulement dans la proclamation de droits, mais dans une interrogation sur les conditions qui permettent véritablement que ces droits s'exercent. Comment parler par exemple de "droit à la santé" face à des politiques migratoires de plus en plus restrictives, qui expulsent et qui enferment, y compris des corps malades ? »

Politiser la lutte

Ainsi, si la promotion de la santé a refusé depuis ses débuts de s'en tenir à une approche strictement individuelle pour favoriser une approche interactionnelle et structurelle, force est de constater qu'elle est de plus en plus empêchée d'appliquer ses principes fondateurs d'égalité. Il lui faut donc plus que jamais se rallier aux acteurs de terrain qui politisent la lutte et nomment les inégalités.

1 Sciensano – Épidémiologie du VIH en Belgique – Situation au 31 décembre 2023 – Rapport 2024 sur sciensano.be



La diversification de catégories de genre montre qu'aujourd'hui, on ne raisonne plus de manière binaire.

« Dans les années 70 puis 80 déjà, le féminisme ainsi que les mouvements pour les droits des homosexuels et de lutte contre le sida ont joué un rôle majeur dans la prise de conscience de la nécessité à reconnaître l'expérience des malades et à les faire participer selon le principe du "rien sur nous sans nous" », rappelle Charlotte Pezeril. Or, cette notion de démocratie sanitaire, qui a permis d'articuler les principes de santé publique avec les principes des droits humains en passant notamment par la participation des personnes et des communautés, a constitué l'une des bases de la promotion de la santé.

« En Belgique, cette notion de participation est aussi à l'origine de la loi sur les droits du patient de 2002, qui implique que l'on doit consentir à une intervention qui nous concerne, que l'on a le droit de choisir son prestataire de soins, etc. », note la chercheuse. C'est donc bien des milieux militants et d'une problématique concernant des minorités qu'a émergé une loi qui concerne aujourd'hui l'ensemble des citoyen·nes. « Mais là encore, ce n'est pas toujours appliqué, souligne-t-elle, y compris par l'État lui-même qui a été condamné un nombre incalculable de fois par la Cour européenne des droits de l'Homme sur le traitement en centres fermés par exemple. »

L'intersectionnalité comme prisme nécessaire

Aujourd'hui, si elle veut poursuivre ses objectifs d'égalité, la promotion de la santé doit donc non seulement penser les minorités de genre, mais aussi l'intersectionnalité, à savoir le cumul des discriminations. « Cette notion permet d'identifier véritablement qui sont les personnes vulnérabilisées par les contextes et les politiques en place, estime Charlotte Pezeril. Pour autant, je pense qu'aujourd'hui, les liens entre les différents types de discriminations ne vont pas encore de soi dans le secteur. On est encore capable de parler

de la question de la douleur chez les femmes sans faire le lien entre les discriminations raciales et inversement... Sans compter que la classe sociale reste l'éternelle oubliée de l'intersectionnalité, alors que la question de la précarité est toujours au cœur du problème. Mais contrairement aux autres discriminations, il n'y a pas ou peu de mobilisation militante à l'arrière... »

Selon Charlotte Pezeril,
le secteur ne prend pas encore
suffisamment en compte
l'accumulation des différents types
de discriminations.

Certaines discriminations, comme l'âge, demeurent d'ailleurs encore largement invisibilisées. « C'est pourtant une catégorie très intéressante car on va tous la traverser. Et nous sommes dans un contexte de vieillissement de la population. Aujourd'hui, il faut rappeler que les personnes avec le VIH ont en grande majorité plus de 50 ans. Et je crois que nous ferions bien d'aller mettre un peu plus notre nez dans les institutions pour personnes âgées. »

Pourvu qu'elle fasse place à toutes les discriminations et qu'elle ne soit pas utilisée dans une visée essentialisante, la perspective intersectionnelle est aujourd'hui, selon la chercheuse, la condition même de la lutte contre les inégalités en promotion de la santé. « Si on n'adopte pas ce prisme, on prend le risque de reproduire les prismes raciste, sexiste, validiste, etc., estime-t-elle. On le voit avec le fémonationalisme et la récupération du droit des femmes par des mouvements racistes et impérialistes. On le voit aussi avec la N-VA qui défile lors de la Pride... Ne pas faire d'intersectionnalité aujourd'hui, ça peut être dangereux. » ■



Évaluer la dimension de genre en promotion de la santé

Alors qu'il est un déterminant social de santé majeur, le genre est-il aujourd'hui suffisamment pris en compte en promotion de la santé? Pour aider les acteurs à mieux évaluer la présence de cette dimension dans leurs projets, le service support Genre, animé par l'asbl Femmes & Santé, finalise une grille d'évaluation, complémentaire à la formation et à la sensibilisation des professionnel·les du secteur.

Le genre et les normes qui y sont liées affectent la santé. Si ce constat est connu, les outils et ressources spécifiques manquent encore pour évaluer cette dimension en promotion de la santé. Tel est le constat posé par l'asbl Femmes & Santé. « *Notre expérience avec les acteurs et actrices de terrain nous a montré qu'il n'y avait pas vraiment de consensus de définition autour du genre, commente Julia De Clerck, coordinatrice au sein de l'asbl. Par ailleurs, il y a souvent un manque de formation des équipes qui peut impacter le positionnement institutionnel et créer un malaise. Enfin, très peu de financements sont directement dédiés à cette thématique qui apparaît souvent à la marge.* »

D'où le projet d'élaborer, à la demande des acteurs et actrices de terrain et en concertation avec les pouvoirs subsidiaires, une grille permettant d'évaluer la prise en compte de cette dimension dans les différentes actions de promotion de la santé. « *Nous nous sommes inspirés de certains outils existants² et nous les avons adaptés à la réalité de la Belgique francophone, explique-t-elle. Nous avons ensuite mis en place un comité de concertation et de validation et travaillé avec une dizaine d'associations belges pour relire le contenu. Après une phase de test, nous sommes actuellement dans la phase de recueil des retours.* »



La grille devrait ainsi être finalisée d'ici la fin de l'année 2026.

« *Notre objectif, c'était de proposer un outil concis, pragmatique et compréhensible par un public large. Certains de nos partenaires voudraient ajouter plus de cadre à cette réflexion. Car bien sûr, les associations qui se déclarent féministes, comme les plannings familiaux, sont beaucoup plus sensibilisées aux questions de genre. Mais d'autres sont beaucoup moins avancées.* »

Un outil d'autoévaluation

Depuis l'élaboration des projets jusqu'à leur mise en œuvre, la grille doit permettre à chaque opérateur de promotion de la santé et du social-santé au sens large de se situer par rapport à cet enjeu et d'adapter si besoin ses pratiques. Est-ce que les inégalités de genre et leurs impacts sur la santé sont connus par la/les personne(s) en charge du projet? Est-ce qu'un état des lieux des inégalités de genre en lien avec la thématique traitée par le projet a été réalisé? L'élaboration du projet comprend-elle une réflexion autour des discriminations liées à la classe sociale, la race, l'âge, le handicap, l'orientation sexuelle... et leur interrelation avec le genre? Les horaires auxquels se déroule le projet prennent-ils en compte la temporalité du public visé selon le prisme du genre et des autres discriminations?

« *Nous n'avons pas voulu proposer un outil théorique, mais une structure qui reprenne les différents facteurs qui impactent la promotion de la santé et qui puisse être modulable en fonction des réalités de terrain de chacun-e* », poursuit Julia De Clerck. Ainsi, la grille ne propose pas une évaluation quantitative avec un système de notation mais se base sur l'autoévaluation du ou de la responsable de projet ou de l'équipe. « *Le but, c'est d'inviter à une réflexion propre et pas d'obtenir un label "genre"* », précise encore la coordinatrice. Un outil qui, rappelle-t-elle, n'est qu'un moyen parmi d'autres pour sensibiliser à la dimension de genre. « *La formation reste à mon sens un axe essentiel pour être à l'aise avec ces outils, de même que les événements, projections, etc. Il faut pouvoir aborder le genre par différents moyens, sous différents angles.* »

J.L.

² Notamment l'outil de Le Talec J.-Y., Authier D. & Tomolillo S., « La promotion de la santé au prisme du genre: guide théorique et pratique », Rennes, Les presses de l'EHESP, 2019.

Climat:

le secteur gère l'inaction politique

La question du climat est plus prégnante que jamais, avec l'augmentation des épisodes extrêmes, des inondations, des grands incendies et des étés meurtriers. Si les rédacteur·ices de la Charte d'Ottawa n'avaient pas anticipé l'ampleur des changements climatiques, ils et elles insistaient sur la nécessité de préserver les ressources naturelles et d'évaluer systématiquement les effets du milieu sur la santé.

► CARINE MAILLARD

Les scientifiques constatent une nette accélération du changement climatique depuis les années 1950. Et c'est en 1988, soit deux ans après la Charte d'Ottawa, que l'Organisation météorologique mondiale (OMM) et le Programme des Nations unies pour l'environnement (PNUE) créent le Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat, le fameux GIEC. Pour autant, il n'était pas encore au cœur des préoccupations ni du grand public, ni des politiques et ce malgré la canicule de 1976. *« À cette époque, l'impact sur la santé de cette canicule n'a pas été clairement analysée.*

Ce n'est que depuis quelques années qu'un monitoring étudie les effets des vagues de chaleur sur la santé publique », confirme Loïc Gillerot, expert Climat-Santé au Centre d'analyse des risques du changement climatique (CERAC).

Les répercussions de la hausse des températures sont devenues flagrantes ces dernières années, tant dans le monde qu'en Belgique : *« On a assisté à une succession de plus en plus intense d'événements climatiques extrêmes. La canicule de 2003 avait été à l'origine de 70 000 décès supplémentaires en Europe. Il faut évidemment y ajouter les victimes d'inondations, mais aussi l'apparition ou réapparition de maladies infectieuses transmises par les moustiques et les tiques, qui augmentent de manière exponentielle »,* poursuit-il, insistant sur le risque de dépassement de toutes les limites planétaires.

Le scénario le plus optimiste évoquait un réchauffement global d'environ +1,5°C, mais la Belgique est déjà à +3,4°C. *« Et même si nous arrivons à maintenir la moyenne sous les +2° dans le monde, les dégâts seront considérables en termes de santé publique »,* met en garde l'expert.

Le climat comme déterminant de santé et d'inégalité

L'impact des canicules est aujourd'hui bien documenté. En 2026, durant



Alors que la nécessité de verduriser les villes est flagrante, les grandes villes comptent toujours trop d'espaces publics bétonnés (ici, place Flagey à Bruxelles).



Le rapport nomme les groupes à risque et leurs caractéristiques:

- démographiques (femmes, enfants, aînés),
- socioéconomiques (faibles revenus, isolement social...),
- de santé (handicap physique ou mental, maladies chroniques),
- culturelles et linguistiques (immigration),
- professionnelles (personnel de santé, conditions de travail pénible),
- de logement et géographiques (locataire ou petits propriétaires, populations urbaines ou au contraire de régions reculées, etc.).

les épisodes de fortes chaleurs, l'Europe a enregistré 36 000 décès supplémentaires, d'après l'Observatoire Européen de la mortalité. Les victimes étaient souvent âgées et vulnérables mais une partie d'entre elles étaient jeunes. Les différences géographiques étaient marquées. Entre États, mais aussi au sein d'un même pays: ainsi la surmortalité a été plus forte en Wallonie (+78 % de mortalité) et à Bruxelles (+63 %) qu'en Flandre (+31 %).

« Il n'existe pas encore d'analyse très fine des lieux où ont été enregistrés les surmortalités les plus importantes. Toutefois, des expert-es ont souligné l'impact socioéconomique sur les taux de mortalité. Car le climat exacerbe les inégalités sociales. Les personnes précarisées qui vivent dans des zones très densément peuplées, dans les centres urbains, ont probablement aussi plus de soucis de santé dus à leur cadre de vie moins optimal. Leurs maisons sont moins bien isolées, elles vivent dans des quartiers peu verdurisés, elles sont soumises à des émissions de particules fines... Les pics de chaleur vont s'ajouter à tous ces facteurs de risque et avoir un impact plus important sur leur santé », confirme Tristan Beyens, expert en politiques fédérales et internationales au CERAC.

En 2025, l'institut a d'ailleurs pointé ces inégalités dans son rapport *« Belgian Climate Risk Assessment »*. Les auteur·ices y détaillent un cumul d'injustices: *« Bien que les impacts du changement climatique touchent tout le monde, certaines personnes sont plus vulnérables que d'autres. »* (voir dans l'encadré ci-dessus) Ces groupes vulnérables ont beau avoir l'empreinte carbone la plus faible, *« ils sont touchés de manière disproportionnée par les risques et les aléas liés au changement climatique »* précise le rapport. Ils sont aussi les grands délaissés des politiques d'atténuation et d'adaptation: *« Ils sont moins résilients et moins capables de se rétablir à la suite d'un événement climatique et sont souvent moins en mesure de bénéficier des protections, des aides gouvernementales, des subventions et des systèmes d'alerte qui existent pour les protéger et les aider avant, pendant et après la survenue des aléas climatiques. »*

Une prise de conscience politique ?

En Belgique, les administrations compétentes dans les matières de santé et d'environnement ont mis sur pied le Plan NEHAP (Plan National d'Action Environnement-Santé) en 2003. *« Il existe bien une prise de conscience par rapport au fait que la question climatique est un enjeu de santé publique, confirme Tristan Beyens, mais les mesures concrètes tardent. La dispersion des compétences en matière de santé à laquelle on ajoute la dimension transversale "climat-environnement" complexifie la situation... »,* souligne-t-il encore.

Que peut dès lors le secteur de la promotion à la santé ? *« Les acteurs et actrices de terrain gèrent les conséquences de la non-gestion de la problématique »,* regrette Tristan Beyens. Il conseille de s'informer sur ces questions, les enjeux, les nouvelles maladies émergentes, les niveaux de fragilité des personnes âgées, des femmes enceintes et des jeunes enfants. *« Ils et elles peuvent aussi travailler le lien social pour remédier à l'isolement des personnes vulnérables, jouer un rôle en prévention pour éviter les conséquences autres que la mortalité. »* Le CERAC dispose d'ailleurs d'un service qui peut venir en aide aux associations de terrain. ■



Les conséquences indirectes des canicules

Chaque degré de plus à l'échelle mondiale provoque:

- une hausse de 4,7 % des violences conjugales et de 28 % des féminicides (selon l'ONU);
- une hausse du risque de la mortalité de 4,9 % chez les personnes atteintes de psychoses, démences ou de troubles liés à l'usage de drogues.

Le risque de suicide double les jours les plus chauds à Bruxelles et les admissions à l'hôpital pour des troubles mentaux et neurologiques augmentent.

Références

- Le numéro 421 d'Éducation Santé (mai 2025), spécial Santé Environnement et participation. educationsante.be/numero/421
- Le rapport *Belgian Climate Risk Assessment* du Cerac (2025). cerac.be
- L'analyse du CERAC sur l'impact de la chaleur sur la santé et le bien-être
- La crise climatique entraîne une augmentation des violences sexistes, selon l'ONU - Communiqué du 22 avril 2025
- Page LA, Hajat S, Kovats RS, Howard LM. Temperature-related deaths in people with psychosis, dementia and substance misuse. *British Journal of Psychiatry*. 2012

Migrations :

sortir des sentiers battus

La diversification démographique et migratoire oblige le secteur de la promotion de la santé à s'interroger sur ses pratiques : dépasser les stéréotypes culturels, réintégrer l'intersectionnalité, prendre le temps de la réflexivité sur le terrain. Autant de nécessités pour adapter l'universalité posée par la Charte d'Ottawa.

► CARINE MAILLARD

Adapter l'universalité peut sembler contradictoire. Pour Marie Dauvrin, chercheuse en santé publique à l'UCLouvain, l'universalisme prôné par les textes fondateurs de la promotion de la santé doit pourtant rester souple. *« Il est important pour le secteur de garder une certaine flexibilité et une réactivité permanente par rapport aux nouvelles demandes, aux nouveaux besoins qui vont émerger et peuvent être liés à une diversité ethnoculturelle dans les populations et au changement de leurs profils. »* Dans les années 1980, il était en effet moins question de demandeurs et demandeuses d'asile, de mineur·es non accompagné·es ou de migrant·es climatiques. En tout cas, les projecteurs étaient moins braqués sur les profils des personnes venues d'ailleurs...

Face à l'hétérogénéité des publics d'origine étrangère, une dérive fréquente consiste à vouloir former les professionnel·les à une « compétence culturelle ». *« Face à des migrant·es provenant d'Afghanistan, par exemple, se former à "la" culture afghane n'a pas de sens : il ne s'agit pas d'un groupe homogène. Ces personnes viennent de régions différentes, avec des cultures diverses, et n'ont pas nécessairement les mêmes attentes, les mêmes ressources ou les mêmes besoins. Il n'existe pas de manuel, comme un recueil de recettes, pour s'adresser à une personne d'origine étrangère. Vouloir catégoriser les individus, même dans la meilleure intention, risque de perpétuer des préjugés déjà tenaces »,* insiste Marie Dauvrin.

Pas de sur-mesure non plus

Plutôt que de multiplier les formations théoriques sur les cultures, la promotion de la santé a pour spécificité d'adopter une posture centrée sur la personne et fondée sur l'intersectionnalité. *« La vulnérabilité est un phénomène dynamique où se croisent le genre, le statut socioéconomique, l'état de santé et le parcours migratoire. Mais il n'est évidemment pas question de faire du sur-mesure pour chacun·e ! Sur la base de principes qui ont fait leurs preuves, il est possible d'établir un partenariat avec la personne, mais aussi au niveau communautaire, pour écouter ses besoins,*

ses attentes, ses ressources, et ses priorités en matière de promotion de la santé. »

Marie Dauvrin cite ainsi l'exemple d'une alphabétisation qui s'appuierait sur le déchiffrement de courriers administratifs importants, si les élèves éprouvent des difficultés à les lire et en expriment le besoin. *« Mais là aussi, il faut être attentif, car des interventions très spécifiques peuvent aussi creuser les inégalités entre groupes socioculturels aux vulnérabilités différentes, entre ceux et celles qui peuvent y avoir accès et les autres... »*

Les acteurs et actrices de terrain doivent aussi pouvoir entendre que, pour beaucoup, la priorité n'est pas la promotion de la santé mais les besoins vitaux et immédiats. Un constat qui vaut pour tous·tes les citoyen·nes, quelle que soit leur origine d'ailleurs. *« Dans les quartiers populaires, la grande précarité, le logement insalubre ou l'insécurité administrative priment souvent sur la santé préventive. Diffuser des messages normatifs, comme manger cinq fruits et légumes par jour, faire 30 minutes de sport quotidiennement, consacrer du temps et de l'attention à ses enfants, est inutile et culpabilisant pour ces personnes qui ont d'autres préoccupations plus essentielles. Ces messages ont été élaborés pour des gens qui vivent déjà correctement, pas pour celles et ceux qui ne savent pas s'ils ou elles auront de quoi cuisiner le soir... »*

Attention aux préjugés

Les personnes issues de l'immigration sont souvent perçues comme précaires, un autre préjugé tenace colporté, même involontairement. Certaines ont pourtant occupé de hautes fonctions dans leur pays d'origine ou suivi de longues études supérieures avant de se retrouver en difficulté en Belgique. Celles-là auront peut-être plus de facilité à solliciter les services d'aide et le secteur associatif. *« Ce qui ne signifie pas que les autres n'en sont pas capables. Il faut toujours garder à l'esprit que ces personnes ont le plus souvent des ressources importantes en elles. Encore*



« Le secteur aurait probablement à gagner à se diversifier, en engageant plus de personnes issues des milieux qu'il veut toucher. Il pourrait alors parler plus facilement d'égal à égal. »

faut-il que les professionnel·les de santé, quels qu'ils ou elles soient, les écoutent. Je suis tout de même tombée de ma chaise en apprenant qu'il est encore question, dans certaines formations (para)médicales, du "syndrome méditerranéen" : les personnes originaires du bassin méditerranéen auraient, selon ce préjugé raciste, tendance à "exagérer" leur douleur... Le racisme et la discrimination existent dans le système de soins, et ils rompent le lien de confiance qui devrait exister entre un·e soignant·e et un·e patient·e. »

Cette méfiance doit rester au centre des préoccupations des professionnel·les de la promotion de la santé : ils et elles auront beau conseiller à une personne qui pourrait souffrir de diabète de consulter un médecin, si sa confiance envers le corps médical, perçu comme raciste, est ébranlée, elle risque d'éviter la consultation...

D'après Marie Dauvrin, la vision paternaliste et infantilissante est nettement moins présente en promotion de la santé. *« Les acteurs et actrices sont plus sensibles à la question d'intersectionnalité, de la diversité, aux aspects socioéconomiques et culturels. Ils et elles se remettent plus facilement en question et interrogent plus aisément leurs pratiques. Et il faut qu'ils et elles le fassent et continuent à le faire, mais cela demande du temps pour se poser, et je me demande dans quelle mesure leur contexte leur en donne la possibilité. À l'égard des personnes d'origine étrangère, on assiste d'ailleurs à un large mouvement de décolonisation qui questionne ces cadres de référence et invite à réfléchir à nos comportements, nos attitudes et nos jugements, pour mieux répondre à leurs attentes et à leurs besoins. »* (Lire l'article Décoloniser la promotion de la santé, p. 20)

La force de la collectivité

L'accès aux populations migrantes n'est pas toujours aisé pour les professionnel·les de la promotion de la santé, qui doivent donc souvent privilégier une approche collective ou collaborer avec des structures déjà établies.

Animations, ateliers, actions de prévention : les approches collectives portent en effet généralement leurs fruits. Mais pour attirer et fidéliser les participant·es, elles doivent s'adapter aux contraintes sociales et aux priorités des populations concernées, et oser innover. *« Je pense à une maison médicale qui organise des cours de gymnastique dans la salle de l'association de quartier : elle sort de ses murs pour aller à la rencontre des personnes qu'elle veut toucher. C'est aussi ce qu'avait fait une association il y a plusieurs années, en déposant dans des salons de coiffure africains un livret sur la santé sexuelle sous forme de roman-photo »,* illustre Marie Dauvrin.

S'associer à des lieux auxquels les personnes font confiance ou qu'elles jugent sécurisants, est un atout considérable. Pourquoi pas une campagne sur la santé mentale menée avec des paroisses, des écoles coraniques ou des personnes ressources du quartier ? L'approche communautaire reste un levier essentiel pour toucher des populations trop souvent stigmatisées, qui ont besoin d'un cadre où elles ne se sentent pas infantilisées. *« Le secteur aurait aussi probablement à gagner à se diversifier, en engageant plus de personnes issues des milieux qu'il veut toucher. Il pourrait alors parler plus facilement d'égal à égal »,* conseille Marie Dauvrin. ■

Décoloniser Ottawa, oui!

Mais comment ?

La Charte d'Ottawa ne désignait pas le racisme comme déterminant de la santé, ni les hiérarchies raciales, ethniques, de classe, de statut migratoire ou l'expérience coloniale comme productrices d'inégalités. Il a fallu attendre la Déclaration politique de Rio (2011). Entretien avec Myriam Mhamedi, consultante et formatrice sur les questions d'intersectionnalité et d'inclusivité en santé.

► PROPOS RECUEILLIS PAR JULIE LUONG

Éducation Santé: Dans le secteur des soins de santé, l'existence de biais racistes, par exemple dans la prise en charge aux urgences, semble de plus en plus reconnue. Mais à quel point est-ce le cas dans le secteur de la prévention et de la promotion de la santé ?

Myriam Mhamedi: De mon point de vue de formatrice au contact des professionnel·les, je ne suis pas sûre qu'on soit si avancé que ça. Souvent, les professionnel·les de santé ont l'impression de ne pas faire partie du problème. Or, la notion de santé se base sur la figure d'un patient « neutre » et la médecine occidentale a été créée pour guérir l'homme blanc valide de classe moyenne. Tout le reste des patient·es font donc partie de la diversité ! La promotion de la santé s'efforce d'aller au-delà, mais a tout de même une conception des « bonnes » et des « mauvaises » pratiques de santé.

Par exemple, considérer qu'une personne avec un certain IMC est automatiquement en mauvaise santé et qu'une baisse de cet IMC implique qu'elle va améliorer sa santé témoigne de biais grossophobes parfois accompagnés de biais racistes. On sait en effet que certaines ethnies présentent un IMC naturellement plus important, sans que cela n'affaiblisse leur pronostic de santé. Cet outil a d'ailleurs été développé au XIX^e siècle par Adolphe Quetelet sur la base de sujets masculins, ce qui est déjà un problème puisque les femmes ont naturellement plus de graisse. Donc si on utilise ces indicateurs de santé profondément biaisés et si

on promeut la littératie en santé sur cette base, certaines personnes vont peut-être adopter des comportements qui ne seront en fait pas bénéfiques à leur santé.

La santé mentale est un autre exemple : le DSM (manuel diagnostic des troubles mentaux) est basé sur une personne blanche de classe moyenne. Pourtant, en partie pour des raisons culturelles, toutes les personnes ne vont pas exprimer leur mal-être de la même façon. On a aussi tendance dans ce domaine à beaucoup individualiser les choses, alors qu'une santé mentale fragile est parfois une réaction tout à fait rationnelle au fait de vivre dans une société qui nous opprime... Aujourd'hui, la santé mentale est donc pensée pour une personne qui n'a pas d'autre problème... que sa santé mentale.

Il y a 40 ans, la Charte d'Ottawa s'est pourtant donné pour but de lutter contre les inégalités. La promotion de la santé devrait, en théorie, être en première ligne pour lutter contre toutes les formes de biais, y compris racistes...

M.M.: Bien sûr, les principes de la Charte sont très bénéfiques, car elle propose une vision de la santé qui n'est pas strictement biomédicale et prend en compte l'aspect communautaire. Mais ce texte a été élaboré par 38 pays, parmi lesquels très peu de pays du Sud global. Cela a forcément biaisé l'approche de la promotion de santé et les recommandations de santé publique, basées sur les pays du Nord global sans être forcément transposables aux réalités du Sud global.

Par ailleurs, la Charte d'Ottawa évoque des inégalités mais ne les nomme jamais. C'est un texte bien intentionné mais qui, comme beaucoup de choses dans notre société, est expurgé de tout ce qui peut causer trop de frictions. On promeut la santé dans un monde merveilleux dénué d'intérêts géopolitiques et d'héritages coloniaux...



©DR



Quand on parle des inégalités sans nommer les systèmes qui les produisent, le grand risque, c'est de les naturaliser. Mais vivre dans un désert médical ou ne pas avoir les moyens de faire ses courses correctement, ce n'est pas un phénomène naturel : c'est le résultat direct des systèmes mortifères – néocoloniaux et racistes notamment et aussi classiste – dans lesquels on vit. Si on ne conscientise pas les différences et les rapports au pouvoir des différentes parties prenantes, on ne fera que reproduire le problème. Il y a un fond qui n'est pas « dépolitisable » et le problème de la Charte d'Ottawa, c'est de rester très vague et très idéaliste.

Constatez-vous qu'aujourd'hui certains acteur-ices de la promotion de la santé s'emparent du problème et osent nommer ces inégalités ?

M.M. : Aujourd'hui, la société civile et les associations de terrain ont un rôle clef à jouer car ce sont eux qui vivent la promotion de la santé de manière totalement politisée. Ce sont des acteurs et actrices qui ne vont pas se contenter de dire aux personnes d'acheter plus de légumes mais qui vont leur dire : « *Oui, c'est compliqué d'acheter des légumes quand on n'a pas les moyens et qu'il n'y a même pas de supermarchés autour de chez soi* », tout en réfléchissant à la manière de créer des solutions collectives et en les conscientisant sur le fait que ce sont des injustices, que ce n'est pas leur rôle de les réparer, et qu'il y a un besoin de changement systémique.

Il faut aussi accepter que certaines personnes n'aient pas confiance dans le système, ce qui constitue un des facteurs adverses à la promotion de la santé. Et si on ne leur dit pas que cette méfiance est normale, alors on ne promeut pas la santé : on leur demande simplement d'agir comme si elles étaient un homme blanc valide.

Les associations Garance asbl et Femmes et Santé, avec lesquelles je travaille, ont par exemple développé un outil d'autodéfense féministe, « Zones à défendre », qui permet de gérer sa santé et sa santé sexuelle dans un système qui est admis comme hostile, avec l'existence de violences gynécologiques par exemple. La Charte d'Ottawa n'envisageait pas du tout ce niveau de politisation... Or même si je décide d'être la personne la plus confiante du monde, je risque quand même d'entendre de la bouche de mon médecin des propos racistes ou grossophobes.

Plutôt que de sensibiliser les professionnel·les aux discriminations, il faudrait donc d'abord et avant tout sensibiliser les personnes qui risquent d'en être victimes ?

M.M. : Il faut en tout cas faire les deux, et quand on parle d'empouvoirement communautaire, il faut aussi se demander s'il y a une réelle volonté de « donner du pouvoir », de dire aux communautés : « C'est votre vision de la santé qui prime ». C'est aussi pour ça que je parle souvent d'eurocentrisme épistémologique : d'un côté, il y a la recherche et la

Comment décoloniser Ottawa ?

Le 18 décembre 2023, la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS proposait de centrer la promotion de la santé sur la souveraineté, la justice et l'équité, en luttant contre le racisme, le sexisme, l'âgisme, le validisme, le colonialisme et l'exploitation numérique.

Le texte rappelle que l'équité en santé exige de s'attaquer aux hiérarchies de pouvoir et de ressources, et pas seulement aux comportements individuels. C'est précisément ce que l'actualisation de la Charte d'Ottawa doit réaliser : passer d'une promotion de la santé universelle mais aveugle aux rapports de pouvoir, à une promotion de la santé explicitement antiraciste, décoloniale et intersectionnelle. Elle s'engagerait alors à :

- nommer le racisme et les discriminations comme problèmes de santé publique, et non comme questions individuelles de « sensibilité » ;
- recueillir des données désagrégées lorsque cela est éthiquement justifié, afin de rendre visibles les inégalités sans stigmatiser les communautés ;
- impliquer les personnes concernées comme décideuses, et non seulement comme bénéficiaires ou « publics cibles » ;
- former les professionnel·les de santé au racisme institutionnel, aux biais diagnostiques, à l'intersectionnalité et à l'histoire coloniale des savoirs médicaux ;
- réparer les discriminations inscrites dans les politiques, lois, normes et organisations de santé.

connaissance considérées comme légitimes, et de l'autre tout ce qui n'est « pas sérieux ». Car encore une fois, même en promotion de la santé, on part d'une définition de la santé européocentrée. Et si on ne donne pas les ressources et les clefs à des communautés – qu'elles se constituent autour d'un partage culturel ou d'une réalité de classe –, on ne leur donne pas le pouvoir de valoriser leurs propres savoirs, leurs propres façons de guérir ou de se sentir en bonne santé, leurs propres pratiques.

Pensez-vous que la littérature en santé est tout de même un moyen de réduire les inégalités en santé, comme le disait le chercheur en promotion de la santé Stephan Van den Broucke en octobre 2025 dans une interview à *Éducation Santé* ?

Cela peut être un moyen de limiter la casse, mais je ne pense pas que cela puisse être la solution. Parce qu'encore une fois, cela implique d'individualiser les problèmes. Et les personnes peuvent être les plus informées au monde,

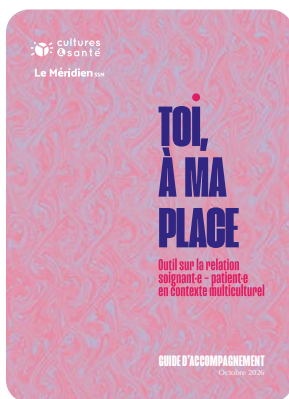
si elles n'ont pas les moyens matériels de promouvoir leur santé, ça ne changera rien. Cela risque juste de leur rajouter de la charge mentale, là où l'on en a déjà beaucoup quand on est opprimé. Il est essentiel de recontextualiser les choses et de rappeler aux personnes qu'il ne faut pas être perfectionniste, par exemple sur l'alimentation. Leur dire que si elles habitent loin de tout et qu'elles n'ont pas de

moyens, elles ne pourront jamais avoir la même promotion de la santé qu'une personne qui vit dans le centre d'une grande ville, qui a des moyens financiers, du temps, de l'aide à la maison. Il faut reconnaître que la littératie en santé ne compensera pas les injustices. Et que si l'on veut lutter contre les inégalités, il faut s'attaquer à la racine plutôt que de mettre des sparadraps. ■

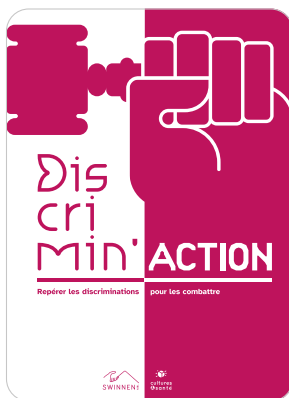
Des outils pour les professionnel·les

Cultures&Santé, a développé plusieurs outils qui ne traitent pas seulement le racisme comme un problème de « relations interculturelles », mais comme un mécanisme social et institutionnel affectant la santé.

- «Toi, à ma place» est un outil sur la relation soignant-e-patient-e en contexte multiculturel. Créé en 2026 pour le Service de Santé mental Le Méridien, basé à Saint-Josse-Ten-Node, et accessible depuis peu en téléchargement, il peut servir de point d'entrée pour travailler la relation de soin. Il donne des clés d'analyse du racisme institutionnel, des biais cliniques et des rapports de pouvoir, et non réduit à une adaptation « culturelle » du ou de la patient-e. L'outil propose d'entamer la discussion sur le sujet en écoutant des capsules sonores créées avec l'asbl Comme Un Lundi. Cultures&Santé propose aussi un doc thématique n° 9 pour réfléchir sur la relation soignant-e-soigné-e en contexte multiculturel. Il vient d'être mis à jour.



- « Discrimin'Action » est utile pour une approche santé. Créé en 2024, il vise à repérer et combattre les discriminations dans le logement, l'emploi, l'école et la santé, à partir de 20 cartes illustrant des critères protégés par la loi et de quatre histoires



de discriminations croisées. Il relie explicitement discrimination et santé, invite à collectiviser les expériences, identifier leurs causes systémiques, comprendre leurs effets sur la santé, connaître les droits et réfléchir à des réponses individuelles et collectives. Un bon outil pour opérationnaliser une lecture intersectionnelle, plutôt que de traiter le racisme isolément.

- « Parcours d'exil, procédures et violences institutionnelles », issu de Tables d'échanges santé migrant-es qui ont eu lieu en 2021, analyse les violences institutionnelles comme conséquences d'un racisme systémique, leurs effets sur la santé des personnes exilées et les pratiques permettant de les contrecarrer. Il ne demande pas seulement aux personnes migrantes de s'adapter au système de soins, mais interroge les procédures, les institutions et les professionnel·les qui produisent des barrières ou des violences.



Site de Cultures&Santé :
cultures-sante.be sous l'onglet Outils/
ressources

- La Fédération des Maisons médicales propose une revue documentaire sur le racisme dans la santé : Livres, articles, études, podcast, bande dessinée. Des ressources pour prolonger la réflexion : **maisonmedicale.org/racisme-et-sante**

Résister à la brutalisation

► CLOTILDE DE GASTINES

Malgré le *turn over* au sein des équipes, le découragement parfois et la remise en question souvent, les acteurs et actrices du social, de la santé et de la promotion de la santé font preuve d'un enthousiasme et d'une créativité sans borne pour assurer leurs missions et imaginer un monde meilleur. Ils et elles sont en quelque sorte programmé-es pour résister à la brutalisation qui s'exerce actuellement en parole (celle décomplexée de certain-es responsables politiques dans le débat public), en action (les coupes budgétaires, le non-respect des droits, la répression lors des manifestations) ou par omission (l'invisibilisation de certains publics et de leurs besoins, la persistance des biais).

Le secteur de la promotion de la santé belge a échappé pour le moment à la marchandisation et à la *startupidisation*. Mais les équilibres financiers sont précaires. Depuis la crise financière de 2008, la dérégulation malmène les conquêtes sociales des États providence. Le Covid a suspendu le détricotage avant de le laisser repartir de plus belle. Certain-es responsables politiques réclament de l'austérité pour assainir les finances publiques, de la performance et de l'optimisation, quand d'autres plaident plutôt pour taxer les ultra-riches et renforcer les garde-fous pour préserver les libertés et les services publics, en rappelant avec force : « *Quand tout sera privé, on sera privé de tout* ».

Alors comment composer avec ces rapports de force et lutter contre le sentiment d'impuissance ? Faut-il voir le verre à moitié plein ? Se féliciter des grandes et petites victoires, comme le règlement record obtenu contre Meta pour la conception addictive de ses réseaux sociaux – qui rappelle le « moment tabac » des années 90. Et se rassurer en se disant qu'au fond, l'alternance d'avancées et de *backlash* est inhérente au fonctionnement des sociétés humaines. Ou doit-on déprimer et voir le verre à moitié vide ? La volonté d'améliorer le bien commun ne paie pas – politiquement en tout cas – et l'offensive réactionnaire vit actuellement ses belles heures.

La forêt qui pousse

Certains magnats de la tech s'imaginent immortels, alors pourquoi ne pas mobiliser les imaginaires et se poser en David de la promotion de la santé, du social et de la santé luttant contre les Goliath du capitalisme financiarisé ?

Comme le disait Louise Potvin en introduction de ce numéro, la santé est une affaire de pouvoir et de savoir. Les inégalités



« Un arbre qui tombe fait plus de bruit qu'une forêt qui pousse » édicte un proverbe africain qui appelle à faire abstraction du fracas pour écouter les bruissements du renouveau.

sociales de santé découlent de choix politiques : qui décide, au profit de qui, et avec quelle capacité de résistance des citoyen-nés et des professionnel-les ? Les alliances entre acteurs et actrices de terrain, chercheurs et chercheuses, associations et élu-es autour d'objectifs communs peuvent permettre d'exposer au grand jour les tentatives de pression des intérêts privés pour mieux les contrer.

Les futures déclarations pourraient réclamer par exemple :

- un principe de non-régression en santé. Pour qu'aucune réforme ne dégrade les déterminants fondamentaux que sont le revenu, le logement, la protection sociale et les services publics ;
- des « clauses santé » dans les accords commerciaux et financiers : traités européens, accords d'investissements, conditions imposées par les institutions financières ;
- plus de transparence et de régulation du lobbying, avec des « tests de compatibilité santé » appliqués aux lois fiscales, sociales et économiques.

« *Un arbre qui tombe fait plus de bruit qu'une forêt qui pousse* » édicte un proverbe africain qui appelle à faire abstraction du fracas pour écouter les bruissements du renouveau. Dans cet esprit, Éducation Santé s'engage à mettre en lumière les jeunes pousses, les artisan-es du quotidien, celles et ceux qui embrassent les luttes, leurs petites et leurs grandes victoires. ■

- 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

