

# education Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones  
en promotion de la santé – [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be)  
N° 391 / SEPTEMBRE 2022



PB-PP  
BELGIE(N)-BELGIQUE



**La dépression :**  
une réalité genrée ?

# Sommaire



## 3

RÉFLEXIONS

**La dépression:**  
une réalité genrée?



## 14

INITIATIVES

**Le site web Born  
in Brussels est né!**



## 7

INITIATIVES

**Comment élaborer  
un diagnostic  
social-santé à  
l'échelon local?**



## 10

POLITIQUES

**Promotion de la  
santé à Bruxelles:**  
éléments d'évaluation  
du plan 2018-2022



## 12

OUTILS

**Love Sex & Fun**

### Inédit à lire sur notre site:

- ▶ Le vécu des personnes francophones porteuses d'un handicap sensoriel durant la pandémie de la Covid-19 à Bruxelles, Charlotte Pierard, Pierre-Olivier Robert, Nathan Nguyen, Sandrine Roussel (UCLouvain)
- ▶ [www.educationsante.be](http://www.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:

[www.facebook.com/revueeducationsante](https://www.facebook.com/revueeducationsante)

Le choix d'utiliser l'écriture inclusive est laissé à l'appréciation de chaque auteur-e. Pour une question d'accessibilité et de confort de lecture, l'usage du masculin peut être choisi pour évoquer les personnes, quel que soit leur genre et dans le respect de chacun-e.

**MENSUEL** (11 numéros par an, ne paraît pas en août). **ABONNEMENT**: gratuit pour la Belgique. Pour l'étranger, nous contacter. **RÉALISATION ET DIFFUSION**: Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS. **ONT COLLABORÉ CE MOIS-CI**: Anissa d'Ortenzio, Gaëlle Amerijckx, Nathalie Cobbaut, Rebecca Lévêque, Outilthèque PIPSa. **RÉDACTRICE EN CHEF**: France Gerard ([education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be)). **ÉQUIPE**: Rajae Serrokh, Maryse Van Audenhaege, Juliette Vanderveken. **CONTACT ABONNÉS**: [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be). **COMITÉ STRATÉGIQUE**: Martine Bantuelle, Emmanuelle Caspers, Martin de Duve, Christel Depierreux, Dominique Doumont, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Marie Lefebvre, Denis Mannaerts, Daphné Scheppers, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Chantal Vandoorne. **COMITÉ OPÉRATIONNEL**: Pierre Baldewyns, Nathalie Cobbaut, Dominique Doumont, Anne-Sophie Poncelet, Juliette Vanderveken. **ÉDITEUR RESPONSABLE**: Alexandre Verhamme, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **MISE EN PAGE**: Émerance Cauchie. **ISSN**: 0776 - 2623. Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord de la revue et moyennant mention de la source. **POUR TOUS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**: Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET**: [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be). **COURRIEL**: [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be). Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé: [www.pipsa.be](http://www.pipsa.be). Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be). Notre site adhère à la plate-forme [www.promosante.net](http://www.promosante.net). Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt: Bruxelles X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrégation: P401139. Crédit photos: AdobeStock.

# La dépression : une réalité genrée ?



Les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais en moins bonne santé ! Autrement dit, les femmes meurent en moyenne plus tard que les hommes mais elles souffrent davantage de maladies chroniques (qui peuvent se déclencher à différents stades de leur vie). Pourquoi cette différence ? Dans la prise en charge médicale des maladies, les femmes sont généralement plus suivies que les hommes, mais elles sont pourtant moins bien soignées que ces derniers... Dans ce contexte, les FPS vous proposent une étude d'éducation permanente féministe et intersectionnelle sur ce phénomène. On détricote la dépression chez les femmes au regard de la prévention !

► ANISSA D'ORTENZIO, Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS)

## Que doit-on savoir sur la dépression ?

Ce n'est pas une déprime ou un « mal-être passager », c'est une maladie courante qui demande une prise en charge appropriée et ne doit pas être stigmatisée. Selon l'OMS<sup>1</sup>, la dépression résulte d'une interaction complexe de facteurs sociaux, psychologiques (et/ou développementaux), environnementaux et biologiques (génétiques)<sup>2</sup>. À noter que l'impact de chacun de ces facteurs varie d'une personne à une autre et, chez une même personne, évolue aussi en fonction d'évènements vécus au cours de la vie. Diagnostiquer un épisode dépressif reste difficile, car il en existe une diversité de formes cliniques, cela peut donc varier d'un patient·e à l'autre<sup>3</sup>. En outre, dans certains contextes culturels, certaines personnes peuvent exprimer plus facilement leurs changements d'humeur sous la forme de symptômes corporels (par exemple, des douleurs particulières, une certaine fatigue, etc.).

## La dépression chez les femmes et les hommes, ça dit quoi ?

Quel que soit le pays, la dépression touche deux fois plus de femmes que d'hommes. La dépression chez les femmes est aussi souvent plus sévère, plus précoce, avec des risques plus grands de rechutes, de tentatives de suicide ou d'aboutir à une maladie chronique. Au même titre que le chômage ou les ruptures conjugales par exemple, le fait d'être une femme est un facteur favorisant la dépression.

Sans exclure totalement des facteurs biologiques, de nombreuses inégalités sociales pèsent dans cet écart.

## Un paradoxe

Contrairement à ce qu'on peut penser, les troubles dépressifs concernent autant les femmes que les hommes. C'est en réalité la prise en charge de la maladie qui est inégale. Cela s'explique notamment par une méconnaissance des symptômes exprimés différemment par les hommes et les femmes mais aussi par un recours aux soins différent. Cette situation n'explique qu'en partie le sous-diagnostic chez les hommes et surtout, le sur-diagnostic chez les femmes. Il existe des facteurs de risques sociaux plus importants pour les femmes que pour les hommes. Nous en identifions cinq :

### 1 Les inégalités socio-économiques

Temps partiels, salaires inégaux, pensions moindres... la précarité économique des femmes est un fait bien établi aujourd'hui. Cette situation renforce les tabous et la stigmatisation autour des maladies mentales : honte ou culpabilité de ne pas jouir d'une certaine sécurité financière, sur-responsabilisation individuelle par rapport aux conditions de vie précaires, mécanismes d'auto-exclusion, mauvaise estime de soi...

Carla Marie Manly, psychologue clinicienne souligne : « quand on stresse à cause de ses finances, on peut

1 INSERM, « Troubles anxieux : quand l'anxiété devient pathologique », Article en ligne, 2021, <https://bit.ly/3LJfcgw>

2 COTTIN Eva, « Liens entre précarité et souffrance psychique », Analyse FPS, 2021, <https://bit.ly/3rlR4Jc>

3 INSERM, « Dépression : mieux la comprendre pour la guérir durablement », Article en ligne, 2019, <https://bit.ly/3149tQq>



devenir très anxieux, voire dépressif »<sup>4</sup>. Si on compare les femmes entre elles, celles aux revenus les plus élevés ont 30 % moins de risques de dépression en comparaison aux autres catégories de revenus. Cela se constate aussi de manière générale : plus le niveau socio-économique est élevé, plus la fréquence des troubles dépressifs diminue.

D'autres études ont comparé des hommes et des femmes ayant le même âge, des études et des qualifications professionnelles similaires. Le résultat ? Les femmes ayant un salaire inférieur à celui des hommes étaient 2,5 fois plus touchées par la dépression que les hommes... Les inégalités de genre, qu'elles soient présentes dans le monde du travail ou dans un autre secteur ont donc des impacts notables sur la santé des femmes<sup>5</sup>.

## 2 Violences : à la racine du mal(-être)

Dans le monde, 1 femme sur 3 subit des violences et ce nombre se multiplie par 4 pour les femmes ayant un handicap<sup>6</sup>. En réaction à la situation violente (quelle que soit sa forme), de nombreuses femmes peuvent connaître des troubles du sommeil, de l'alimentation, des conduites addictives et des idées suicidaires. Ces symptômes de la dépression peuvent aussi révéler d'autres troubles comme le syndrome post-traumatique. Il existe 80 % de risques d'avoir un syndrome post-traumatique à la suite d'un viol (qui concerne majoritairement les femmes). Certains traumatismes peuvent durer une vie entière pour 13,8 % des femmes (contre 6 % des hommes dans la même situation).

La dépression est presque doublée chez les femmes lesbiennes ou bisexuelles (24 %) par rapport aux femmes hétérosexuelles (13 %)<sup>7</sup>, et encore plus importante chez les personnes transgenres. Selon Estelle Depris, créatrice du podcast « Sans Blanc de rien »<sup>8</sup>, les symptômes de troubles dépressifs sont présents chez un certain nombre

de personnes racisées, qui s'expliquent par une estime de soi mise à mal, des troubles chroniques ou épisodiques de l'humeur et un affaiblissement physique global<sup>9</sup>.

De (très) nombreuses études montrent que les minorités vivant des discriminations répétées et quotidiennes sont touchées par la dépression, l'anxiété et des addictions, et sur le long terme, par des problèmes cardio-vasculaires et des cancers.

N'oublions pas que les violences peuvent soit être répétées au cours d'une même période, soit se répéter (et sous différentes formes) au cours d'une vie, ou encore s'accroître en période de crise. En effet, tant dans l'espace public, numérique, que dans l'espace privé, les violences vécues par les femmes ont augmenté dès le début de la crise sanitaire en mars 2020, particulièrement lors des périodes de confinement<sup>10</sup>.

## 3 Les normes de genre, défavorables à la santé mentale ?

Dès l'adolescence, les femmes sont incitées à atteindre des standards de féminité inatteignables qui impactent l'estime de soi. À l'âge adulte, ces injonctions sont étendues aux statuts de mère et d'épouse « parfaites » et aux « doubles journées ». Cela pousse à un rapport au corps négatif, à de l'anxiété, à un sentiment d'incapacité et de culpabilité, à un manque de confiance en soi et à des épisodes dépressifs précoces.

Certaines formes de la dépression sont particulières aux femmes dans le sens où elles sont liées à leurs conditions biologiques, c'est-à-dire qu'elles peuvent apparaître durant la grossesse, l'accouchement, le post-partum et/ou le syndrome prémenstruel (la période avant les règles).

Comment oser parler de ce qui nous pèse, demander de l'aide lorsqu'on est censée être heureuse de devenir mère (la société tendant à idéaliser cette étape de la vie) ? Lorsque les proches comptent sur nous (et bien souvent sur personne d'autre) ? Comment exprimer son mal-être dans une société capitaliste valorisant la productivité à tout prix ?

## 4 La responsabilité incessante pour les soins d'autrui...

Les femmes se trouvent souvent à la tête du soin à prodiguer, avec un manque cruel de soutien public ou familial,

4 BOND Casey, « Ce que cause le stress lié à l'argent sur votre corps et votre santé », *Huffingtonpost*, 2020, <https://bit.ly/3ydKfNz>

5 *Ibid.*

6 PAULUS Mai, « Femmes en situation de handicap : une double discrimination violente », *Étude ASPH*, 2020, <https://bit.ly/3lo8Yk8>

7 Santé Publique France, « Ampleur et impact sur la santé des discriminations et violences vécues par les personnes lesbiennes, gays, bisexuel-le-s et trans (LGBT) en France », *Synthèse du rapport*, 2021, <https://bit.ly/3safISq>

8 Le podcast : <https://spoti.fi/38M0SFo>

9 DEPRIS Estelle, « Trauma Racial : comment le racisme impacte la santé mentale », *Analyse Bepax*, 2020, pp. 15-19, <https://bit.ly/3GLmxKb>

10 VIERENDEEL Florence, « Covid-19 et violences faites aux femmes : quels impacts ? », *Analyse FPS*, 2020, <https://bit.ly/3P8ezPY>

d'autant plus au sein des familles monoparentales. Selon l'OMS, c'est un facteur de risque qui affecte de manière disproportionnée les femmes, au même niveau que les violences sexistes et les inégalités de revenus<sup>11</sup>.

Toutefois, ces inégalités ne seront pas prises en compte lorsqu'une dépression pointe le bout de son nez. Xavier Briffault, épidémiologiste et sociologue s'interroge : « *Si une femme s'occupe seule de son enfant en bas âge la nuit, elle va pouvoir développer des troubles du sommeil qui entraînent une dépression très sévère. Le biologique est donc altéré, mais l'origine est sociale. Un médecin va-t-il analyser les rapports de pouvoir dans le couple pour expliquer cette dépression ? Les femmes se sentent alors non seulement mal, mais également responsables de leur état* »<sup>12</sup>.

Catherine Markstein, médecin et fondatrice de l'ASBL Femmes et Santé, déplore cette situation : « *En réponse à leurs plaintes [liées à une surcharge permanente], les médecins prescrivent trop souvent des anxiolytiques pour un problème social et culturel plus que véritablement individuel...* »<sup>13</sup>. En 2020, parmi les affilié·e·s Solidaris, 13,3 % des femmes ont consommé des antidépresseurs contre 7,3 % des hommes.

### Vous reprendriez bien un peu de *care* ?

Autre exemple dans le *care* informel : les femmes constituent 85 % des aidant·e·s proches, âgées généralement de 35 à 64 ans, et qui assurent ces tâches en tant que mères, filles, belles-filles ou épouses/partenaires<sup>14</sup>. Dans ce contexte, les aidantes proches souffrent davantage d'anxiété et de symptômes dépressifs que leurs homologues masculins<sup>15</sup>. Durant la pandémie, leur santé mentale s'est dégradée, c'est-à-dire qu'une femme aidante sur deux s'est sentie plus dépressive pendant la crise sanitaire, à savoir 48,2 % d'entre elles pour 36,3 % des hommes. Ces dernières développent fréquemment des pathologies telles que des douleurs corporelles chroniques, des maladies cardio-vasculaires ou des risques de déclin cognitif en réaction à ce mal-être.

### 5 Une dépression ne vient jamais seule...

Les personnes ayant des troubles dépressifs ont 70 à 80 % de risque de développer des troubles anxieux. Le risque de

suicide est multiplié par 30 au cours d'un épisode dépressif<sup>16</sup>. Toutefois, la première cause de décès des personnes dépressives serait cardio-vasculaire. L'inverse est vrai : les personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires ont aussi un risque plus élevé de dépression. Ce n'est pas anodin lorsqu'on sait qu'en Belgique, la première cause de mortalité des femmes – toutes confondues – est déjà liée aux maladies cardio-vasculaires. Être femme et souffrir d'une dépression doubleraient donc potentiellement ce risque de mortalité.

### Des coûts humains et financiers

Parmi les incapacités de travail, on trouve principalement les dépressions de longue durée et les burn-out, avec une augmentation de 39 % entre 2016 et 2020. Cela concerne 2/3 des femmes<sup>17</sup>. Ces chiffres s'expliquent notamment par la non-reconnaissance de la pénibilité des secteurs majoritairement féminins et racisés (care, vente, etc.), l'insuffisance des politiques de prévention, la dévalorisation salariale et les impacts psychologiques des métiers ayant une grande charge émotionnelle ainsi que, finalement, la conciliation vie privée/vie professionnelle<sup>18</sup>. L'OMS estime que le trouble dépressif caractérisé serait la maladie la plus coûteuse sur l'ensemble des maladies en termes de dépenses<sup>19</sup>.

À quand un véritable investissement dans la prévention et la prise en charge de la dépression et des troubles de santé mentale ? Le bien-être de la population devrait être



### Le *care* formel

Ce terme désigne tous les métiers de soin à la personne. Les femmes constituent près de 80 % du personnel travaillant en hôpital, ce chiffre monte à 90 % dans les maisons de repos et les crèches. À titre d'exemple, Statbel comptabilise 98 % de femmes qui sont aides-soignantes à domicile, 91,8 % qui sont infirmières, 85 % qui sont psychologues<sup>20</sup> et 96 % travaillant en titres-services (cela monte à 98 % pour les femmes d'origine immigrée à Bruxelles). Le secteur du *care* est fortement féminisé et précarisé en raison des conditions de travail difficiles (problèmes musculo-squelettiques, horaires inconfortables, etc.) et du revenu perçu. Ces conditions déjà précaires ont été exacerbées avec la pandémie de Covid-19, augmentant leur souffrance au quotidien. Une étude liégeoise menée par le psychiatre William Pitchot est sans appel : « *Au cours des prochains mois, même chez les personnes qui, en apparence, se sont bien adaptées, on risque de voir apparaître des épisodes de burn-out, des problèmes de trouble panique, des dépressions caractérisées, des états de stress post-traumatique ou des addictions. Le taux de suicide va vraisemblablement augmenter, à tout le moins on peut le craindre* »<sup>21</sup>.

11 BERGE Jehanne, « Genre et santé mentale (2/3) : le cumul des violences », *Les Grenades RTBF*, 22 décembre 2020, <https://bit.ly/3kxul3k>

12 LEGRAND Manon, « La santé mentale inégale avec les femmes », *Alter Echos n°429-430*, 2016.

13 BERGE Jehanne, « Genre et santé mentale (2/3)... », *op.cit.*

14 *Ibid.*

15 *Ibid.*

16 INSERM, « Dépression : mieux la comprendre pour la guérir... », *op.cit.*

17 WERNAERS Camille, « Accord sur le budget fédéral : quels effets sur les femmes ? », *Les Grenades-RTBF*, 2021, <https://bit.ly/3lw6NLT>

18 *Ibid.*

19 INSERM, « Dépression : mieux la comprendre pour la guérir... », *op.cit.*

20 JERECZEK Betty, « Pourquoi les femmes s'intéressent plus à la psychologie que les hommes ? », *Huffingtonpost*, 2021, <https://bit.ly/3vCphGG>

21 LI V., « Le terrible impact psychologique de la pandémie sur les médecins et le personnel soignant », *Médi-Sphère*, 2020, <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/covid-le-terrible-impact-de-la-pandemie-sur-les-medecins-et-le-personnel-soignant.html>

une variable prioritaire dans le calcul de croissance de notre pays. En chiffres, cela correspondrait à un véritable retour sur investissements: l'OMS a calculé que chaque dollar investi aux États-Unis dans un traitement élargi de la dépression et de l'anxiété donne un retour sur investissement de 5 dollars<sup>22</sup>.

### Quelles pistes de solutions ?

Les FPS ont aussi réfléchi à 7 points d'attention pour un système de santé plus inclusif. En voici 2 en termes de prévention.

▶ Selon l'OMS, il a été démontré que les programmes de prévention réduisent la dépression<sup>23</sup>. Il convient dès lors d'investir et donner sa place de choix à la prévention en :

- ▶ enrayant l'insuffisance chronique des investissements en faveur de la promotion de la santé mentale, de la prévention et de l'éducation permanente (travaillant sur les tabous et les discriminations) ;
- ▶ favorisant la multiplication des canaux, des outils et des publics-cibles de la prévention des troubles de santé mentale (et leur prise en charge précoce): information et sensibilisation du grand public et des prestataires de soins via des campagnes médiatiques, des programmes scolaires (auprès des élèves et des parents) et de la formation<sup>24</sup>, des approches communautaires, etc.

▶ Partout où se trouve la lutte contre les inégalités fondées sur le genre se trouve la prévention des troubles mentaux. Prévenir les troubles mentaux, c'est donc continuer à lutter pour déconstruire les normes/modèles/schémas sexistes qui sont généralement en défaveur des femmes :

- ▶ en ne banalisant plus la fatigue physique et l'épuisement mental lié à leur condition (issues des « doubles journées », des charges mentales domestique, émotionnelle, sexuelle, médicale, etc.) par des phrases telles que « ça passera », « ça ira mieux quand les enfants seront plus autonomes », etc.
- ▶ en déconstruisant durablement les stéréotypes de la « femme *superwoman* », de la « nature des femmes, c'est de soigner », etc.
- ▶ en luttant contre l'état d'alerte continu qui les caractérise dès l'adolescence...

### L'égalité, c'est bon pour la santé !

Les inégalités sociales sont des facteurs de risques de nombreuses maladies, pas seulement de la dépression. L'organisation de notre société a encore tendance à repro-



## Notre nouvelle campagne sur la santé

Les stéréotypes de genre, de sexe et les inégalités sociales sont présents tout au long du parcours de soins des femmes, affectant leur santé. Nous avons choisi 3 thématiques illustrant ces différentes étapes du parcours du soin, à savoir :

- ▶ la prévention, au travers de l'exemple de la dépression,
- ▶ la prise en charge, au travers de l'exemple des maladies cardio-vasculaires,
- ▶ le traitement, au travers de l'exemple de la recherche médicale.

Retrouvez tous nos outils de campagne sur notre site internet: <https://www.femmesprevoyantes.be/derniere-campagne-2-3>

Contacts:  
[stephanie.jassogne@solidaris.be](mailto:stephanie.jassogne@solidaris.be)  
[fps@solidaris.be](mailto:fps@solidaris.be)

duire les inégalités dans tous les domaines, que ce soit la santé, l'accès au logement, au travail, à la citoyenneté, etc., mais ce sont pourtant ces facteurs, ces parties de notre vie qui influent sur le rétablissement. Les soins de santé n'en sont finalement qu'une petite part<sup>25</sup>. La prévention durable de la dépression et d'autres maladies chroniques nécessite une approche globale dans tous les domaines politiques. Brecht Devleesschauwer, épidémiologiste belge, et Lisa Van Wilder, chercheuse belge en santé publique le soulignent: « *en effet, la santé d'une population est principalement déterminée par le climat social et politique général, les inégalités sociales en matière de santé étant « le canari dans la mine de charbon ». C'est précisément là que des signaux d'alarme apparaissent* »<sup>26</sup>.

De manière globale, être dans une société plus égalitaire permet de réduire les problèmes de santé et d'augmenter le bien-être général de la population<sup>27</sup>.

Finalement, lutter contre les inégalités, c'est lutter pour une meilleure santé.

Lutter contre les inégalités, c'est lutter pour un meilleur système de soins.

Lutter contre les inégalités, c'est lutter pour des politiques de santé nécessairement plus inclusives et féministes.

22 OMS, « Journée mondiale de la santé mentale 2020 », *Campagne 2020*, <https://bit.ly/3pJluD1>

23 *Ibid.*

24 Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE), « Soins de santé mentale: il est difficile de savoir si l'offre de soins répond à la demande », *Communiqué de presse*, 2019, <https://bit.ly/38MHEzC>

25 COTTIN Eva, « Liens entre précarité et souffrance psychique », *Analyse FPS*, 2021, <https://bit.ly/3rIR4Jc>

26 DEVLEESSCHAUWER Brecht et VAN WILDER Lisa, « Le fardeau des maladies chroniques », *Santé Conjugée*, 2022, <https://bit.ly/34VshTv>

27 PICKETT Kate et WILKINSON Richard, *Pour vivre heureux, vivons égaux*, éd. Les liens qui libèrent, coll. Poche, 2020.

# Comment élaborer un diagnostic social-santé à l'échelon local ?

INITIATIVES

À l'invitation de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, se tenait ce 12 mai dernier la matinée de présentation du Guide d'élaboration d'un diagnostic social santé local. Ce guide, fruit d'un travail d'intenses collaborations et mené sous la bannière de la co-construction, voyait environ 170 personnes se rassembler à l'occasion de cette présentation : acteur·rice·s de terrain, expert·e·s et chercheur·e·s issu·e·s des secteurs du social, de la santé, de l'analyse du territoire...

► **GAËLLE AMERIJCKX**, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

## Une matinée de présentation du guide et quelques points de suspension

La matinée de présentation fut découpée en trois temps. Une première série de prises de parole fut consacrée à la présentation de chaque segment du guide : qu'y trouver ? À quel(s) usage(s) ? Nous y revenons plus spécifiquement dans la section suivante. Ces prises de parole, opérées en binôme d'auteurs et co-auteurs du guide, visaient à refléter la combinaison d'expertises qui a été mobilisée dans ce processus de production. La table ronde, rassemblant Nazira El Maoufik (PCS Akarova), Olivia Vanmechelen (Kenniscentrum VVWZ), Karin Van Zele (Logo Brussel) et Inge Verhaegen (Odisee Hogeschool), fut quant à elle l'occasion de croiser des témoignages de personnes ayant soit une expérience directe dans la réalisation de diagnostic(s), soit dans celle d'accompagnement d'acteur·rice·s à la réalisation de tels diagnostics. Un temps riche de réflexions, questions et échanges fut aussi opéré avec la salle, laissant entrevoir les potentiels mais aussi les limites inhérentes à ce type d'outil, comme tout outil quel qu'il soit...

## Objet et contenus du guide

C'est à la question du « *Comment faire ?* », en forme de poupées russes, que s'attèle à répondre le **Guide d'élabora-**

**tion d'un diagnostic social-santé local**. Publié au mois de mai 2022 par la Commission communautaire commune<sup>1</sup>, le guide est la co-production d'un consortium d'acteurs issus de divers centres de recherche, associations et institutions issus du secteur social-santé bruxellois.

Ces acteurs sont : le *Centre de recherche de Bruxelles sur les inégalités sociales* (Crébis – Le Forum-Bruxelles contre les inégalités et le Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS)) ; le *Centre de recherche interdisciplinaire en Approches sociales de la santé* (CRISS) de l'École de santé publique de l'ULB ; l'*Institut de gestion de l'environnement et de l'Aménagement du territoire* (IGEAT) et le *Réseau des études bruxelloises* (EBxl) de l'ULB ; le *Centre de diffusion de la culture sanitaire* (CDCS asbl) et le *Centre interdisciplinaire de recherche Travail, État et Société* (Cirtes) de l'UCLouvain.

À l'origine de ce projet, un cahier des charges lancé par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale en collaboration avec Perspective.Brussels et le Centre de Documentation et Coordination Sociale (CDCS-CMDC).

<sup>1</sup> Téléchargeable gratuitement sur la page : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/guide-delaboration-dun-diagnostic-social-sante-local>



Ce projet s'est esquissé au départ du constat d'un besoin de divers professionnels des secteurs du social et de la santé d'être mieux outillés pour observer, comprendre et analyser leur territoire, mais aussi leur cadre d'intervention et les attentes de leur(s) public(s). En ce sens, le besoin de diagnostic fait écho à la nécessité de s'adapter pour répondre aux défis nombreux et complexes qui se posent dans ces secteurs d'activités. À ce constat de terrain est venu se greffer la dynamique du réseau interdisciplinaire *Care in the City*<sup>2</sup>, porté par Perspective.Brussels. *Care in the City* constitue depuis 2017 un espace de réflexion commune entre plusieurs acteurs régionaux bruxellois autour d'une meilleure intégration du bien-être et de la santé dans la planification urbaine.

On l'a évoqué en tête de cet article, le guide est le fruit d'une démarche de co-construction. Afin de proposer un outil à destination des professionnels de terrain qui tienne compte de leurs besoins, attentes et conditions de travail, le consortium s'est adjoint un groupe de personnes-ressources (GPR). Ce groupe était composé de 21 professionnels de terrain issus d'associations/institutions diverses et aux missions complémentaires parmi les secteurs social-santé bruxellois<sup>3</sup>. Leurs apports ont été essentiels pour mettre en exergue les questionnements concrets qui animent le terrain et ainsi guider progressivement le

consortium de recherche dans la co-construction du guide. À ce GPR se sont adjoints quatre partenaires-testeurs<sup>4</sup> qui ont accepté de tester des sections de l'outil, en conditions réelles, sous l'angle de son niveau de cohérence et de praticabilité sur le terrain.

À l'arrivée, le guide se compose de deux volets qui communiquent naturellement l'un avec l'autre. On retrouve d'une part le guide principal qui fournit des balises conceptuelles et méthodologiques en vue de s'orienter tout au long d'un parcours de diagnostic social santé et, d'autre part, le guide de ressources locales qui propose une série d'éléments d'approfondissements, de récits d'expériences locales et de pistes en matière d'accompagnement. Voyons plus en détails ces deux documents complémentaires.

Le **Guide d'élaboration d'un diagnostic social-santé local** se déploie au travers de six cahiers également complémentaires. Le fil rouge de ces cahiers est celui de la temporalité des questions et des enjeux posés avant, pendant et après la réalisation d'un diagnostic. Leur lecture s'opérera, selon les besoins et connaissances de chacun-e, en tout ou en partie, dans l'ordre ou le désordre. Des liens entre cahiers sont également faits, ce qui permet à chacun-e de naviguer entre ceux-ci, en fonction de ses zones d'intérêt spécifiques.

2 Le réseau est composé : CDCS-CMDC ; OBSS ; Kenniscentrum WWZ ; Huis voor Gezondheid ; Brusano ; CBCS et coordonnée par Perspective.Brussels – <https://perspective.brussels/fr/enjeux-urbains/social-sante>

3 Ces professionnels sont issus des services suivants : les CPAS de Saint-Gilles et de Forest ; le SSM Le Méridien ; Brusano ; Maison BilobaHuis ; le KennisCentrumWWZ vzw ; asbl Aidants proches ; le projet LAMA ; l'ONE ; le SMES ; le Foyer du Sud ; la mutualité chrétienne ; Infirmiers de rue ; la Febul ; le CAFA asbl ; Medikuregem ; asbl Connivence ; Foyer vzw – Interculturele Bemiddeling.

4 Le SESO ; le contrat local social-santé (CLSS) du CPAS de Forest ; le SSM Le Méridien et le contrat local social-santé (CLSS) du CPAS de Schaerbeek.



Le cahier **introductionnel** permet au(x) porteur(s) de diagnostic d'opérer un bilan de leur situation avant de débiter la démarche de diagnostic et d'identifier les ressources nécessaires et disponibles à cette fin avant de se lancer. Ce cahier constitue donc un point de repère en démarrage de dynamique, tout particulièrement utile pour des personnes n'ayant aucune expérience préalable en réalisation de diagnostic. Dans cette optique de bilan initial, un « questionnaire d'entrée » figure en fin de cahier en vue de guider le(s) porteur(s) de diagnostic dans leur démarche.

Le cahier **Statistiques et comptages** axe l'essentiel de son propos sur la mobilisation de données préexistantes. Ainsi, il présente et balise l'utilisation de ressources librement accessibles en matière de données statistiques et de recensement de l'offre socio-sanitaire en Région bruxelloise, notamment à l'échelle communale et du quartier. Il passe également en revue une sélection de données statistiques dont les caractéristiques principales sont synthétisées. Afin de compléter ce tableau, le cahier se clôture sur une série de suggestions s'adressant au(x) porteur(s) de diagnostic qui souhaiteraient collecter quelques données quantitatives.

Le cahier **Méthodes qualitatives** pose, quant à lui, les bases pratiques, méthodologiques et éthiques pour véritablement déployer une démarche qualitative dans le cadre du processus de production d'une démarche diagnostique. La collecte, l'analyse et l'exploitation d'un matériau qualitatif est ainsi décrite en étapes, et en reconnaissance des contraintes que peut poser un travail de diagnostic mené en dehors du contexte scientifique. La lecture de ce cahier pourra tout particulièrement s'articuler avec celle du cahier « Statistiques et comptages » en vue de combiner les approches qualitatives et quantitatives dans la démarche de diagnostic.

Le cahier **Mise en forme et diffusion** aborde et invite à anticiper l'étape de diffusion du diagnostic, en regard notamment des partenaires à mobiliser ou de la temporalité induite par les choix qui seront posés en la matière. Différents supports ainsi que canaux de diffusion sont envisageables dans le cadre d'une diffusion de diagnostic ; ces options et leurs points positifs et/ou négatifs sont présentés.

Le cahier **Recommandations et/ou Pistes d'action** amorce la phase succédant au diagnostic, en abordant deux modes distincts mais souvent complémentaires d'utilisation du diagnostic. Le cahier développe en ce sens des points de repère et des conseils pour faire émerger des pistes d'action ainsi que pour rédiger et diffuser des recommandations.

Le cahier **Co-construction** se positionne, lui, en tant qu'approche spécifique et transversale à la démarche de diagnostic. Afin de mieux appréhender ce que constitue et apporte la démarche de co-construction, ce cahier présente des bases théoriques et pratiques. Celles-ci passent en revue plusieurs questions-clé dans cette démarche : quelle posture

adopter ? Quels niveaux d'implication envisager pour les parties prenantes, habitants, usagers des services ? Quels défis sont posés ? Comment y faire face ?

Le **Guide des ressources bruxelloises pour construire un diagnostic social-santé** a, pour sa part, été conçu comme une « boîte à outils », complémentaire aux six cahiers précédemment décrits. Des liens viennent en ce sens égrener la lecture des six cahiers et inviter chacun-e à approfondir l'un ou l'autre aspect via ce guide de ressources. Le guide n'ambitionne pas le relevé exhaustif de ressources mais plutôt un set de ressources librement accessibles et pertinentes pour des acteurs engagés dans la construction d'un diagnostic santé-social en contexte bruxellois. Diverses initiatives inspirantes menées dans des communes bruxelloises sont décrites, et quelques organismes dédiés à l'accompagnement de démarches diagnostiques et notamment actifs en région de Bruxelles-Capitale sont présentés. À ces deux catégories de ressources viennent s'ajouter références d'outils de diagnostics publiés en France et en Belgique.

### Quelles suites ?

Les échanges avec la salle lors de la présentation du guide ont remis en lumière la tension fondamentale à laquelle sont confrontés les acteurs des secteurs social-santé : une pauvreté de moyens et des ambitions conséquentes. À ce titre, le guide invite à la modestie dès l'entame du processus de démarche diagnostique. En effet, la démarche de diagnostic ne peut s'opérer sans un minimum de ressources présentes au départ. Des données sont toutefois déjà régulièrement en partie collectées, ici ou là, et souvent potentiellement très utiles pour venir enrichir le diagnostic. Mais elles sont pour partie peu disponibles en première intention ; il peut s'avérer utile de les rechercher et de s'y intéresser. Parmi ces données riches et déjà collectées, mais peu visibles, figure – comme cela a été soulevé lors de la matinée du 12 mai – la multitude de diagnostics déjà réalisés par les professionnel-le-s des secteurs social-santé bruxellois... À qui et à quand d'en assurer l'accès dans une logique de capitalisation des savoirs en matière de diagnostics social-santé bruxellois ?



Le **Guide d'élaboration d'un diagnostic social-santé local** et son **Guide des ressources bruxelloises** sont librement téléchargeables sur le site de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, en français et en néerlandais :  
<https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/guide-delaboration-dun-diagnostic-social-sante-local>

Ils peuvent également être obtenus en format papier via l'envoi d'un mail à l'adresse suivante :  
**observat@ccc.brussels**

# Promotion de la santé à Bruxelles : éléments d'évaluation du plan 2018-2022

Le cadre programmatique en promotion de la santé, établi par le Décret bruxellois du 18 février 2016, a accouché d'un Plan d'une durée de cinq ans (2018-2022). Ce plan stratégique et opérationnel prévoyait une évaluation de sa pertinence et de sa cohérence, ainsi que de sa praticabilité. En voici quelques lignes faîtières dont pourra s'inspirer le prochain plan 2023-2027.

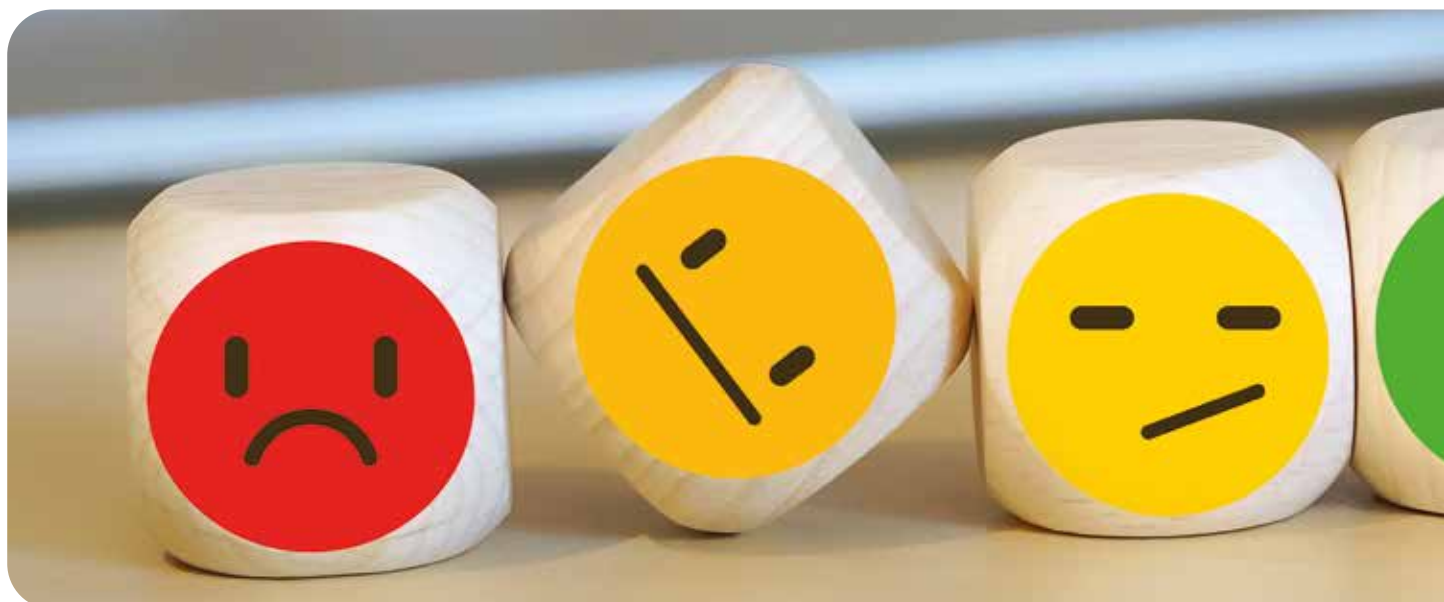
POLITIQUES

## ► NATHALIE COBBAUT

Alors que l'instauration d'une politique publique dans le domaine de la promotion de la santé remontait à 1997, avec l'adoption d'un décret en Communauté française, la sixième réforme de l'État a rebattu les cartes, avec un transfert de cette compétence aux Régions en 2014. Bruxelles a donc adopté un nouveau décret en la matière en 2016, assorti d'un premier plan stratégique de promotion de la santé<sup>1</sup>. Pendant cinq ans (de 2018 à 2022), ce plan élaboré par l'Administration et approuvé par le Parlement francophone bruxellois a été mis en œuvre par les opérateurs du dispositif, à savoir les acteurs, les services piliers et sup-

ports, ainsi que les réseaux désignés et subventionnés en promotion de la santé. La finalité de ce plan : la promotion de la santé et la réduction des inégalités de santé, en mobilisant l'ensemble des politiques publiques en Région de Bruxelles-Capitale. Des objectifs généraux, transversaux et thématiques, ainsi que des priorités, ont été définis pour y tendre.

C'est de tout cela que l'évaluation, menée par l'Administration, l'Observatoire de la Santé et du Social et les services piliers de support du secteur, rend compte avec un travail



portant sur la pertinence et la cohérence du plan, notamment aux regards des objectifs définis et de la rationalité de sa logique d'action. L'évaluation s'intéresse également à la praticabilité du plan par les acteurs de terrain.

### Éléments d'évaluation

Pour en savoir plus sur cette évaluation, nous avons interrogé Gaëlle Amerijck, collaboratrice scientifique à l'Observatoire bruxellois de la Santé et du Social (OSS) chargé de l'évaluation de la pertinence et de la cohérence du plan. *« Un premier élément concerne la pertinence de la politique, telle que définie dans ce plan. Malgré un cadre assumé en promotion de la santé, qui représente une approche assez ambitieuse, notamment en termes de prévention et d'émancipation des populations visant à renforcer leurs capacités à être et rester en bonne santé, l'intitulé des objectifs et la ventilation des priorités du premier plan ont été davantage axés sur une approche déficitaire et un travail limité aux facteurs de risques et à la protection contre les maladies. »*

### Autre élément relevé par Gaëlle Amerijck, à cheval entre la pertinence et la cohérence :

*« L'universalisme proportionné, trop peu présent dans ce plan. Étant donné les moyens réduits mis à disposition du secteur, il s'agit d'optimiser et de rendre plus lisible l'équilibre entre une approche universaliste (visant la santé de la population générale) et une approche ciblée (pour les groupes en situation de vulnérabilité). »*

Enfin, troisième élément qui serait à intégrer dans le nouveau plan : l'articulation et le rééquilibrage des différentes lignes d'action, entre la première ligne qui vise les publics, la seconde ligne à destination des acteurs de la PS et la troisième ligne qui vise l'articulation de la PS avec les autres secteurs. Selon Gaëlle Amerijck, *« dans le plan 2018-2022, la première ligne est très light, avec une participation des publics faible et une mobilisation communautaire et du travail de proximité, presque exclusivement réservés aux publics fragilisés. D'où l'intérêt d'élargir. La seconde ligne est en revanche très présente dans les objectifs transversaux. Quant à la troisième ligne, soit l'articulation de la PS avec les autres secteurs, étant donné les maigres moyens à disposition de la PS à Bruxelles, il est essentiel de miser sur l'intersectorialité et le fait de promouvoir 'la santé dans toutes les politiques'. À cet égard, l'articulation du nouveau plan avec le PSSI (Plan*

*stratégique Social Santé Intégré) à venir pourrait permettre une intégration du concept de PS dans une logique transversale et une montée en niveau avec plus de moyens que ceux de la COCOF très limités. »*

**« Étant donné les moyens réduits en promotion de la santé, il s'agit d'optimiser l'équilibre entre une approche universaliste visant la santé de la population générale et une approche ciblée pour les groupes en situation de vulnérabilité. »**

Gaëlle Amerijck - OSS

### Et l'avis des acteurs ?

Quant à l'évaluation de la praticabilité du plan par les acteurs de terrain, ceux-ci relèvent en termes positifs le cadre de référence commun servant de levier au secteur, sécurisant et ouvert, même si certaines structures plus petites ou moins structurellement financées se sentent moins soutenues. Le plan est aussi vu comme un vecteur de collaborations et de concertation entre opérateurs du secteur. En revanche, ces derniers estiment le plan difficile à s'approprier, manquant de lisibilité hors secteur et figeant les priorités d'action. Un manque d'ouverture à de nouvelles problématiques est relevé. Une augmentation de la charge de travail est également soulignée, notamment par les services piliers. Le manque d'articulation de ce plan avec d'autres plans ou actions, comme le plan wallon, est aussi mis en avant, tout comme le déficit d'intersectorialité.

Du côté des services piliers qui viennent en support pour le secteur, ceux-ci reconnaissent la visibilité de leurs services, les nouvelles relations avec l'Administration, l'accroissement des demandes, mais interrogent le peu d'opérationnalisation de la promotion de la santé dans toutes les politiques, l'insuffisance des stratégies, notamment en matière de démarches communautaires, de création d'environnements favorables à la santé ou du plaidoyer. Les services piliers déplorent également le peu d'échanges institués entre les différents opérateurs du plan (politique, administratif, sectoriel, intersectoriel). Ils recommandent entre autres pour le nouveau plan de mettre davantage l'accent sur une approche globale de la santé plutôt, que sur une approche par problématique et risque de santé.



Cet article est paru initialement dans l'e-mag Bxl Santé, n° 11, 3 juin 2022, <https://questionsante.org/articles-bxl-sante/promotion-de-la-sante-a-bruxelles-elements-devaluation-du-plan-2018-2022>. Il est reproduit avec l'aimable autorisation de l'auteur.



### ► OUTILTHÈQUE PIPSA

#### DESCRIPTION SELON L'ÉDITEUR

##### Matériel

- 60 cartes « Action »
- 4 catégories : Société, Corps, Santé et Relations, chacune divisée en plusieurs thématiques
- 1 pâte à modeler
- 1 livret pédagogique
- Règles du jeu

##### Concept

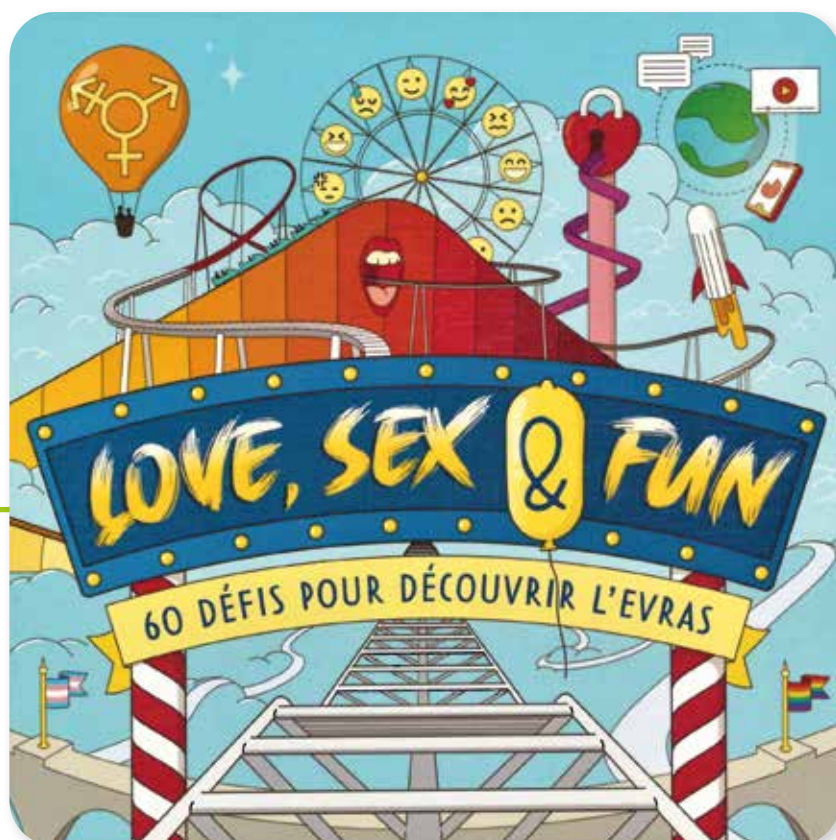
Dans cet outil pédagogique, à destination des professionnel·le·s qui souhaitent animer des groupes à partir de 14 ans, on pourra découvrir ou approfondir des sujets tels que : la sexualité, la puberté, les relations amoureuses, les violences, les stéréotypes de genre...

Les défis ? Mimer, modeler, dessiner, répondre aux différentes questions ou encore faire deviner un mot aux équipes adverses.

Une collaboration entre la FCPPF et Infor-Femmes Liège.

##### Objectifs

- Aborder de façon ludique et variée un grand nombre de sujets en lien avec l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle.
- Développer une vision positive de la sexualité chez les jeunes.
- Valoriser la diversité des vécus selon la personnalité et les préférences de chacun·e.
- Inviter les jeunes à questionner les codes / idées reçues / fausses croyances véhiculé·e·s dans la société et la manière dont chacun·e peut être influencé·e par ceux·celles-ci dans sa vie personnelle et sa manière de penser.
- Aborder les stéréotypes de genre et susciter une prise de conscience des représentations qui enferment les hommes et les femmes dans des rôles prédéfinis afin de tendre vers plus d'égalité.
- Mettre en évidence certains stéréotypes liés à l'origine, à l'orientation sexuelle, à l'identité sexuelle, à la religion et aux convictions philosophiques.
- Donner des informations sur la législation et les ressources disponibles.



© FCPPF – Infor-Femmes Liège



## Où trouver l'outil ?

### ► Chez l'éditeur

FCPPF  
Avenue Émile de Béco, 109  
1050 Ixelles, Belgique  
+32 (0)2 514 61 03  
info@fcppf.be  
www.fcppf.be  
www.facebook.com/fcppf

### ► Infor-Femmes Liège

rue Trappé, 10  
4000 Liège, Belgique  
+32 (0)4 222 39 65  
inforfemmesliege@gmail.com  
www.inforfemmesliege.be

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

### Appréciation globale

Cet outil pédagogique attractif parvient à allier avec succès le pédagogique et le ludique. Ses ingrédients : un processus ludique facile d'accès, connu et éprouvé ; des contenus clairs et synthétiques ; une proposition d'utilisation adaptée aux groupes-classes.

Les différentes cartes couvrent le champ des thématiques possibles en Evras. Elles sont soutenues par un guide conséquent mais qui offre une belle synthèse à l'utilisateur familier de ces matières. La rubrique « Quelques idées préconçues à éviter » illustre les préjugés à laisser tomber avant d'animer un groupe.

Cet outil militant développe une vision progressiste, féministe et inclusive de l'EVRAS, de manière que tous·tes puissent y adhérer, dans la diversité des vécus et la volonté de l'absence de normes.

Certains contenus/cartes peuvent sembler sensibles/difficiles/trop « frontales » à animer (porno, mutilations génitales...). À l'animateur·trice de réfléchir comment il va les aborder (ou pas) avec les jeunes, en groupe mixte ou pas. L'outil ne spécifie pas les précautions à prendre pour l'animer dans des groupes mixtes au niveau du genre et au niveau des cultures (quid des groupes interculturels?).

Vu le potentiel ludique de l'outil, le passage au débat pourrait être difficile à négocier.

### Objectifs

- Identifier ses représentations et les stéréotypes liées à l'EVRAS (genre, orientation sexuelle, identité...).
- Prendre connaissance d'informations nouvelles (loi, ressources disponibles).

- Découvrir des possibilités de prévention (violences, contraception).
- Apprendre à réfléchir par soi-même.

### Public cible

À partir de 14 ans

### Utilisation conseillée

- Mixité dans les équipes de jeunes.
- Co-animation mixte pour répondre aux questions des garçons et des filles, d'autant plus que la posture est féministe.
- Vérifier le consentement des jeunes pour l'animation (permettre à ceux qui ne voudraient pas de ne pas participer – dans la posture de l'animateur).
- Alternier les tours de jeu avec et sans question de relance.
- Trier les cartes pour éviter les thématiques sensibles.

### Points forts

Simplicité d'accès, processus ludique, absence de plateau, exhaustivité des thèmes, rédaction claire du carnet pédagogique.

### Points d'attention

Pour animateur·trice issu·e de l'EVRAS

# Le site web Born in Brussels est né!

INITIATIVES



Born in Brussels est un site abordant la naissance et la petite enfance en Région bruxelloise. Mis en ligne fin avril, il continue chaque jour de s'étoffer avec toujours plus d'actualités, de témoignages et de bons plans. Grand public et professionnels y trouveront de nombreuses informations et un carnet d'adresses bien fourni.

► REBECCA LÉVÊQUE, CDCS-CMDC

## Historique

L'idée de ce site vient d'une réflexion faite, en 2014, entre plusieurs acteurs de la santé bruxelloise : le Centre d'Expertise et de Ressources pour l'Enfance, l'Observatoire de la Santé et du Social et Hospichild. Ensemble, ils imaginent lancer un projet afin d'informer et de soutenir la parentalité, la naissance et l'épanouissement du jeune enfant en Région bruxelloise. Les années passant, d'autres associations et acteurs ont rejoint le mouvement : Brusano, Bruss'help, Volle Maan Expertisecentrum Kraamzorg, Droits Quotidiens et même des stagiaires pleines d'idées ! Les phases de conception du projet sont soutenues financièrement depuis 2019 par la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale. Fin 2021, un subside a été accordé au

CDCS-CMDC asbl pour donner vie à ce qui est aujourd'hui Born in Brussels.

## Un long moment créatif

Pour concevoir un contenu de qualité, de nombreuses têtes se sont penchées sur le site. Tout d'abord, il y a eu l'équipe d'Hospichild (CDCS-CMDC) qui possède une expérience de plus de 15 ans dans les thématiques liées à l'enfance gravement malade et hospitalisée. C'est cette équipe, accompagnée de deux étudiantes en santé publique, qui a rédigé la plupart des textes du site. Une fois créés, ceux-ci ont également été soumis à divers professionnels pour validation. Ensuite, pour les répertoires d'adresses utiles à Bruxelles, c'est l'équipe de Bruxelles Social (CDCS-CMDC)

qui s'est attelée à la tâche. En effet, les bonnes adresses qu'on retrouve sur le site Born in Bruxelles sont directement liées à la base de données de Bruxelles Social et elles sont, de ce fait, automatiquement remises à jour. Après cela, il a fallu s'attaquer à la partie juridique qui se situe sous l'onglet « Droits et démarches ». Pour cela, le CDCS-CMDC a collaboré avec l'asbl Droits quotidiens pour importer du contenu sur le site Born in Brussels. Celui-ci sera donc automatiquement actualisé en cas de mise à jour. Enfin, une nouvelle collègue a





rejoint l'équipe du CDCS-CMDC pour venir en renfort et soutenir le projet. Aujourd'hui, trois personnes sont ainsi aux commandes du site Born in Brussels: Emmanuelle Van Besien, coordinatrice et initiatrice du projet, Rebecca Lévêque, coordinatrice adjointe et Sofia Douieb, attachée à Hospichild, en soutien.

### Le site

En perpétuel développement, le site comprend de nombreuses pages informatives sur le désir d'enfant, la grossesse, l'accouchement et la petite enfance de 0 à 2,5 ans. Il dispose également de deux répertoires d'adresses utiles à Bruxelles. L'un permet de trouver des associations en lien avec les thématiques abordées sur le site, l'autre, appelé « SOS », permet d'obtenir des adresses en lien avec l'aide d'urgence. Le site comporte aussi une large rubrique sur les droits des parents et les démarches administratives à accomplir à Bruxelles. Créée en collaboration avec Droits Quotidiens asbl, elle offre des informations juridiques en langage clair, rédigées par des juristes spécialisés et bénéficie d'une mise à jour automatisée. Enfin, le site comprend des actualités, des témoignages, un agenda d'événements liés à la périnatalité à Bruxelles et une liste de bons plans. Il est complété par une newsletter, une page Facebook, un compte Twitter et LinkedIn.

### Un plus pour les citoyens bruxellois

Lorsqu'un futur ou jeune parent bruxellois se pose des questions sur la naissance et la petite enfance et qu'il effectue quelques recherches sur le web, une myriade d'informations lui sera proposée par de nombreux sites commerciaux, institutionnels et étrangers. Avant Born in Brussels, rien n'était spécifique à Bruxelles. La population bruxelloise possède pourtant ses particularités. Une frange de la population vit malheureusement dans la pauvreté (en 2019, 41 % des enfants et adolescents se trouvaient dans un ménage dont le revenu se situait sous le seuil de risque de pauvreté. C'était pire encore pour les familles comportant plusieurs enfants. Avec trois enfants le taux grimpeait à 46 %, avec plus de trois enfants, il était de 56 % <sup>(1)</sup>, l'interculturalité est omniprésente, le bilinguisme est une nécessité et les acteurs, services et réglementations sont parfois bien différents du reste de la Belgique. D'où l'importance d'un site neutre avec un contenu identique en français et en néerlandais, un carnet d'adresse bruxellois, un accent sur les familles précarisées et des témoignages de vrais locaux. Tout ce qu'offre aujourd'hui Born in Brussels! Et puis, les familles représentent tout de même une belle part de la population (en 2021, la Région bruxelloise comptait 559 260 ménages dont 30 % comportait 3 personnes ou plus <sup>(2)</sup>. Elle comptait également 38 990 petites filles de 0 à 4 ans et 41 048 petits garçons <sup>(3)</sup>. En outre, près de 65 000 familles monoparentales vivent en Région bruxelloise <sup>(4)</sup>. Il est donc primordial d'en tenir compte et de leur offrir les informations dont elles ont besoin. Enfin, environ 22 000

## Coordonnées

**Coordinatrice : Emmanuelle Van Besien**

[www.bornin.brussels](http://www.bornin.brussels)

[info@bornin.brussels](mailto:info@bornin.brussels)

02 639 60 29

**CDCS-CMDC**

<https://www.cdcs-cmdc.be>

Rue de l'Association 15

1000 Bruxelles

naissances sont enregistrées chaque année à Bruxelles <sup>(5)</sup>, ce qui prouve bien que la naissance et la petite enfance sont des éléments importants de la vie bruxelloise.

### Un soutien pour les professionnels

Outre les informations et adresses qui pourront soutenir le travail des professionnels du secteur périnatal, Born in Brussels se veut être un acteur phare de la périnatalité en Région bruxelloise en favorisant l'émergence d'un réseau collaboratif entre eux. Ils pourront, par exemple, promouvoir leurs activités (atelier portage, groupe de parole, workshop diabète de grossesse ou grossesse gémellaire, entraide entre mamans solos, etc.) via l'agenda ou un article sur le site. Des annonces pourront aussi être faites via la newsletter. Born in Brussels est prêt également à mettre son énergie au service de projets divers, toutes les idées sont donc les bienvenues ! En ce moment, une collaboration a déjà débuté avec « Docteur Coquelicot » (Société Scientifique de Médecine Générale) en vue de créer un e-book rempli de recommandations sur la santé environnementale avant, pendant et après la conception d'un enfant. Affaire à suivre, donc !

### En conclusion

Le site Born in Brussels est accessible via **[www.bornin.brussels](http://www.bornin.brussels)**. Il compte plus de 550 pages et, comme tout bébé en pleine forme, il poursuivra encore sa croissance durant de belles et longues années. Un évènement de lancement et une large communication grand public sont prévues pour la rentrée !

## Références

1. [https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/barometre-welzijnsbarometer/barometre\\_social\\_2020.pdf](https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapport-pauvrete/barometre-welzijnsbarometer/barometre_social_2020.pdf)
2. <https://ibsa.brussels/themes/population/menages>
3. <https://ibsa.brussels/themes/population/structure-par-age>
4. [https://parentsolo.brussels/plan/Plan\\_Monoparentalite\\_2021.pdf](https://parentsolo.brussels/plan/Plan_Monoparentalite_2021.pdf)
5. [https://www.cepip.be/pdf/rapport\\_CEPiP\\_Bxl2020\\_FR\\_2tma.pdf](https://www.cepip.be/pdf/rapport_CEPiP_Bxl2020_FR_2tma.pdf)

- 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](mailto:education.sante@mc.be)

