

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé – www.educationsante.be
N° 406 / JANVIER 2024



PB-PP
BELGIE(N)-BELGIQUE



**À la vie comme
à la scène :**
le théâtre comme
outil de santé

Sommaire

Bonne
année
2024



3

INITIATIVES

**À la vie comme
à la scène:**

le théâtre comme
outil de santé



12

INITIATIVES

**Santé
communautaire:**

l'heure est à l'échange
de pratiques



6

INITIATIVES

**Alimentation,
social et santé:**

la mayonnaise prend



9

RÉFLEXIONS

Sexisme en santé:

briser le statu quo

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

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**: Mutualité chrétienne (MC). **ONT COLLABORÉ CE MOIS-CI**: Clotilde de Gastines, Franck Struyve, Delphine Kirkove, Vincent La Paglia, Bernard Voz, Benoit Pétré. **RÉDACTRICE EN CHEF**: France Gerard (education.sante@mc.be). **ÉQUIPE**: Clotilde de Gastines, Rajae Serrokh, Maryse Van Audenhaege. **CONTACT ABONNÉS**: education.sante@mc.be. **COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT**: Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Martin de Duve, Dominique Doumont, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Célestine Gallez, Estelle Georgin, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Denis Mannaerts, Daphné Scheppers. **COMITÉ OPÉRATIONNEL**: Tania Antonioli, Pierre Baldewyns, Nathalie Cobbaut, Dominique Doumont, François Negrel, Anne-Sophie Poncelet. **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 TOUTS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**: Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET**: www.educationsante.be. **COURRIEL**: education.sante@mc.be. Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé: www.pipsa.be. Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be. Notre site adhère à la plate-forme www.promosante.net. Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt: Bruxelles X - ISSN 0776-2623. Numéro d'agrément: P401139. Crédit photos: AdobeStock.

À la vie comme à la scène :

INITIATIVES

le théâtre comme outil de santé

De plus en plus de personnes osent monter sur scène pour parler de leur vécu. La maladie, le *burn out*, les traumatismes et l'addiction sortent des coulisses grâce au *stand up*, à la poésie slamée, à l'écriture pure et au jeu.

► CLOTILDE DE GASTINES, FRANCK STRUYVE

« Être debout devant vous sur cette scène, au fond c'est peut-être ça qu'on appelle réussir son *burn out* », lance la slameuse Ptit-Jules (de son vrai nom Julie Dubois) avant de scander quelques vers. « *La pensée du travail me donne la nausée, relent acide dans ma trachée, l'angoisse à vide me cloue au plancher. Deux ans déjà, deux ans ont passé. Visite au médecin-conseil. "Mais vous devriez aller mieux." Bah oui, c'est vrai, en 24 mois, je suis passée de l'état de brocoli surgelé à celui de mochi fondu. Au fond d'un congélateur pas dégivré, je suis comme un grand brocoli tout spongieux coincé entre un pack de glaçons et un sac de frites qui se laissent aller. Racine sectionnée, branchies atrophiées, céphalées incessantes qui se prolongent en acouphènes. En comparaison, un mochi fondu ça fait rêver* ». Ces quelques mots lancent la soirée organisée avec la Ligue bruxelloise de la santé mentale, le 12 octobre dernier au PianoFabriek de Saint Gilles. Un rendez-vous devenu annuel dans le cadre de la Semaine de la santé mentale.

Au micro, les prises de parole se succèdent. Elles racontent les traumatismes, les désillusions, les deuils, les tâtonnements et l'errance parfois. L'un des récits relate un souvenir brûlant, celui d'une enfant encore apeurée bien des années après. Elle tente de se concentrer sur un mince filet de musique classique, sa radio allumée dans la nuit, en dépit de l'interdit, pour couvrir des sons terrifiants, ceux de la violence brute de son père qui bat sa mère.

À travers toute la Belgique, les scènes ouvertes font la part belle à ces prises de paroles cathartiques – au sens premier de la catharsis : l'expression symbolique des passions sur scène. En lieux publics, de repos ou de soins, les initiatives foisonnent.

Ce sont parfois des pièces de théâtre qui ouvrent le débat sur des sujets encore méconnus, comme « Dys sur Dys » sur les troubles du neuro-développement, ou tabous comme « Starlight et tartes aux Pommes » sur la solitude des personnes âgées (retrouvez nos articles dans le numéro d'Éducation Santé d'octobre 2023). Mi-décembre, la pièce « Speculum » de Delphine Biard, Flore Grimaud et Caroline Sahuquet abordait quant à elle, le sujet des violences gynécologiques et obstétricales avec – à la suite de la représentation – un débat de bord de scène animé par l'Asbl Femmes et Santé.

Bien plus qu'un outil de littérature

Mais pour les patients, les malades, les usagers de services de soins ou sociaux, l'engagement artistique en lui-même a un impact sur la santé et sur ses déterminants : en étant tout à la fois outil de littérature en santé, d'*empowerment* et d'acquisition de compétences psychosociales. En 2019, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS Europe) faisait même la promotion des interventions artistiques, disant qu'elles sont « *souvent sans risque, avec un degré d'efficacité très élevé en regard de leur coût, et offrent des options de traitement et d'accompagnement intégrées et holistiques pour des enjeux de santé complexes pour lesquels il n'existe pas de solution à l'heure actuelle* »¹.

Dans certains pays, la relation entre la promotion de la santé et les arts est d'ailleurs particulièrement intégrée, comme en Suède, en Norvège, en Écosse ou encore en Australie, qui fait figure de pionnière en la matière. En 2016, l'adoption d'un plan-cadre national des arts et de la santé (*National Arts & Health Framework*) a permis de structurer l'action à

¹ "Arts interventions are often low-risk, highly cost-effective, integrated and holistic treatment options for complex health challenges to which there are no current solutions." OMS Europe



l'échelle du pays-continent. Le NAHF recommande la participation artistique et l'art communautaire comme outil de promotion de la santé en citant ses effets bénéfiques : diminution de la morbidité et de la mortalité, développement personnel et des compétences (apprentissage, travail d'équipe, flexibilité, communication) qui conduisent à l'employabilité, la santé physique, l'engagement et la cohésion sociale. Six ans plus tard, un rapport conséquent présente une série de recommandations et un mode de gouvernance inspirant².

La santé mentale monte sur scène

En Belgique, les initiatives arts et santé sont encore peu coordonnées, malgré une mobilisation importante du secteur de la promotion de la santé dans les années 2000 qu'Éducation Santé avait alors documenté³. En région Bruxelles-Capitale toutefois, les activités théâtrales font la part belle à la santé mentale. Au cœur des Marolles, la compagnie *L'appétit des indigestes*, qui a ses quartiers au Pianocktail, vient de voir son agrément d'opérateur renouvelé par le Plan bruxellois de Promotion de la santé 2023-2028.

« À l'origine, nous voulions créer un atelier de théâtre qui soit à la frontière entre le thérapeutique et l'artistique pour déstigmatiser la psychiatrie » explique Sophie Muselle, qui a travaillé comme psychologue en hôpital psychiatrique

pendant trois ans avant de devenir metteuse en scène. « *Les personnes psychiatisées sont souvent déresponsabilisées ou infantilisées quant à leur santé. Les compétences psychosociales et la littératie ont été abîmées par des passages en psychiatrie et des parcours de vie traumatiques. Nombreuses sont celles qui manquent de confiance en leurs ressources, les prises de décisions et la pensée critiques diminuent, la communication et les liens avec l'autre sont difficiles ainsi que l'estime de soi, la gestion des émotions et du stress* », explique la metteuse en scène.

Avec son comparse Pierrot Renaut, comédien, Sophie Muselle a choisi d'animer des ateliers d'écriture et de jeu théâtral tous les mercredis et vendredis après-midi. Ouverts à tou-tes, « *la seule condition d'accès est de participer* ». Le principe de cette permanence s'appuie sur les préceptes du psychiatre Charles Burquel, qui défendait une psychiatrie ambulatoire et sociale insérée au plus près des besoins des populations précarisées, se traduisant notamment par des pratiques de santé mentale communautaire.

Durant deux heures, l'atelier d'écriture ou de jeu théâtral permet de travailler un thème choisi avec les participant-e-s (corps, féminité, enfermement, solitude, maladie, vieillesse, famille, médication, travail, amour). Le thème est décliné en sous-thèmes et une consigne d'écriture est proposée. Par groupes de deux, les participant-e-s échangent sur leur vécu. Chacun écrit ensuite un texte partant du vécu de son ou sa « partenaire ». Les textes sont lus au groupe et sert de base pour bâtir le spectacle. Lors des ateliers de jeu théâtral : chaque scène est déployée et répétée avec un travail sur les émotions, le regard, le niveau sonore, le corps, la présence en scène, etc. Le spectacle est présenté au public environ six mois plus tard – quand le groupe est prêt.

« *On va tous crever!* »

« On va tous crever! »

« *L'an dernier, nous avons parlé de la vie, de la mort et du suicide. J'ai mis en forme les écrits et nous en avons tiré une pièce intitulée: "On va tous crever"* » explique Sophie Muselle. Tout comme l'écriture préserve l'aspect documentaire des récits et leur donne une fluidité, la mise en scène et le jeu très sobre jettent une lumière crue sur

2 National Arts and Health Framework [Internet]. 2016. Disponible sur : <https://www.arts.gov.au/national-arts-and-health-framework> et l'évaluation du programme en novembre 2022 : https://aushfg-prod-com-au.s3.amazonaws.com/Arts%20in%20Health%20Framework%20Revision%202_0.pdf

3 Thiébaud Patricia. Tout le monde s'appelle « Martine », Éducation Santé, juin 2005. Disponible sur : <http://educationsante.be/tout-le-monde-sappelle-martine>

la réalité. « *Je m'inspire de l'art brut pour ces créations de théâtre documentaire : très peu de lumière, pas de décor, quasiment jamais de costume, sauf exception* ». Chaque participant-e peut monter sur scène, sans obligation.

« *Pour "On va tous crever," nous étions 25 !* » précise-t-elle dans un souffle enthousiaste – signe que le fait d'aborder ce sujet était primordial et, d'une certaine manière, libérateur. « *Nous sommes tout le temps en train d'écrire, de répéter et de jouer. Nous donnons systématiquement trois représentations de chaque spectacle au Pianocktail, qu'on rejoue ensuite à la demande dans des structures associatives ou de soins, sur des festivals* ». Autour des pièces, la compagnie organise des activités communautaires : des ateliers de cuisine, des soupers et des sorties au théâtre.

Plusieurs fois par an, la compagnie invite aussi des professionnels de santé, anime des formations sur la pair-aide et sur la posture de soins. « *Cela permet de montrer une manière de faire de la promotion de la santé et du soin qui soit totalement horizontale* », explique Sophie Muselle.

Plusieurs acteurs du social-santé montent ponctuellement des projets théâtraux avec la participation de leurs bénéficiaires. En octobre dernier, la LSBM organisait ainsi des ateliers de théâtre-impro autour de l'accompagnement des aînés.

« *L'activité théâtrale permet à une personne très désinsérée de découvrir une autre part d'elle-même, de pouvoir exister autrement qu'en simple usager de service et ainsi de retrouver l'estime de soi* », décrit Eric Husson, coordinateur du projet Lama, qui accompagne les usagers de drogue notamment au sein du Centre social-santé intégré de Ribaucare. Alors que le nouveau Plan social-santé intégré doit justement remédier au fonctionnement en silo, il se plaît à imaginer « *qu'à terme dans un lieu de soins, on trouvera du social, du logement, Actiris et même de la culture* ». Une utopie qui paraît très réaliste.

i

Mercredi 31 janvier à 17h30 a lieu le prochain Lis'apéro de Cultures&Santé, qui reçoit la compagnie théâtrale « L'Appétit des Indigestes ». Accompagnée des comédien-nes, Sophie Muselle, metteuse en scène et psychologue, proposera d'expérimenter un atelier d'écriture et de création théâtrale suivi d'un moment d'échange.

Le nombre de places est limité !

Renseignements et inscriptions :
www.cultures-sante.be/accompagnement/agenda-de-l-asbl/1116-lis-apero.html



Pour aller plus loin

- ▶ Poursuivre l'actualité de la compagnie l'Appétit des Indigestes : <http://www.lappetitdesindigestes.be>
- ▶ Lire aussi l'article paru dans Éducation santé en décembre 2019 : « L'Appétit Des Indigestes » : les problèmes de santé mentale sur le devant de la scène. <https://educationsante.be/lappetit-des-indigestes-les-problemes-de-sante-mentale-sur-le-devant-de-la-scene>
- ▶ La Ligue bruxelloise pour la santé mentale : <https://www.lbsm.be>
- ▶ Le code de déontologie de l'artiste intervenant en milieu d'accueil, d'aide et de soin : <https://www.cultureetdemocratie.be/numeros/code-de-deontologie-2023>
- ▶ Les recommandations de Culture et Démocratie publiées le 16 octobre dernier : www.cultureetdemocratie.be
- ▶ « Speculum » de Delphine Biard, Flore Grimaud et Caroline Sahuquet – représentation en partenariat avec la Commune d'Etterbeek, Femmes et Santé ASBL et la plateforme pour une naissance respectée. Compagnie Mi-fugue, mi-raison. Voir le site : <http://mfmr.fr>
- ▶ « Dys sur Dys » de la Compagnie Fact. Voir le site : <https://ciefact.com/spectacles/dys-sur-dys>
- ▶ « Starlight et tartes aux pommes » (adaptée de la pièce originale « Sterrelicht en Appeltaart » de Luc Stevens Producties – voir le site : <https://www.lucstevensproducties.be/productie/sterrelicht-en-appeltaart>



Alimentation, social et santé : la mayonnaise prend

INITIATIVES

Social, santé et alimentation cherchent la bonne recette pour transformer leurs frustrations en synergies. Fin novembre, les acteurs et actrices de Bruxelles-Capitale ont fait table commune.

► CLOTILDE DE GASTINES



Le rendez-vous promet d'être annuel. Le 30 novembre dernier, une cinquantaine d'acteurs du social, de la santé et de l'alimentation de Bruxelles-Capitale se sont réunis à l'espace CBO de Jette. Au programme : trouver des recettes pour réaliser une mission commune : améliorer l'accès à une alimentation de qualité pour toutes et tous.

Une urgence, car en Belgique, plus d'un décès sur dix est dû à la malbouffe – « l'estimation était de 11 % en 2021 » rappelle Brigitte Grisar chargée de projet de la Fédération des services sociaux (FDSS), co-organisatrice de l'événement. Autres indicateurs éloquentes : la moitié de la population a un tour de taille présentant un risque de maladie cardio-vasculaire, un Belge sur trois est en surpoids, 16 % est obèse.

Les trois secteurs ont longtemps fonctionné de manière cloisonnée. « Depuis cinq ans, on a noué des liens entre le

social et l'alimentation. Avec la santé et la promotion de la santé, les contacts sont plus récents » explique Jonathan Peuch de FIAN Belgium, une ONG, qui défend le droit à l'alimentation et à la santé (lire sa contribution dans notre dossier de décembre 2022).

Créer du liant

En juin 2022, un premier événement avait permis de « briser la glace » explique Eléonore Barrelet, coordinatrice de Agroecology In Action, une des organisatrices, qui a choisi de remettre le couvert pour que les acteurs de terrain fassent plus amplement connaissance¹. Cette journée complète les rendez-vous de concertation plus formels qui se tiennent dans le cadre du conseil participatif Good Food² – et les événements organisés par le SIPES-ULB en tant que Service support en matière d'alimentation et d'activité physique.

« Il y a du boulot pour décroisonner car on est fort enfermé dans nos maisons médicales, témoigne une médecin généraliste de Laeken. Ce n'est pas dans notre culture de faire de la prévention. On rame à longueur de journée pour faire du curatif, car c'est la seule chose qu'on puisse facturer. Ce serait pourtant un changement de paradigme intéressant » ajoute-t-elle, d'autant que la formation Good Food³, animé par Rencontre des Continents a été pour elle « une super impulsion pour envisager son activité autrement ».

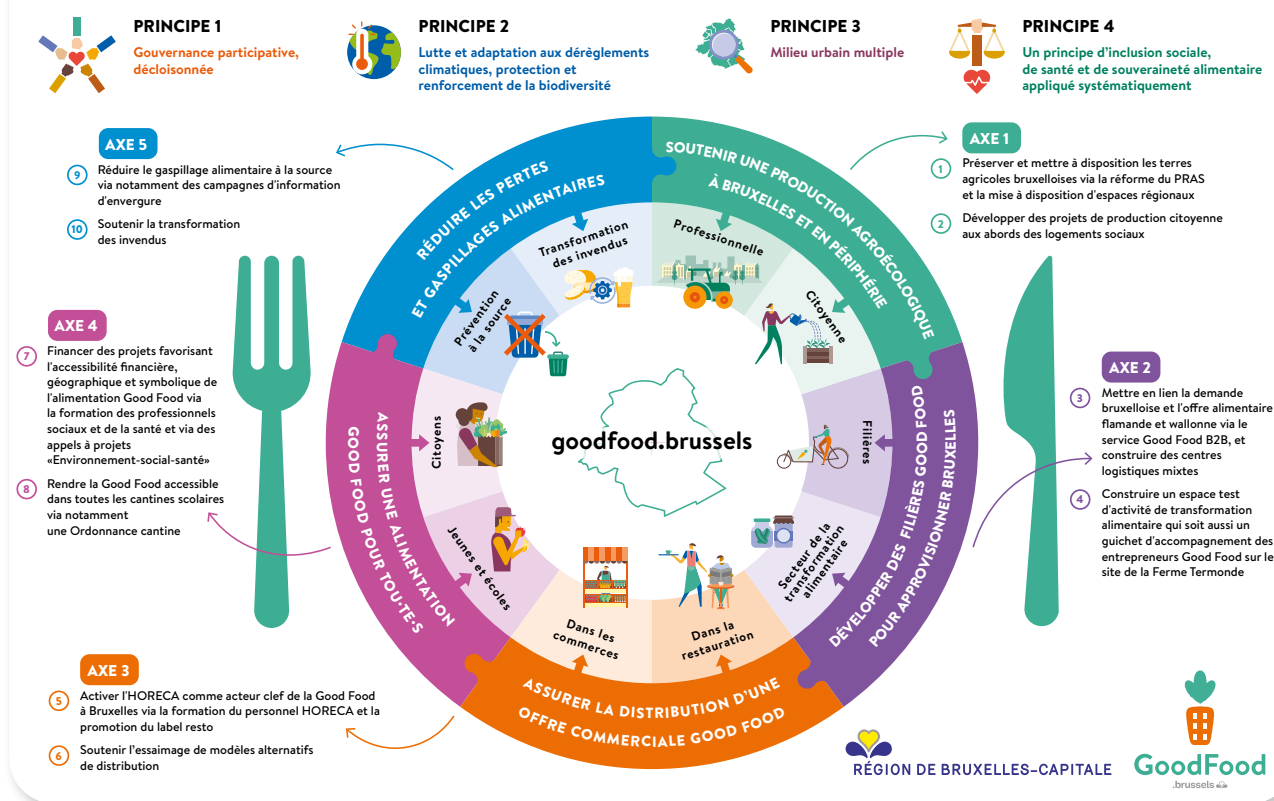
« L'objectif de la journée est de poser des balises communes, explique en préambule de cette journée Eléonore Barrelet. De former progressivement tous les acteurs de la santé et de la précarité à s'emparer des enjeux liés à l'alimentation et réciproquement ».

1 La journée était organisée par huit structures : Agroecology in Action, Cuisines de Quartier, le Début des Haricots, la FBPS, la FDSS, Fian, Nos Oignons et Rencontre des continents.

2 La deuxième stratégie Good Food pour 2022-2030 : <https://goodfood.brussels/fr/content/la-strategie-good-food-2-2022-2030>

3 Formation Good Food pour le secteur social santé : <https://goodfood.brussels/fr/contributions/formation-good-food-secteur-social-sante>

La stratégie Good Food 2022-2030



Pour imaginer des solutions, infirmière en santé communautaire et maraîcher, boulangère ou assistante sociale, médecin généraliste et agent de CPAS ont échangé sur leurs pratiques et leurs actions tout au long de la journée. Étaient aussi présents, les quatre nouveaux acteurs subsidiés par le Plan bruxellois de promotion de la santé 2023-2028: Cuisines de Quartier, FIAN Belgium, Nos Oignons et Vrac Bruxelles. Une bonne occasion de rappeler l'importance des fondamentaux du secteur.

Hacher menu les stéréotypes

« En promotion de la santé, on se bat contre un stéréotype qui a la peau dure, qui est de dire que les pauvres se nourrissent mal », explique Zoé Boland de la Fédération bruxelloise de promotion de la santé (FBPS), qui a pris l'initiative de publier une carte blanche dans Le Soir critiquant le report du Plan Nutrition⁴.

L'insécurité alimentaire est certes liée à la capacité limitée ou incertaine pour acheter des produits de qualité – elle est d'ailleurs plus élevée dans les foyers monoparentaux – pour autant les habitudes alimentaires ne sont pas liées qu'au pouvoir d'achat.

Les mauvaises habitudes sont largement partagées car 30 % de l'alimentation des Belges provient d'aliments

ultra-transformés, peu nutritifs, et souvent trop salés ou trop sucrés, qui augmentent les facteurs de risques pour la santé. « Le sentiment de solitude, qui touche deux Belges sur trois est probablement à la source de ces comportements », souligne une assistante sociale, qui constate que « quand on est seul, on a moins tendance à cuisiner ».

Il est possible de distinguer des déterminants socio-culturels individuels. Par exemple, « au sein de la population de Bruxelles-Capitale, les adolescents sont ceux qui consomment le moins de fruits et légumes, y compris par rapport aux jeunes wallons et flamands » précise Lucille Desbouys, ancienne infirmière devenue épidémiologiste à l'École de Santé Publique de l'ULB. Tandis que les personnes nées hors de l'Union Européenne ont tendance à consommer plus de fruits et légumes frais que celles qui sont nées en Belgique.

Faciliter l'accès

« C'est important de voir que l'inaccessibilité touche aussi les personnes qui paraissent plus favorisées » explique Mahdiya El-Ouali, assistante sociale et chargée de promotion de la santé communautaire en maison médicale. L'analyse des déterminants permet de dénombrer de nombreuses inaccessibilités : économique, géographique, logistique -quand un logement n'est tout simplement pas équipé pour cuisiner ou maintenir des aliments au frais.

4 <https://www.lesoir.be/540760/article/2023-10-02/offre-alimentaire-et-sante-il-faut-que-le-gouvernement-se-hisse-la-hauteur-des>

Pour mettre en place la stratégie Good Food, le Plan Social Santé Intégré qui doit restructurer toutes les interventions à l'échelle de Bruxelles-Capitale prévoit de désigner 20 quartiers prioritaires (sur les 47) en matière d'alimentation-social-santé. Les contours sont en passe d'être définis par décret et ordonnance conjoints⁵.

Des initiatives bien implantées

Une partie de la matinée a permis de faire connaître six projets actifs sur Bruxelles qui tentent de concilier les trois pans. Parmi eux, figuraient l'épicerie solidaire Episol de Schaerbeek qui travaille beaucoup avec le CPAS et les maisons médicales, car nombreux sont les bénéficiaires qui ont des problèmes de santé. L'ADN du projet est de rompre l'isolement social de personnes très âgées ou très seules, en leur proposant des produits abordables et des colis alimentaires. L'Asbl propose aussi séances d'informations pour remédier au surendettement, ou encore des ateliers de couture ou de cuisine pour créer de la convivialité et du lien social. Depuis un an, certains bénéficiaires arrivant en fin de droit, ont la possibilité de dépenser un chèque alimentaire mensuel de 150 euros à la BEES Coop, un supermarché coopératif de la commune, qui propose des produits majoritairement bio ou locaux.

Non, loin de là, rue Josaphat, la boulangerie associative auto-gérée « Le pain levé » propose des pains à prix variant en fonction du portefeuille. « *Nous produisons des pains nutritifs, sans additif, pauvres en sucre et en gluten et nous sensibilisons nos clients à ces qualités qui sont importantes pour la santé, quand on a du diabète notamment* » explique Charlotte, une de ses boulangères. Avec ses quatre comparses, ils et elles réfléchissent à monter un projet pérenne avec les maisons médicales qui les sollicitent déjà ponctuellement pour certains de leurs patients. La boulangerie a aussi tissé des liens avec la Maison des femmes et organise des petits-déjeuners et des matinées de « four-ouvert » pour les habitants du quartier.

À Neder-Over-Hembeek, la ferme urbaine du Début des haricots fait quant à elle de l'insertion sociale et professionnelle, en prenant soin des aspects bien-être et santé mentale. « *La plupart des apprentis sont en reconversion professionnelle, certains après un burn out, d'autres après des moments d'errance, des parcours migratoires, ou des addictions* », explique Roxane Septier, chargée de projet et d'éducation permanente.

Faire monter la sauce

« *Nous avons des chevaux de bataille communs. Nous sommes des alliés et nous avons le devoir de constituer un attelage bien solide, précise Zoé Boland. Notre rôle est de conscientiser la population pour qu'elle sache que toutes*



les questions liées à la santé, à l'alimentation et à la précarité sont transversales et qu'on en tient compte ».

Cela implique de parvenir à « *concilier les impératifs de chacun* », précise Eléonore Barrelet. En effet, un maraîcher aura à cœur de produire des produits de qualité, et de les vendre à prix décent pour pouvoir en vivre. Une épicerie solidaire s'inquiètera que l'acheteur paie ces légumes à un prix raisonnable. Un médecin généraliste pourra plus facilement orienter un patient qui souffre de diabète vers une boulangerie qui propose des pains spéciaux.

Cette journée avait aussi l'ambition de chercher une recette collective pour « *transformer les frustrations et les colères en alliance et en synergies* ». Acteurs et actrices de terrain, malgré leur diversité, ont réalisé qu'ils et elles partagent des colères communes : le manque de moyens structurel pour mener les projets à bien, et en concevoir des nouveaux, lié au financement par projet, et aussi l'impression de devoir suppléer de façon croissante aux missions de l'État. La mayonnaise semble avoir pris.



Pour aller plus loin

- › La stratégie Good Food 2 (2022-2030) : <https://goodfood.brussels/fr/content/la-strategie-good-food-2-2022-2030>
En 2024, plusieurs cycles de formation : 4 demi-journées gratuites pour les professionnels du social-santé sont coordonnées par Rencontre des Continents, à l'initiative de Bruxelles Environnement : <https://goodfood.brussels/fr/contributions/formation-good-food-secteur-social-sante>

⁵ La liste des quartiers prioritaires qui devraient être définis par le Plan Social Santé Intégré est en ligne sur le site Good Food : <https://goodfood.brussels/fr/content/les-quartiers-prioritaires-du-plan-social-sante-integre>

Sexisme en santé : briser le statu quo

Promouvoir la santé des femmes passe par une réforme structurelle dans la pratique clinique, la recherche et l'enseignement universitaire. Le Service d'études de la MC émet une série de recommandations.

RÉFLEXIONS

► CLOTILDE DE GASTINES

Lorsqu'une femme arrive aux urgences et se plaint de douleurs, les médecins auront plutôt tendance à lui prescrire des anxiolytiques, tandis qu'un homme recevra des anti-inflammatoires. Pire encore, une femme est exposée à un risque plus élevé de complications et ses chances de survie seront moins élevées, si l'équipe médicale qui l'opère est entièrement masculine. Ces récits, loin d'être anecdotiques sont issus d'un documentaire consacré à la santé des femmes et disponible sur *Arte*. Ils illustrent à quel point le genre – au sens des relations et des normes de pouvoir entre les hommes et les femmes – impacte nos systèmes de santé.

Si les préjugés liés au genre ont la peau dure, c'est notamment parce que le domaine médical, prend pour référence le corps masculin-type : 1,75 pour 70 kilos, et néglige encore trop souvent les particularités physiologiques des femmes. Cela génère des pertes de chance, des diagnostics erronés, de l'errance médicale, ou des traitements inappropriés en particulier pour les maladies cardiovasculaires ou encore l'endométriose.

Le film suit plusieurs femmes médecins françaises et allemandes qui cherchent à faire bouger les lignes dans la recherche, l'enseignement universitaire et la pratique clinique. Parmi elles, la Dre Claire Mounier-Vehier, cardiologue au CHU de Lille, qui déplore les effets d'une « *médecine bikini* », capable de soigner les cancers du sein et de l'utérus, de surmédicaliser les grossesses, quand tout le reste du corps des femmes est négligé.

Alors, la Belgique fait-elle exception à la règle ?

En octobre, la MC publiait justement une grande étude sur les inégalités de santé entre les hommes et les femmes

en Belgique dans la revue *Santé et Société*¹. Le service d'études de la MC y analyse la façon dont le genre imprègne la pratique médicale et décrit les mêmes effets délétères.

Androcentrisme mortifère

En Belgique, les femmes vivent plus longtemps que les hommes (84 ans contre 79,2), mais elles ont plus de problèmes de santé qu'eux. D'ailleurs, l'espérance de vie en bonne santé est quasiment la même pour les deux sexes : 64 et 63,6 ans en 2020 (selon les données d'indicators.be). Les femmes ont aussi plus de risque de souffrir de maladies invalidantes, maladies de longue durée ou qui les limitent fortement dans leurs activités quotidiennes jusqu'à mettre en péril leur capacité à travailler, selon les données du Bureau fédéral du Plan.

Les femmes cumulent d'ailleurs les inégalités. Plus souvent précaires et touchées par la pauvreté, elles reportent davantage le moment de consulter ou de se soigner. Elles sont aussi plus souvent victimes de violences sexistes et sexuelles, en particulier dans l'enfance. Le rôle social qui leur est attribué dans la sphère familiale a aussi des conséquences sur leur santé physique et mentale. À leur condition de femmes se surajoutent aussi des discriminations croisées : l'origine étrangère, le handicap ou encore le surpoids, comme l'illustre le podcast « Lâchez-nous le gras » de la série « Inspirations » réalisée par le journal *En Marche*².

Ainsi, loin de corriger les inégalités, le système de soins de santé le renforce avec pour conséquence, des traitements plus tardifs, un risque accru de mortalité ou d'invalidité. Les femmes courent un risque accru d'être confrontées à un sous-diagnostic, aussi bien pour des problèmes de

¹ À retrouver sur <https://www.mc.be/fr/services-projets/sante-et-societe>
² <https://www.enmarche.be/podcasts/inspirations/inspirations-le-podcast-d-en-marche.htm>

santé typiquement féminins (notamment liés au système reproductif, comme l'endométriose marqué par un retard de diagnostic de 6 à 12 ans) que pour des problèmes identiques à ceux des hommes. Le cas des maladies cardiovasculaires illustre bien l'androcentrisme de la science médicale. Comme les symptômes des femmes sont considérés comme atypiques, elles bénéficient moins souvent de traitement précoce à l'aspirine, bêtabloquant ou de reperfusion.

Créer un changement systémique

Pour remédier à ces biais sexistes et aux inégalités d'accès aux soins, le service d'études de la MC pose une série de revendications faciles à mettre en œuvre dont l'impact pourrait être systémique.

Aux responsables de la recherche scientifique en santé

1 Remédier aux biais de genre dans la recherche en santé

Les femmes sont souvent exclues des études cliniques ou en constituent la minorité notamment à l'âge avancé même si leur santé est tendanciellement moins bonne que celles des hommes âgés. Les chercheurs devraient pouvoir travailler sur des données désagrégées par sexe, pour rendre visible les différences, puis analyser ces différences sous l'angle du genre. Ce manque de données est loin d'être anodin, il reflète la façon dont le système de santé maintient le statu quo et perpétue les inégalités.

L'étude MC recommande donc de porter une attention particulière à la constitution des échantillons et des groupes

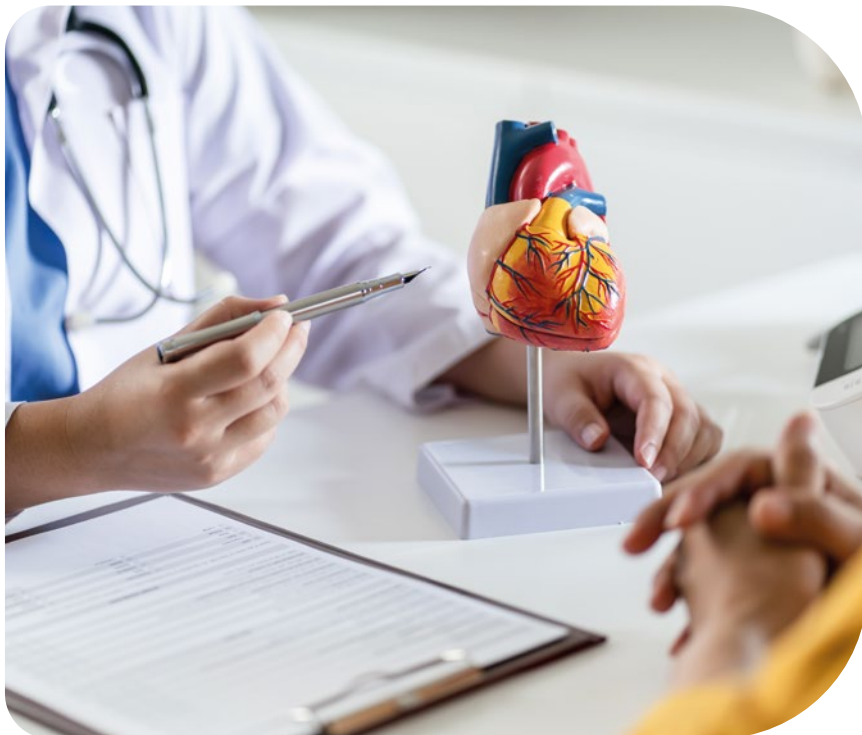
cibles étudiés afin de tenir compte de leur diversité (lors des enquêtes, des analyses statistiques, des études cliniques, etc.) et de questionner les différences entre hommes et femmes observées. Cela inclut d'examiner le genre en relation avec d'autres déterminants sociaux, tels que la classe sociale, l'origine, l'éducation, l'ethnicité, l'âge, la situation géographique, les handicaps et la sexualité, idéalement dans une perspective intersectionnelle.

2 Récueillir et analyser les données sur les biais de genre dans les soins de santé

Il existe peu d'analyses qui visent à comprendre « *les relations et les normes de pouvoir entre les hommes et les femmes et leurs conséquences dans les systèmes de santé, y compris la nature de la vie des femmes et des hommes, la manière dont leurs besoins et leurs expériences diffèrent au sein du système de santé, les causes et les conséquences de ces différences, et la manière dont les programmes, les services et les politiques peuvent être mieux organisés pour réduire, prendre en compte ou corriger les différences entre les hommes et les femmes* » (Morgan, et al., 2016, p. 2, traduction de S.S.).

Par ailleurs les discriminations raciales à l'égard des femmes restent un domaine peu étudié en Belgique. Une des raisons est le manque de données, notamment dans le champ de la santé. L'étude MC recommande à tous les organismes de recherche actifs dans l'évaluation et la préparation des politiques de santé publique (Agence intermutualiste, KCE, Inami, Sciensano) de développer des analyses spécifiques sur le genre.

Il est également nécessaire de faire un monitoring régulier des discriminations de genre en santé et soins de santé en renforçant les plateformes existantes de l'enregistrement des plaintes comme Unia.

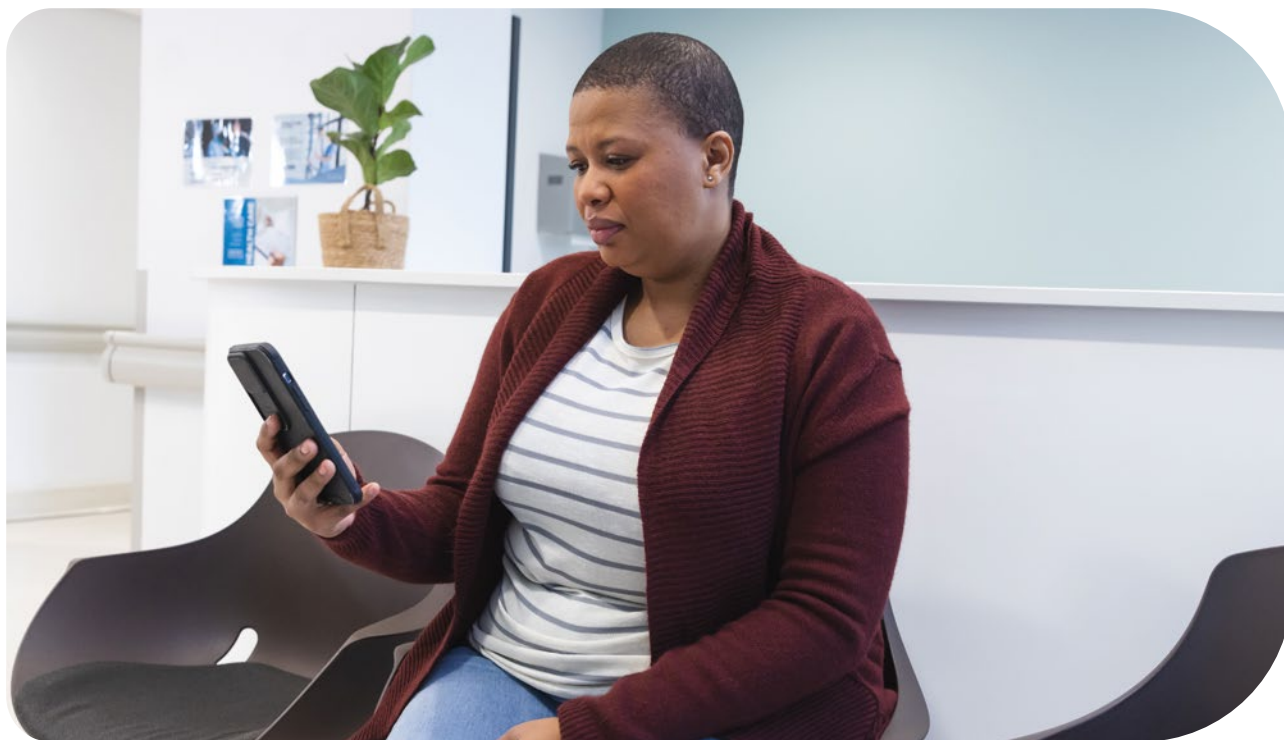


Aux différent-es responsables dans le système des soins de santé

1 Éviter les biais de genre dans la pratique médicale au niveau de la prévention, du diagnostic, du traitement et du suivi

Garantir l'accessibilité des soins de santé signifie garantir ses quatre dimensions: sensibilité à l'état de santé, disponibilité, accessibilité financière et acceptabilité de l'offre de soin. Les personnes doivent être traitées en fonction de leurs besoins en santé, qui sont médicaux, mais aussi sociaux.

Afin d'éviter que la vision genrée des sexes influence la pratique clinique, il est nécessaire de veiller au renforcement de la « sensibilité au genre dans les soins de santé », c'est-à-dire la capacité à discerner la façon



dont les soins de santé peuvent reproduire les rapports de pouvoir inhérents au genre.

Il faut également incorporer les données en lien avec la question de genre dans la médecine fondée sur les données probantes. Cette sensibilisation doit combiner les approches *top down* organisationnelles qui régulent la pratique clinique, et *bottom up* individuelles qui s'appuient sur l'expérience des patient-es et la réalité de terrain des soignant-es.

Le service d'études de la MC recommande d'introduire et/ou adapter des protocoles médicaux afin de prendre en compte les différences de sexe et réduire les inégalités de genre.

Il propose d'appliquer la méthode de l'universalisme proportionné dans les programmes de prévention afin de moduler ces derniers en fonction des besoins, des conditions de vie et de l'hétérogénéité des publics visés.

En outre, il est nécessaire de continuer à rendre les soins centrés sur les objectifs de vie de la personne et pour cela de garantir l'implication des patient-es dans le processus médical et rendre le système plus centré sur les patient-es.

2 Rendre obligatoire la parité hommes-femmes dans les lieux de gestion et de coordination des soins de santé

Malgré la féminisation de la profession médicale grâce aux jeunes générations, certaines spécialités restent majoritairement masculines. Il s'agit tendanciellement des spécialités les plus lucratives. En outre, les femmes restent minoritaires dans les lieux de décision comme les postes de direction des hôpitaux. Cependant les femmes

sont majoritaires au sein du corps des infirmier-es et des aides-soignant-es.

Le service d'études de la MC recommande aussi d'introduire des quotas hommes-femmes dans les postes de direction du système des soins de santé, allant des comités nationaux de santé jusqu'aux directions des hôpitaux. Il est également nécessaire de tenir compte des inégalités de genre et des inégalités économiques au sein des professions médicales lors des prises de décisions budgétaires.

Pour ce faire, l'étude suggère de rendre certaines dépenses budgétaires davantage transparentes, notamment les informations sur les salaires des soignant-es.

Aux responsables des formations en santé : améliorer la formation des professionnel·les de santé aux questions de genre

Il est nécessaire de sensibiliser et former les personnels soignants à prendre en compte les interactions entre sexe et genre dans les pathologies, mais aussi dans la relation clinique.

Le service d'études de la MC recommande de revoir la formation initiale des étudiant-es en médecine pour introduire la thématique des biais de genre. De même, il lui paraît nécessaire d'organiser une formation continue de tous les professionnel·les de santé sur le sujet.

Enfin, l'étude suggère d'organiser des programmes de formation en Genre et Santé pour les étudiant-es et professionnel·les dans les domaines de la recherche clinique

et biomédicale, soulignant la nécessité de veiller à l'égalité entre les sexes au sein des équipes, dans le portage des appels à projets et dans les comités de sélection des projets et d'attribution des financements.

Cette refonte systémique permettrait de placer les femmes au cœur des dispositifs de décision. Un curseur essentiel pour que le système de soins puisse véritablement corriger les inégalités de santé et briser le statu quo.



Voir aussi

L'ASBL Femmes et Santé interroge la médicalisation des cycles de vie des femmes et l'impact du genre sur leur santé :

<https://www.femmesetsante.be>

Références

- ▶ Sholokhova, S. (2023). Femmes et soins de santé en Belgique, *Santé & Société*, 7, octobre 2023 : <https://cm-mc.bynder.com/m/7bbc76a580cac4a9/original/Sante-Societe-07-Femmes-et-soins-de-sante-en-Belgique.pdf>
- ▶ La santé des femmes, Documentaire d'Ursula Duplantier et Marta Schröer (Allemagne, 2023, 53mn) : La santé des femmes | ARTE – YouTube – <https://www.youtube.com/watch?v=qkf4QahogqE>
- ▶ Annick : Lâchez-nous le gras ! Podcast Inspirations, En Marche : <https://www.enmarche.be/podcasts/inspirations/inspirations-le-podcast-d-en-marche.htm>
- ▶ D'Ortenzio A., Les femmes, les « oubliées » des maladies cardiovasculaires, Éducation Santé, avril 2021 : <https://educationsante.be/les-femmes-les-oubliees-des-maladies-cardiovasculaires>

Santé communautaire : l'heure est à l'échange de pratiques



INITIATIVES

Les communautés de pratiques (CoPs) sont des groupes d'individus qui partagent un domaine d'intérêt et qui cherchent à apprendre les uns des autres par des interactions régulières et l'expérience de leur pratique (1). Les dispositifs des CoPs connaissent actuellement un intérêt manifeste tant du côté de l'approche en santé communautaire que dans d'autres thématiques. Une recherche a ainsi été menée sur deux de ces dispositifs particulièrement prometteurs en ce qui concerne l'approche en santé communautaire, parmi les travaux menés par la Chaire interdisciplinaire de recherche Be.Hive¹.

▶ DELPHINE KIRKOVE^{2,3,*}, VINCENT LA PAGLIA^{4,*}, BERNARD VOZ², BENOIT PÉTRÉ²

L'approche en santé communautaire se définit comme : un processus ayant une vision plurifactorielle de la santé, qui entreprend le développement d'actions de prévention et de promotion de la santé à travers la participation de groupes de personnes affiliées sur un territoire, dans une perspective de justice sociale, par la réalisation de changements structurels (environnementaux et comportementaux), en vue d'améliorer la santé de la communauté et de ses membres (2). Cette approche connaît actuellement un regain d'intérêt tant du côté wallon que bruxellois (3).

Dans le cadre des CoPs, nous avons choisi de mettre l'accent non pas uniquement sur les actions qui la constituent, mais plutôt sur les caractéristiques partagées par les dispositifs de santé communautaire (4) (5). De facto, cette vision vise à épouser à la fois les attentes et le rythme du public afin qu'il ne soit plus uniquement bénéficiaire du service, mais également contributeur, en s'enrôlant plus « activement » dans la relation de soins et d'aide.

En 2020, une étude a été menée dans le cadre des travaux de Be.hive sur les pratiques de santé communautaire auprès des professionnels de la première ligne de soins et d'aide. Celle-ci a notamment mis en évidence un déséquilibre dans les principes d'action sensés guider la santé communautaire et des écarts entre les pratiques annoncées et les pratiques effectives sur le terrain, laissant supposer des difficultés dans la mise en œuvre (6). Cette étude avait également permis aux professionnels d'exprimer le besoin de pouvoir échanger sur leurs pratiques. C'est dans ce contexte que Be-Hive, en collaboration avec les Centres locaux de promotion de la santé (CLPS), a développé en

2021 deux CoPs autour de la santé communautaire : l'une sur l'arrondissement de Liège et l'autre sur celui de Namur.

À partir d'une analyse thématique de contenu des premières séances de ces CoPs, voici quelques réflexions portant sur les paradoxes ou défis exprimés par les professionnels dans la mise en œuvre des pratiques de santé communautaire, mais aussi les leviers ou stratégies qu'ils ont développés pour y faire face (7) (8).

La santé communautaire, comme réponse stratégique aux enjeux de santé publique

Cette vision de la santé communautaire est soutenue par les professionnels qui participent aux CoPs et qui sont convaincus des avantages de l'approche pour répondre aux attentes d'un public sur un territoire délimité, tout en étant un levier important pour dépasser les limites d'un système actuel encore fortement imprégné du modèle biomédical : « très vite, dans les consultations individuelles, les médecins se sont rendus compte qu'il y avait des problématiques sur lesquelles ils n'arrivaient pas à avancer, parce que les causes n'étaient pas individuelles et qu'il fallait agir sur les conditions de vie (Infirmière, Service d'aide aux personnes en situation de mal logement, CoP de Namur). »

Paradoxe et défis liés à la mise en œuvre des pratiques de santé communautaire

Les CoPs confirment le décalage qui subsiste entre cette vision idéale et la réalité effective où cette pratique de santé communautaire reste difficile à concrétiser de manière

* Contribution équivalente

1 Pour en savoir plus : <https://www.be-hive.be>

2 Département des Sciences de la Santé Publique, Université de Liège, Liège, Belgique

3 Université Sorbonne Paris Nord, Laboratoire Éducatifs et Promotion de la Santé, UR 3412, F-93430, Villetaneuse, France

4 Centre FoRS, Domaine des sciences politiques et sociales & Information et communication, Haute École Namur-Liège-Luxembourg, Belgique





systématique et diffuse, compte tenu à la fois du paysage peu structuré de la santé communautaire et de la difficulté de trouver sa place en tant qu'approche à l'intérieur d'une organisation.

Dès lors, un certain paradoxe peut s'observer avec d'une part l'approche curative qui peut se montrer restrictive dans sa réponse aux défis de santé, et d'autre part la reconnaissance déficitaire de la santé communautaire comme une option valable et faisable. Les participants des CoPs ont pu déployer des stratégies variées pour faire face à ces différents défis.

En quête de légitimité

Les différentes actions constitutives de la santé communautaire sont réalisées pour répondre aux besoins spécifiques et pluriels du public et dépasser un système qui priorise encore le biomédical. « Une des difficultés concrètes, c'est d'impliquer l'équipe dans la démarche en santé communautaire, d'être convaincu que le collectif est important. Mais concrètement, l'implication est parfois délicate, car certains professionnels sont noyés par les besoins curatifs (...) » (Infirmière, centre de santé intégré, CoP de Liège). La vision classique de type biomédical restant dominante tant pour les structures liées aux soins que pour leurs partenaires « hors soins »; la santé communautaire semble demeurer encore méconnue ou incomprise pour la plupart des professionnels de santé, notamment en ce qui concerne l'approche globale de la santé qui fait appel à de l'intersectorialité : « Nous on travaille beaucoup avec le secteur culturel (...) et c'est vrai qu'il y a encore des réactions du style "ouh la santé, ça nous regarde pas" » (animatrice en santé communautaire, CoP de Namur).

Les professionnels « convaincus » doivent ainsi faire face à des réactions dubitatives qui remettent cette approche en question. La question de la reconnaissance et d'une certaine manière de la légitimité de la santé communautaire

revient souvent dans les échanges lors des CoPs : « C'est vrai que moi je suis convaincue de l'intérêt de la santé communautaire. Mais voilà, on est dans une équipe pluridisciplinaire où le contact individuel est quand-même majoritaire. Et il faut pouvoir vendre la santé communautaire. Donc participer aux CoPs c'est permettre d'amener des preuves (...) face à des professionnels qui sont un peu scientifiques, et montrer que la santé communautaire a vraiment sa place en maison médicale » (Infirmière en maison médicale, CoP de Liège).

Ces professionnels en arrivent à devoir ainsi combiner l'approche en santé communautaire avec cette réalité de terrain, en utilisant des procédures classiques telle qu'une prescription médicale afin d'apporter une certaine légitimité à leurs actions, non seulement de la part des professionnels, mais également de la part des patients : « C'est l'idée de prescrire de la santé communautaire (...) Il y a la possibilité pour le médecin de prescrire d'aller marcher, d'aller à l'atelier tricot. Et du coup, le patient se dit : "Ah mon médecin me prescrit ça, c'est que donc..." » (Infirmière, Maison médicale, CoP de Liège).

Une autre stratégie développée par certains professionnels pour gagner en légitimité a consisté en la réalisation d'un diagnostic communautaire. Celui-ci permet d'identifier les besoins bio-psycho-sociaux de la population sur un territoire donné. L'ensemble des parties prenantes contribue à la démarche, la légitimant pour elle-même, mais aussi vis-à-vis de l'extérieur : « Un premier diagnostic communautaire a été mené dans les années 2005-2006 (...) c'est ce qui a permis à la maison médicale de gagner en légitimité auprès des autres partenaires puisqu'elle a vraiment appelé tous les acteurs à participer à ce diagnostic et auprès des habitants. » (Animatrice en santé communautaire, maison médicale, CoP de Namur). Réalisé avec les personnes concernées par la problématique, le diagnostic communautaire apporte aussi, comme autres bénéfiques, un potentiel certain d'autodétermination à ce public et rejaillit sur la mise en œuvre des pratiques de santé communautaire.

En complément des stratégies émanant directement des professionnels, la participation aux CoPs peut également être perçue comme un moyen indirect d'amener une certaine reconnaissance de la santé communautaire : « Je trouve que ce genre de comité pourrait peut-être nous aider à être encore plus convaincant vis-à-vis des collègues et amener des arguments pour dire que ça vaut la peine d'en faire » (Responsable réseau multidisciplinaire local, CoP de Namur).

Multiplécité des rôles dans la mise en œuvre de la santé communautaire

Afin de développer des pratiques de santé communautaire, deux approches différentes peuvent s'observer au sein des

organisations : soit elles attribuent ce rôle à une personne en particulier, soit elles le font à travers l'implication de tous les professionnels de leur organisation. Ce type de fonctionnement est parfois perçu comme un avantage, selon certains participants, de pouvoir plus facilement concerner et impliquer l'ensemble de l'équipe : « *Le fait qu'il n'y ait pas quelqu'un qui soit vraiment habilité à faire la santé com', permet que tout le monde en fasse dans l'équipe, ça motive et tout le monde a envie de développer des projets* » (Infirmière, centre de santé intégré, CoP de Liège).

Cependant, afin de concrétiser ces actions, les professionnels doivent bien souvent déployer un surplus de temps, de travail et d'énergie : « *Je trouve qu'il y a un manque de moyens pour assurer cette fonction de santé communautaire. On fait un peu du bricolage pour ce concept qui est de fait un peu nébuleux. (...) Moi, j'ai quatre heures pour coordonner.* » (Infirmière en maison médicale, CoP de Liège). « *Ce qui manque souvent, c'est qu'on n'est pas des cracs en communication (...). Parce qu'on n'a pas toujours le temps non plus de faire ça, ni les compétences.* » (Infirmière dans un centre de soins intégrés, CoP de Liège).

Ce surplus semble inhérent à l'addition, voire à la multiplication de rôles (9). De fait, créer un diagnostic communautaire, co-gérer une activité participative, co-construire des partenariats avec des acteurs du réseau, créer des outils de communication ou d'autres types d'actions sont autant d'activités sociales spécifiques ayant leurs propres cadres, et donc leurs propres rôles. Or ces activités peuvent être effectuées par le même professionnel au sein de la même organisation. En plus du statut qui lui est assigné contractuellement, il est amené à occuper plusieurs rôles qui s'emboîtent les uns dans les autres au gré des activités qui s'enchâssent (9), à l'image de cette psychologue qui, en plus de son travail thérapeutique, se retrouve à organiser une donnerie et à bricoler du bois : « *Les adultes du club thérapeutique ont souhaité créer une donnerie. Et là, on a mis en place un espace de dressing mobile avec la récupération des bois de palettes qu'on fait depuis des années, et donc on l'a construit avec eux.* » (Psychologue, service de santé mentale, COP Namur).

Cette multiplication des rôles reflète aussi, *in fine*, le flou conceptuel constitutif de ce que signifie « santé communautaire ». Dans le cadre de notre recherche, nous sommes partis d'une définition multidimensionnelle et dynamique qui présentait une certaine ouverture à une série de pratiques correspondantes. Mais les participants eux-mêmes expriment cette notion comme étant fort abstraite et nébuleuse : « *En fait, je comprends l'envie, le besoin d'avoir une définition. Parce c'est vrai que quand des collègues qui ne sont pas initiés à la santé communautaire me demandent comment je la définirais, c'est vrai que c'est compliqué.* » (infirmière en maison médicale, CoP de Liège). « *Quand on parle de la santé communautaire, on ne parle pas toujours de la même chose. C'est frustrant, on est un peu perdu.* » (Infirmière en maison médicale, CoP de Namur).

Ce flou conceptuel entraîne de ce fait une difficulté pour partager et communiquer ce type d'approche auprès d'autres professionnels, ce qui peut à terme freiner une certaine diffusion des pratiques.

Même du côté de la littérature scientifique, il paraît difficile de se fixer sur une définition univoque de la santé communautaire. D'ailleurs, Didier Jourdan l'un des référents en la matière, souligne que ce concept renvoie plutôt à « *une large diversité de réalités* ». (10). Cela a comme conséquence de rendre instable le processus d'identification en tant que praticien de la santé communautaire.

Conclusion

Ces retours d'expérience de CoPs mettent clairement en évidence certains paradoxes et défis exprimés par les professionnels de terrain. Certaines stratégies ont déjà pu être mises en évidence.

La poursuite de cette recherche sur les séances suivantes permettra de continuer cette identification et de renforcer les échanges de pratiques dans les CoPs. Une des perspectives est de voir comment les CoPs peuvent aider à améliorer les pratiques en intégrant l'approche en santé communautaire au sein du système de santé et de gagner en reconnaissance, ce qui semble notamment possible par l'intermédiaire de l'effet de duplication de connaissances que produisent les CoPs auprès des membres.

Références

- (1) Wenger E, Trayner B, de Laat M. Promoting and assessing value creation in communities and networks: A conceptual framework. Heerlen (NL); 2011.
- (2) Committee C and TSA (CTSA) CCEKF Principles of Community Engagement [Internet]. NIH Publication No. 11-7782. 2011. Available from: http://www.atsdr.cdc.gov/communityengagement/pdf/PCE_Report_508_FINAL.pdf
- (3) Negrel F, Michel N, Boland Z, Déjou F. Démarches communautaires : après l'introspection, de nouvelles perspectives. Educ Santé [Internet]. 2023;40(3):14-5. Available from: <https://educationsante.be/demarches-communautaires-lintrospection-degage-des-perspectives>
- (4) Chartier IS, Blanchet V, Provencher MD. Activation comportementale et dépression : une approche de traitement contextuelle. Sante Ment Que. 2020;38 (2):175-94.
- (5) Transnational Forum on Integrated Community Care. Input paper on Integrated Community Care [Internet]. 2019. Available from: <https://transform-integratedcommunitycare.com/2019/03/26/input-papers>
- (6) Kirkove D, Voz B, Pétré B. Renforcer la première ligne de soins. Santé Conjug [Internet]. 2021;96:7-9. Available from: <https://www.maisonmedicale.org/Renforcer-la-premiere-ligne-de-soins.html>
- (7) Prost M, Fernagu-Oudet S. L'apprenance au prisme de l'approche par les capacités. Éducation Perm. 2016;(207i(2)).
- (8) Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4^e édit. Colin A, editor. 2016.
- (9) Cefai D, Gardella E. Comment analyser une situation selon le dernier Goffman ? De Frame Analysis à Forms of Talk. Erving Goffman et l'ordre de l'interaction. 2012;233-65.
- (10) Jourdan D. Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? Community health: where do we stand after forty years? Sante Publique (Paris). 2012;24(2):165-78.

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

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



Avec le soutien de :

