



**Spiritualité
et santé : plus
l'incertitude
de l'avenir
est grande...**

Eric Le Grand

Ne paraît pas en août
Bureau de dépôt : Bruxelles X - ISSN 0776-2623
Numéro d'agrégation : P401139
Éditeur responsable : Jean Hermesse,
chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40,
1031 Bruxelles.
Crédit photo : Fotolia



Edito

Une rubrique people dans Éducation Santé !

Christian De Bock, rédacteur en chef

La *pipolisation* de l'info touche-t-elle aujourd'hui votre mensuel préféré ? Tout porte à le croire ! Rassurez-vous toutefois. Les portraits que vous découvrirez au fil des prochains numéros ne feront pas dans le croustillant. Il s'agira plutôt pour nous de mieux vous faire connaître le parcours personnel et professionnel de personnalités liées au secteur de la promotion de la santé au sens large. Les candidats ne manquent pas, les 'belles

personnes' sont nombreuses, nous en connaissons certaines depuis des dizaines d'années. Il faudra donc opérer des choix cruels, d'autant plus que notre horizon ne se limitera pas à la seule Belgique francophone. Normal quand vous saurez que l'idée de cette rubrique vient de notre correspondante nantaise **Anne Le Penec**. Elle a eu la chance de rencontrer déjà trois personnalités, deux belges et une française, qui ont toutes les trois du caractère, des choses à dire, des valeurs à défendre.

Pour commencer, je vous invite à faire dans ce numéro plus ample connaissance avec **Myriam De Spiegelaere**, que nombre d'entre vous connaissent pour avoir collaboré avec elle dans le domaine des inégalités sociales de santé, ou pour avoir suivi un de ses exposés passionnants et passionnés, au fil desquels ses talents pédagogiques font merveille, tout comme sa générosité. Bonne lecture !

Initiatives

Inégalités sociales de santé, ce qui se mesure s'améliore

Pascale Dupuis, correspondante Éducation Santé au Québec

Les interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé se multiplient. Pour que les succès deviennent sources d'inspiration, il devient nécessaire d'améliorer l'évaluation et la mesure de ces actions. La québécoise Marie-France Raynault et le français Thierry Lang affirment conjointement que ce développement constitue une étape incontournable de la lutte contre les inégalités sociales de santé.

En novembre 2008, la *Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé* qui se tenait à Québec dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) accueillait 845 acteurs de santé provenant de vingt et un pays pour débattre des inégalités sociales de santé, des manifestations de leurs impacts et des meilleures approches pour les réduire. Afin d'en partager les constats et de préserver la mémoire de l'événement, un numéro spécial d'*Éducation Santé* avait vu le jour quelques mois plus tard¹. Quatre ans après,

les organisateurs des JASP ont remis le couvert en programmant le 27 novembre dernier une nouvelle journée sur cette thématique plus que jamais d'actualité. De 2008 à 2012, au Québec et ailleurs, les interventions visant à combattre ce fléau social se sont multipliées². Pas à pas, acteurs et décideurs de santé publique passent des constats aux actes. Mais l'entreprise n'est pas simple, le terrain est encore incertain, la volonté n'est pas toujours présente ou pas toujours suffisante et des défis se présentent au détour de chaque nouvelle action.

Comme un sommelier québécois

Pour donner à ce sujet crucial toute l'ampleur qu'il requiert, le comité scientifique de la 16^e édition des JASP n'avait pas laissé au hasard le choix des invités. Deux spécialistes de la question, l'un en France, l'autre au Québec se sont succédé sur l'estrade d'un grand hôtel montréalais pour livrer à une assistance de près de 800 personnes une conférence plénière passionnante. Bien qu'il soit expert en son domaine, **Thierry Lang** s'est présenté avec une

¹ Éducation Santé, numéro 245, mai 2009, <http://www.educationsante.be/es/sommaire.php?dem=245>

² Nous vous présenterons prochainement une initiative belge impliquant à la fois le niveau fédéral et les entités fédérées.

certaines humilités « comme un sommelier québécois en Bourgogne ». Tirant le titre de son exposé d'une citation d'André Gide, *Il est extrêmement rare que la montagne soit abrupte de tous côtés*, l'épidémiologiste au parcours impressionnant³ a invité l'assistance à explorer avec lui les passages existant dans les montagnes des inégalités sociales de santé. Il est parvenu à exposer avec clarté les données du problème lorsqu'il est question d'interventions visant à les réduire ainsi que quelques précieuses pistes d'action.

Six constats majeurs

Thierry Lang rappela d'abord six constats dont les conséquences sont majeures sur les interventions de réduction des inégalités sociales de santé :

Les innovations et actions de prévention qui ne prennent pas en compte les inégalités sociales de santé contribuent souvent à les aggraver. Marie-France Raynault dressa plus tard dans la matinée une liste d'interventions qui augmentent les inégalités sociales de santé : par exemple les campagnes médiatiques grand public, les interdictions de fumer sur les lieux de travail, le matériel écrit sur l'acide folique et même certaines initiatives multi-composantes dans les écoles. À l'opposé, les mesures fiscales contre le tabac ou les distributions gratuites de suppléments d'acide folique, par exemple, ont un impact positif sur la réduction du problème.

Dans cette conception de la santé, le modèle biomédical s'élargit aux déterminants sociaux. On s'intéresse à la « santé dans toutes les politiques » et tous les niveaux et domaines de pouvoir sont concernés. Le gradient social de santé est continu. Les inégalités sociales de santé, ce n'est pas un « problème de pauvres » comme on le pense souvent. Par définition, elles touchent toutes les strates de la société, ce qui rend le ciblage des publics difficile. Les déterminants de la santé sont multiples, ils agissent tout au long de la vie et concernent l'ensemble de la population. Chacun

de ceux-ci a un effet partiel sur la santé. Les déterminants de la santé suivent des temporalités multiples et sont liés les uns aux autres. Agissant dès la naissance, ils suivent des enchaînements de causalité. Enfin, la place de la responsabilité individuelle fait l'objet d'un débat fondamental. Le choix et la responsabilité de chaque individu sont étroitement liés à son environnement social.

La pauvreté de la littérature internationale dans le domaine des interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé freine le partage des expériences efficaces.

Approfondir la recherche pour augmenter l'efficacité

Forts de ces constats, les intervenants de santé tentent depuis plusieurs années maintenant de gravir la montagne des inégalités sociales de santé. Mais certains de leurs outils gagneraient à être plus affûtés. En particulier, la pauvreté de la littérature internationale dans le domaine des interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé freine le partage des expériences efficaces. On agit mais on évalue peu et les expériences sont rarement relatées. La tradition orale compense légèrement mais ne suffit pas. Ensuite, il est souvent difficile de distinguer la logique de l'intervention et son contexte d'implantation. Quand ça ne marche pas, à quoi attribuer l'échec ? L'intervention est-elle mauvaise ou les circonstances ont-elles mené à une mise en œuvre inadéquate ? Par ailleurs, il n'existe pas de typologie ou de classification des interventions visant la réduction des inégalités sociales de santé, pas plus qu'il n'y a encore de critères d'efficacité bien définis.

La recherche en ce domaine a encore un joli potentiel de développement...

L'urgence d'agir

Pour le président du groupe de travail français sur les inégalités sociales de santé du Haut Conseil de la santé publique, « *le manque de données ne devrait pas reporter l'intervention* ». La situation est trop grave pour souffrir d'un délai supplémentaire. À cet effet, il partage quelques recommandations⁴. La première est la mise en place de politiques d'« universalisme proportionné ». Si l'on veut véritablement agir sur l'ensemble du gradient social, il ne faut pas s'adresser uniquement aux moins bien nantis, mais concevoir des interventions qui touchent tous les groupes tout en étant proportionnelles au désavantage social et aux besoins. Ensuite, il faut agir sur les facteurs fondamentaux dès l'enfance en favorisant l'accès aux ressources que sont le revenu, l'éducation et le pouvoir. Troisièmement, il faut réduire l'exposition des groupes de faible niveau socio-économique aux risques auxquels ils sont surexposés, par exemple à travers leurs conditions de travail ou leur habitat. En quatrième lieu, il convient de favoriser l'accès à un système de soins qui réduise les inégalités sociales de santé qui sont déjà présentes. Cinquièmement, il est important de travailler à réduire les conséquences d'une maladie ou d'un handicap sur la situation sociale (par exemple, faire en sorte que la maladie n'ait pas pour conséquence une perte d'emploi). Enfin, il faut développer l'évaluation d'impact sur la santé et l'équité. Thierry Lang défend aussi le fait que la mise en œuvre des interventions nécessite un support méthodologique, soit des méta-programmes et des équipes de soutien.

L'impact des interventions sur le gradient social

Dans certains domaines, comme la santé au travail, l'habitat ou la petite enfance, les études concordent pour mettre en

³ Thierry Lang est professeur d'épidémiologie à l'Université Toulouse III et au CHU Toulouse. Il est également président du groupe de travail sur les inégalités sociales de santé du Haut Conseil de la santé publique en France. Il est aussi responsable de l'équipe « Inégalités Sociales de Santé, cancer et maladies chroniques » de l'Unité mixte 1027 INSERM - Université et directeur de l'Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS).

⁴ Inspirées de J. Kemm et al., Health Impact Assessment, Oxford UP, 2004

évidence une multitude de liens entre situation socio-économique et (problèmes de) santé ainsi qu'un véritable impact des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé.

Dans d'autres champs, les inégalités ont été moins prises en compte. « *On en sait notamment peu sur les effets sur le gradient social des interventions contre le tabagisme* », regrette le professeur toulousain. « *Or, le comportement tabagique et la tentative d'arrêt sont influencés par une multitude de déterminants sociaux tels que le contexte macrosocial, les dispositifs d'aide, le support de l'entourage, les normes sociales ou encore le sentiment d'auto-efficacité développé au cours de la petite enfance* ». Ailleurs encore, il persiste ce que Thierry Lang appelle des 'taches aveugles', des questions évitées ou non posées. Dans le domaine des soins de santé, l'objectif de favoriser l'accès à un système de soins qui réduise les inégalités sociales de santé est loin d'être atteint. Par exemple, une étude menée sur un groupe de personnes diabétiques indique qu'en France, près de deux fois plus de fond d'œil sont prescrits aux patients qui ont fait des études supérieures qu'à ceux qui ont un niveau d'études élémentaires. Cette différence est peut-être due à la surestimation de l'état de santé par les médecins, qui est d'autant plus importante qu'ils se sentent socialement éloignés de leurs patients. D'un champ à l'autre, les recherches font donc une place variable à l'impact des interventions sur le gradient social.

Regard terne sur les politiques canadiennes

La parole fut ensuite donnée au docteur **Marie-France Raynault**, dont la biographie n'est pas moins riche⁵, pour retracer le chemin parcouru au Québec depuis quatre ans dans le domaine de la lutte contre les inégalités sociales de santé. L'année 2008 ne vit pas seulement la tenue de la *Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé*, ce fut aussi celle de la publication de *Combl*

fossé en une génération, le rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS présidée par **Michael Marmot**. « *Un rapport qui appelle les choses par leur nom* », affirme Marie-France Raynault : « *pour abolir les inégalités sociales de santé, il faut s'attaquer à la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources* ».

« Des mouvements récents comme celui des indignés ou le Printemps érable montrent que la population québécoise est sensible aux conséquences des nouvelles législations sur le sort des plus fragiles » (Marie-France Raynault)

Pourtant, depuis cette époque, les inégalités sociales ne cessent d'augmenter au Canada, amenant le pays de la Charte d'Ottawa à s'éloigner de la moyenne des pays de l'OCDE pour rejoindre les résultats déplorables des États-Unis!

« *Aujourd'hui, les politiques fiscales et les redistributions ne parviennent plus à compenser les inégalités, comme c'était le cas avant le milieu des années nonante. En même temps, la part des revenus des plus riches a augmenté et le taux d'imposition a chuté.* » regrette la chercheuse.

Commentant une loi récemment adoptée sous l'égide du Premier Ministre **Stephen Harper**, elle prévoit que les prochaines modifications au régime de retraite, au système de chômage et au principe d'équité salariale auront des répercussions négatives importantes sur les inégalités sociales dans les années à venir. Ainsi s'efface l'image internationale d'un Canada pionnier de l'équité...

Que fait-on demain matin ?

Marie-France Raynault pose la question et tente à son tour d'y apporter les meilleures réponses. Le Québec étant une province

canadienne, il est forcément marqué par les législations fédérales. Mais en marge de ces décisions politiques, les citoyens et les organisations se mobilisent.

« *Des mouvements récents comme celui des indignés ou le Printemps érable montrent que la population québécoise est sensible aux conséquences des nouvelles législations sur le sort des plus fragiles* » partage Marie-France Raynault avec espoir. Des rapports régionaux prônant la nécessité d'une action intersectorielle concertée, des plans d'action locaux, des travaux de surveillance, des tables de concertation voient le jour à travers le Québec, donnant la priorité à la réduction des inégalités sociales de santé.

L'évaluation d'impact sur la santé est aussi en plein développement. Pour cette chercheuse engagée, « *il faut que nous, les acteurs de santé, soyons les vecteurs de cette vérité : les conditions de vie sont le facteur principal de santé.* » Rejoignant Thierry Lang, elle prône également une veille scientifique de l'impact des interventions et programmes sur les inégalités sociales de santé. Selon la fondatrice de l'Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé, les fruits de ces différentes actions sont déjà visibles : « *Malgré leur augmentation au Canada, les inégalités sociales de santé ne se sont pas accrues à Montréal. Elles ont même diminué, notamment grâce aux actions de la santé publique.* »

Le rôle de l'État et des intervenants de santé

Après la conférence plénière, les participants se répartirent dans les journées thématiques proposées autour du thème transversal de « la connaissance, levier d'influence ». Plus de 200 d'entre eux avaient choisi la journée traitant des inégalités sociales de santé, au cours de laquelle plusieurs intervenants se succédèrent pour explorer le rôle de l'État en matière de réduction des inégalités sociales et le cadre d'action des professionnels de la santé publique sur les déterminants sociaux de la santé⁶.

⁵ Chercheuse, médecin, professeur au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal, chef du département de santé publique du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Marie-France Raynault est aussi la fondatrice de l'Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé et la directrice du Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal.

Parmi les conférenciers du jour, la syndicaliste **Claudette Carbonneau** a parcouru l'histoire des fonctions assumées par l'État, dépeignant les acquis et les perspectives dans trois domaines influençant les inégalités : le statut des femmes, l'éducation et les lois du travail.

Le philosophe **Jean Bédard** a quant à lui partagé ses considérations sur les concepts de valeur humaine, de dignité et d'inclusion, dans un monde où la valeur économique détermine trop souvent la valeur ontologique ou sociale. Plus tard, les participants purent assister

à la présentation de plusieurs initiatives régionales et d'une série de défis que doivent relever ceux qui s'investissent dans la lutte contre ce que Thierry Lang qualifie de « *fait social extrêmement têtue* ».

6 Les présentations des conférenciers peuvent être téléchargées sur <http://jasp.inspq.qc.ca/2012-reduire-les-inegalites-sociales-de-sante.aspx>

Une nouvelle plate-forme francophone sur les inégalités sociales de santé

Lors de la journée thématique des JASP consacrée aux inégalités sociales de santé, la section des Amériques du Réseau francophone international pour la promotion de la santé (RÉFIPS) a procédé au lancement de son tout nouveau site www.tribuneiss.com.

Une quarantaine de participants étaient présents.

Sur le site de la *Tribune sur les Inégalités Sociales de Santé*, les fréquentes mises à jour permettent aux utilisateurs de rester informés des événements, publications, initiatives et ressources liés à la question des inégalités sociales de santé dans le monde francophone.

Mais ce n'est pas tout : outre cette veille informationnelle, la *Tribune* héberge une base de connaissances plutôt fournie sur les inégalités sociales de santé.

Celle-ci comprend actuellement **quatre thématiques** : les inégalités sociales de santé, les déterminants sociaux de la santé, les stratégies pour réduire les inégalités sociales de santé et les politiques publiques favorables à l'équité.

D'autres thématiques devraient être disponibles dans les prochains mois : les problèmes de santé en lien avec les inégalités sociales de santé, l'évaluation des interventions de réduction des inégalités sociales de santé, les données chiffrées et les données de surveillance.

Présentée sous forme de documents Powerpoint téléchargeables, la base de connaissances permet des usages multiples, adaptés aux publics qu'elle vise, soit les professionnels de la santé, les intervenants, les enseignants et les étudiants notamment.

À partir des Powerpoint, il est possible de concevoir son propre outil en sélectionnant et en adaptant les

diapositives choisies à des fins de sensibilisation, d'information ou de formation, de se servir de quelques diapos sans adaptation pour animer une présentation sur un concept précis ou encore de s'inspirer d'exemples recensés à travers le monde. La *Tribune* et la base de connaissances découlent de travaux réalisés au lendemain de la *Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales de santé* de 2008 et sont les fruits des efforts conjoints de très nombreux collaborateurs, au Québec et dans le monde francophone. Certains lecteurs d'*Éducation Santé* s'y reconnaîtront probablement...

Un check-up du système de santé belge

D'après un communiqué de presse du **Centre fédéral d'expertise des soins de santé** (KCE), de l'**INAMI** et de l'**Institut scientifique de santé publique** (ISP)

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), en collaboration avec l'INAMI et l'ISP (Institut scientifique de santé publique) a étudié la performance du système de santé belge. Les résultats ont

été comparés avec ceux de 14 autres pays européens.

De nombreux points positifs sont à relever, tels que le taux de vaccination chez les enfants, la survie à 5 ans après un cancer du

sein ou du côlon, la relation avec le médecin généraliste, l'utilisation croissante des médicaments bon marché, etc. Certains points restent à améliorer, entre autres la participation aux

dépistages du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus ainsi que le suivi des patients diabétiques. En outre, trop d'antibiotiques sont encore prescrits et les Belges sont encore trop exposés aux radiations médicales. Enfin, le vieillissement des médecins généralistes est préoccupant, ainsi que les inégalités sociales de santé.

Un taux favorable de vaccination chez les enfants, une bonne qualité des soins et une efficacité satisfaisante

Le taux de vaccination chez les enfants se situe au-dessus de la moyenne européenne. La qualité des soins enregistre des résultats positifs comme en témoigne la très bonne survie à 5 ans après un cancer du sein ou du côlon. Les Belges entretiennent en outre une très bonne relation avec leur médecin généraliste et plus de 90 % des personnes interrogées se déclarent satisfaites de leurs contacts avec le secteur des soins de santé. Quant à l'efficacité globale de notre système de santé, elle n'a pas été mesurée en tant que telle mais le nombre croissant d'hospitalisations de jour et le recours grandissant aux médicaments bon marché indiquent que nous allons dans la bonne direction.

Il est important que l'attention accordée à ces efforts ne se relâche pas afin de conserver ces bons résultats.

Les points d'attention : le nombre élevé de suicides, la surcharge pondérale, le screening insuffisant de certains cancers, les inégalités sociales...

En comparaison avec les autres pays européens, le taux de suicide est très haut en Belgique. En outre, le nombre d'habitants en surpoids est en augmentation et nous faisons trop peu d'exercice physique. Les femmes appartenant au groupe cible pour les dépistages du cancer du sein ou du col de l'utérus se font trop peu dépister tandis que celles en dehors du groupe cible pour le dépistage du cancer du sein y ont trop



recours. Ce qui est contreproductif pour la santé publique et aboutit à une mauvaise allocation des moyens financiers.

Les personnes appartenant aux classes sociales défavorisées bénéficient souvent d'une moins bonne santé : elles vivent moins longtemps et leur santé se dégrade plus vite, elles souffrent plus souvent de surcharge pondérale et la mortalité infantile est plus élevée parmi elles. Elles mènent aussi un mode de vie moins sain (mauvaise alimentation, tabagisme, manque d'exercice physique). Enfin, elles participent moins au dépistage du cancer et sont moins bien suivies en cas de diabète.

Les antibiotiques sont encore trop prescrits, et, hormis chez les enfants, on ne remarque guère d'amélioration dans ce domaine. Le suivi des patients diabétiques n'est pas assez conforme aux recommandations cliniques de bonne pratique. Le nombre de césariennes continue d'augmenter, avec une grande variabilité entre les hôpitaux. Quoiqu'ayant légèrement diminué en 2011, l'exposition aux radiations médicales demeure très élevée. Enfin, le nombre de patients bénéficiant d'un dossier médical global reste encore assez faible.

L'âge moyen des médecins généralistes augmente de manière inquiétante. En outre, les quotas d'entrée prévus par la Commission de planification (SPF Santé publique) ne sont plus rencontrés depuis déjà plusieurs années.

Un must : la disponibilité des données de santé...

Une amélioration notable a eu lieu dans la disponibilité des données depuis le rapport précédent de 2010 sur la performance. Certaines lacunes subsistent néanmoins dans les sources de données actuelles, et les chercheurs font à ce propos une série de recommandations pour les améliorer.

Ce rapport met aussi en lumière certains points d'attention qui devront être étudiés de manière plus approfondie. Dans certains cas, les décideurs politiques sont déjà conscients des problèmes et ont commandité des études supplémentaires afin de déterminer les mesures à prendre.

Ce rapport, qui rend compte de la situation actuelle, a pour objectif final l'amélioration tangible de la performance. Les responsables politiques devraient donc fixer des objectifs mesurables qui tiennent compte de ses recommandations.

Cette mesure de la performance fait suite et élargit le champ du premier rapport KCE-INAMI-ISP publié en 2010 (rapport KCE n°128). Cette initiative s'inscrit dans le cadre de la Charte de Tallinn, signée en 2008 par tous les pays européens, qui se sont engagés à mesurer et évaluer régulièrement la performance de leur système de santé.

Le prochain rapport belge sur la performance paraîtra en décembre 2015.

Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den Heede K, Desomer A, Van de Voorde C, Walckiers D, Dubois C, Camberlin C, Vlayen J, Van Oyen H, Léonard C, Meeus P.

La performance du système de santé belge Rapport 2012. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2012.

KCE Report 196B. D/2012/10.273/111.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site du KCE, <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/la-performance-du-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-belge-rapport-2012>

La présentation qui précède ne donne qu'une faible idée du travail considérable réalisé en amont de la publication de ce rapport, et notamment du processus de sélection des 74 indicateurs finalement retenus, avec l'appui d'une soixantaine d'experts. Certains indicateurs et experts sont issus de la promotion de la santé, ce qui est assez inédit. Nous y reviendrons plus longuement dans un prochain numéro.



Réflexions

Spiritualité et santé : plus l'incertitude de l'avenir est grande...

Éric Le Grand, sociologue, consultant en promotion de la santé

Définir la spiritualité n'est pas une chose aisée en soi. En effet, si cette définition suppose de s'interroger sur les liens que la spiritualité entretient avec la religion et la modernité, elle nous interpelle aussi au regard des profondes mutations de nos sociétés, sur ce qui donne pour chaque individu sens à sa vie.

Ainsi, ma contribution¹ n'a pour but que de poser quelques jalons à la réflexion sur ce thème de la spiritualité.

Spiritualité n'est pas religion !

Il faut tout d'abord convenir que ce terme de « spiritualité » n'est pas simple à manipuler, à expliquer et qu'il suscite perplexité et nombreuses interrogations. L'évocation du mot renvoie fréquemment à un premier niveau d'analyse qui est de l'ordre de la religion et du fait religieux. Ce premier point peut expliquer bien des réticences à traiter de cette question. En effet, dans nos sociétés laïques – tout du moins dans le contexte culturel d'où je m'exprime à savoir la France – toute référence à ce terme renvoie inexorablement à une pensée religieuse que nos cultures, notre histoire (loi de 1905 de séparation de l'Église et de l'État), la pensée moderne tendent à rejeter. Il est important de préciser que dans *L'encyclopédie des religions*, si le terme de spiritualité peut prendre son essence dans certaines religions, les auteurs² n'hésitent pas à non plus à parler de « spiritualité laïque », se construisant en dehors de toute référence religieuse (religion établie, secte...).

De même Maslow³ en 1976 insiste sur le fait que les valeurs spirituelles ne sont pas la propriété exclusive des religions organisées et qu'elles n'ont pas besoin de « concepts surnaturels » pour les valider.

Nous pourrions émettre l'hypothèse qu'aujourd'hui l'émergence forte du terme de spiritualité dans la littérature et dans les médias provient d'un double mouvement : celui de la sécularisation progressive de nos sociétés (domaine de la religion), et de l'avènement – ou la fin – de la modernité.

Ainsi, nous pourrions émettre l'hypothèse qu'aujourd'hui l'émergence forte du terme de spiritualité dans la littérature et dans les médias provient d'un double mouvement : celui de la sécularisation progressive de nos sociétés (domaine de la religion), et de l'avènement – ou la fin – de la modernité. Ce sont ces deux éléments qu'il me semble nécessaire de prendre en compte lorsque nous parlons de « spiritualité ».

Revenons quelques instants sur la sécularisation. Comme le soulevait **Émile Durkheim**, « *S'il est une vérité que l'histoire a mise hors de doute, c'est que la religion embrasse une portion de plus en plus petite de la vie sociale. À l'origine, elle s'étend à tout ; tout ce qui est social est religieux ; les deux mots sont synonymes. Puis, peu à*

peu, les fonctions politiques, économiques, scientifiques s'affranchissent de la fonction religieuse, se constituent à part et prennent un caractère temporel de plus en plus accusé. Dieu... qui était d'abord présent à toutes les relations humaines, s'en retire progressivement ; il abandonne le monde aux hommes et à leurs disputes. Du moins, s'il continue à les dominer, c'est de haut et de loin. »⁴

Ainsi, ce sociologue posait ce constat apparemment inéluctable d'une disparition progressive de la religion de la sphère sociale en direction de la sphère privée individuelle. Les observations faites dans la plupart des pays européens confirment cette thèse de la sécularisation : baisse des pratiques, difficultés du renouvellement des prêtres, des églises qui se vident, modification du croire dans les propositions faites par les religions⁵.

Ainsi, l'un des éléments qui structurait la vie pour l'individu, sa représentation du monde, son avenir a peu à peu disparu (*même si de nombreux développements seraient nécessaires pour modérer ce propos*) fait place peu à peu à un individu qui doit – sous l'avènement de la modernité – se construire un destin, une voie et un avenir. Dans cette même optique, la spiritualité apparaît comme un élément essentiellement individuel, propre à chacun, à son histoire et à son vécu. Elle relève avant tout d'une identité personnelle et la révèle, et non d'une

¹ Ces réflexions ont été rédigées dans le contexte du séminaire 'Promotion de la santé et spiritualité' organisé en 2010 par l'APES ULg (voir l'article de Absil G., La santé spirituelle en questions : un séminaire en préparation par l'APES ULg <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1286>)

² Lenoir F., Tardan-Masquelier Y. dir. *L'encyclopédie des religions* (2 t.). Paris, Fayard, Format Compact, 2000 : 2512 p.

³ Cité p. 603 par Clarskon M., Pica L., Lacombe H. *Spiritualité, religion et santé : une analyse exploratoire* (chapitre 29). In : Enquêtes sociale et de santé Québec 1998. Québec : Institut de la statistique du Québec, coll. La santé et le bien-être, 2002 : p.603-625.

⁴ Durkheim E. *De la division du travail social*, 4^e édition, Paris, Alcan, 1922, p 143-144

⁵ Ce mouvement de sécularisation, qui se poursuit aujourd'hui, s'accompagne aussi d'une recomposition du croire. Cette recomposition se définit par des formes de manifestations religieuses diverses, mais se traduit par un fort détachement des individus face aux « prescriptions » des Églises.

identité religieuse qui elle s'articule autour de quatre grandes dimensions⁶ :

- **la dimension communautaire** (les frontières du groupe). Elle concerne le marquage d'un groupe particulier dont on est ou on n'est pas, et dans lequel on entre ou on sort selon un certain nombre de procédures (rites, par exemple, exclusions, excommunications...). Le groupe définit alors un mode de participation et un ensemble de références communes qui constituent un dispositif de repérage social.
- **la dimension culturelle** (les savoirs du groupe). L'identité religieuse implique l'assimilation d'un certain nombre de savoirs, savoir-faire, etc. qui sont au principe des gestes communs de la mémoire commune. Cette culture commune se constitue par divers biais liés au processus particulier de la transmission religieuse dans telle ou telle tradition (catéchisme, forme du culte, etc.).
- **la dimension éthique** concerne les valeurs du groupe : l'identité religieuse incarne également un ensemble de références morales, partagées par les croyants, et susceptibles de se transformer en normes de comportements.
- enfin, **la dimension émotionnelle** est très importante dans l'identité religieuse. À travers la communion, l'émotion de la célébration du culte ou de la prière, c'est l'actualisation d'un sentiment affectif d'être « nous », de former quelque chose comme une âme commune, comme un esprit commun.

Si ces quatre dimensions nous permettent de cerner ce qu'est « l'identité religieuse », elles nous donnent aussi une grille de lecture pour « classer » ce qui est de l'ordre du religieux ou de la spiritualité. Ainsi, la spiritualité s'est écartée de la ou des religions, sous l'impulsion de la sécularisation de la société, mais aussi de l'avènement de la modernité.

Spiritualité et modernité

Si la modernité a permis de « sortir de la religion », comme le souligne Marcel Gauchet⁷, cette même modernité a peu à peu entraîné un vaste « désenchantement du monde » selon l'expression de Max Weber⁸. En effet, la modernité proposait à la fois une représentation du monde par la façon qu'elle a de mettre en avant, dans tous les domaines de l'action humaine individuelle et collective, la rationalité, c'est-à-dire l'impératif de l'adaptation cohérente des moyens aux fins que l'on poursuit ; mais aussi un type particulier de rapport au monde qu'établit la modernité. Ce rapport se résume dans une affirmation fondamentale, celle de **l'autonomie** de l'individu : *sujet* capable de faire le monde dans lequel il vit et de construire lui-même les significations qui donnent un sens à sa propre existence. Ainsi, la modernité a peu à peu bousculé les rapports que l'individu entretient avec la société. Face à cette quête de l'autonomie, et à l'affaiblissement des grands systèmes de pensées et des modes de structuration de sens (État, Famille, Religion, École), l'individu se sent seul et doit être à même de donner sens à sa propre vie. Ainsi, d'une formidable possibilité d'épanouissement, la modernité génère l'anxiété, dont la condition quotidienne est **l'incertitude** qui résulte pour tout un chacun de la recherche des moyens de satisfaire ses propres attentes, ses propres envies.

Nous pourrions résumer à partir de trois auteurs, le rapport qu'entretient l'homme à la société, reflet de la modernité actuelle :

- une difficulté à faire face pour l'individu à deux exigences contradictoires : se différencier des autres et se conformer aux mêmes valeurs et normes (Norbert Élias⁹) ;
- une injonction à inventer sa propre vie pour l'individu (Henri Mendras¹⁰) ;

- une difficulté à être soi, ce qui laisse à penser à Alain Ehrenberg¹¹ que nous sommes face à un individu incertain. Ainsi, l'émergence de la spiritualité se trouverait renforcée d'une part en raison d'une déperdition du croire des grandes religions traditionnelles, mais bien aussi en raison de l'échec de la modernité à trouver des réponses *au sens à donner à sa vie*.

Spiritualité : une quête de sens de la vie

Comme le montraient si bien les Monty Python, dans leur film « *The meaning of life* »¹² : quel doit être le sens de notre vie ? Ainsi, la spiritualité a plus à voir avec les représentations du monde, les valeurs que chacun s'assigne, qu'avec des pratiques spécifiques. Comme le soulignent des auteurs québécois¹³, la spiritualité est un concept multidimensionnel qui repose, selon eux, sur certaines dimensions communes : la recherche d'un but et d'un sens à la vie, la croyance qu'il existe quelque chose qui transcende l'être humain, le respect de la vie, l'idéalisme et l'altruisme. La traduction de ces différentes dimensions dans leur enquête s'est articulée autour de deux questions : « *Pour vous, la vie spirituelle (c'est-à-dire des croyances ou des pratiques qui concernent l'esprit ou l'âme) est-elle très importante, assez importante, peu importante, pas importante du tout ?* »

« *Croyez-vous que vos valeurs spirituelles ont un effet positif sur votre état de santé physique ou mentale ?* ».

Sans revenir ici sur certains résultats que j'ai évoqué dans un numéro de *La Santé de l'homme*¹⁴ et qui montrent l'importance pour les Québécois de la vie spirituelle et l'impact que celle-ci a sur leur santé, notamment en terme de soutien social, il me semblerait nécessaire pour des travaux futurs de ne pas poser les termes d'esprit ou d'âme dans les questions liées à la spiritualité.

⁶ Voir à cet effet : Hervieu-Léger D., Champion F., *Vers un nouveau christianisme, introduction à la sociologie du christianisme occidental*, Paris, Cerf, 1987, 395 p. ;

Hervieu-Léger D. *La religion en miettes ou la question des sectes*. Paris, Calmann-Lévy, 2001 : 222 p.

⁷ Voir ses nombreux ouvrages.

⁸ Voir notamment : *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Gallimard, 2002

⁹ Élias N. *La société des individus*, Paris, Fayard, 1991

¹⁰ Mendras H. *La seconde révolution française*, Paris, Gallimard, 1988

¹¹ Ehrenberg A. *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998.

¹² *The Meaning of Life*, un film de Terry Jones, 1983, 107'. Disponible en DVD.

¹³ Clarskon M et al, opus cite.

¹⁴ Le Grand E. *Appartenance religieuse, spiritualité et santé au Québec*, n° 406 *La Santé de l'homme*, mars-avril 2010, pp 29-30. dossier : « Quels liens entre religieux et santé ? ». Téléchargeable sur le site de l'INPES : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-406.pdf>

En effet, dans un contexte nord-américain fortement imprégné de culture religieuse, ces références peuvent introduire un biais qu'il me semble important de « prévenir ». La formulation proposée par le Whoqol¹⁵ semble être plus en adéquation « Vos croyances (convictions personnelles) donnent-elles un sens à votre vie ? »¹⁶ De la même façon, il est aussi nécessaire d'appréhender les différences que revêt la notion de spiritualité au niveau des classes sociales. Comme le révèle cette enquête : 43 % des personnes très pauvres

ou pauvres, contre 33 % de celles qui ont un revenu supérieur considèrent que les valeurs spirituelles ont un effet positif sur leur état de santé physique ou mentale. Cette problématique n'est pas sans rapport avec l'autonomie. Nous pourrions nous poser la question suivante : la forte prédominance de la « spiritualité » dans les milieux populaires n'est-elle pas le reflet de l'incapacité de la société à résoudre leurs problèmes et de leur donner une perspective d'avenir ? Ou, dit d'une autre façon, l'idée d'une spiritualité – liée à

l'émergence d'un être autonome – n'est-elle pas pour les classes sociales les plus aisées, le marqueur d'un éthos de classe, où la spiritualité joue un rôle secondaire dans le maintien et dans le contrôle de sa vie ? Bien que difficilement saisissable dans un premier temps, la spiritualité – et la forte utilisation actuelle de ce terme – implique avant tout de se re-questionner sur la société (son état ?) et sur les rapports et les représentations que l'Homme entretient avec elle.

¹⁵ Le Whoqol est une échelle de mesure de qualité de vie créée par l'OMS.

¹⁶ Dans le même ordre de souci méthodologique, il serait intéressant de montrer le poids de chacune des dimensions (but, croyance, respect de la vie, altruisme) dans la définition et la représentation de la spiritualité chez les individus.

Locale

L'Observatoire de la Santé du Hainaut, une expérience provinciale

D^r Luc Berghmans, Directeur de l'Observatoire de la Santé du Hainaut

L'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) est mandaté par la Province du Hainaut pour assurer deux missions complémentaires : l'observation de la santé et la promotion de la santé. Dans sa configuration actuelle, ce service public provincial est la résultante d'une volonté politique constante d'organiser des services de qualité visant à promouvoir la santé en suivant des référentiels de bonnes pratiques, validées par les instances internationales et la communauté scientifique.

Les résultats opérationnels positifs, l'intérêt manifesté par le public, les associations et les mandataires politiques locaux donnent à penser que cette stratégie de service public de qualité est porteuse de changements positifs.

Un outil d'action publique dans un contexte de santé spécifique

Chaque année, près de 2 300 personnes meurent injustement dans le Hainaut. Ces vies seraient épargnées si la situation sanitaire de la province était équivalente à la situation moyenne belge. L'espérance de vie à la naissance du Hainuyer est de 3 ans inférieure à la moyenne des hommes belges. Pour la femme, la différence est d'un peu plus d'un an. L'inéquité est manifeste.



Photo © Observatoire de la Santé du Hainaut

La fracture sanitaire ne se marque pas seulement au niveau de la durée de vie mais aussi de la qualité de vie. Les maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, maladies respiratoires) souvent invalidantes sont plus fréquentes dans le Hainaut, comme le sont aussi les accidents de la route avec décès, les

maladies professionnelles, les suicides et tentatives de suicide, la consommation de psychotropes, les hospitalisations, les grossesses d'adolescentes, etc. Le lien entre un contexte socio-économique défavorable et une mauvaise santé est bien établi dans la littérature scientifique et le Hainaut en est malheureusement une illustration frappante. Les conditions de vie (habitat, instruction et culture, emploi, revenus, liens sociaux) influencent les modes de vie. Ainsi, la mauvaise qualité de l'alimentation, le tabagisme, la sédentarité sont plus fréquents dans les foyers de niveau socio-économique moyen à faible, très nombreux dans le Hainaut. Ces facteurs sont à la base d'un risque accru de pathologies comme les maladies cardiovasculaires et les cancers, qui

représentent 60 % des causes de mortalité dans le Hainaut. Intervenir sur ces facteurs est une priorité évidente mais les stratégies, pour être efficaces, doivent dépasser la simple information du public pour s'attaquer aux changements structurels dans l'environnement de vie des personnes, des familles et des collectivités, en concertation avec les bénéficiaires et avec leur participation.

C'est pour contribuer à relever ce défi que la Province de Hainaut a décidé dans les années nonante d'investir dans une structure de promotion de la santé.

S'appuyer sur les référentiels de la nouvelle santé publique

Dans l'histoire récente, la santé publique a connu trois révolutions. Fin du 19^e, avec **Pasteur** et d'autres, le progrès des connaissances scientifiques mais aussi les revendications fortes du mouvement ouvrier ont permis des avancées considérables en matière de salubrité et d'hygiène dans les lieux de vie et de travail. Il en est ressorti des résultats tangibles sur la santé, notamment au niveau de la mortalité infantile.

La deuxième révolution, au milieu du 20^e siècle, également portée par un fort mouvement social, a permis une large accessibilité à des soins médicaux de qualité par la généralisation des assurances sociales.

Les résultats sont indéniables sur le bien-être et la qualité de vie des gens mais de très nombreuses études de santé publique ont montré les limites des soins médicaux. Ainsi la réduction notable de la mortalité cardiovasculaire au cours des dernières décennies n'est attribuée qu'à 50 % aux progrès médicaux, le reste résultant d'une amélioration des facteurs de risque dans la population. De même, le déficit considérable de santé dans le Hainaut, qui dispose pourtant d'une infrastructure sanitaire comparable à la moyenne belge, ne peut en aucune manière s'expliquer par des carences qualitatives ou quantitatives au niveau des soins mais bien par des facteurs

Photo © Observatoire de la Santé du Hainaut



sociétaux agissant en amont. Ces facteurs sont multiples et se manifestent tout au long des trajectoires de vie des gens. Ils engendrent des inégalités sociales de santé suivant la position sociale et/ou les territoires.

Cette meilleure compréhension de la construction sociale de la santé implique d'adapter les pratiques d'intervention en santé publique. C'est l'enjeu de la troisième révolution de la santé publique. La Province de Hainaut s'y est engagée résolument en donnant un mandat de promotion de la santé à son service public, l'Observatoire de la Santé.

S'agissant d'interventions à portée sociétale, créer des partenariats avec d'autres secteurs de l'action publique, associative ou économique sur base d'objectifs partagés est également un élément clé des nouvelles stratégies d'interventions.

Suivant la Charte d'Ottawa (1986), la promotion de la santé est le processus qui confère à tous et de manière équitable les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette approche combine en pratique différentes stratégies telles que l'élaboration de politiques publiques soucieuses de la santé, l'amélioration de l'environnement, l'action collective, le développement des ressources individuelles et sociales, la qualité de

l'information, la réorientation des services de santé. Dans cette perspective, la santé est considérée non pas comme une fin en soi mais comme une ressource pour bien mener sa vie et ses projets. Cette ressource est utile individuellement mais aussi collectivement pour contribuer au développement des communautés.

On comprend que ce nouveau contexte de travail implique pour

les travailleurs du secteur de s'assurer de la participation active des publics bénéficiaires dans la conception des interventions et leur mise en œuvre. S'agissant d'interventions à portée sociétale, créer des partenariats avec d'autres secteurs de l'action publique, associative ou économique sur base d'objectifs partagés est également un élément clé des nouvelles stratégies d'intervention.

De la théorie à l'action ou comment concilier pragmatisme et rigueur conceptuelle

Sur base de l'héritage de la médecine préventive et sociale, il convenait pour la Province d'adapter son service public à la nouvelle donne de la promotion de la santé. Ce processus, toujours en cours, s'appuie sur deux éléments : l'organisation de services et l'organisation du travail. La structure OSH comporte quatre services opérationnels et un service d'appui logistique et administratif.

Le *service d'information sanitaire* a pour mission la récolte d'indicateurs de santé et la diffusion de diagnostics communautaires de santé non seulement vers les professionnels de santé mais aussi, par des supports adaptés, vers un public plus large de décideurs et d'acteurs sociaux locaux. Le *secteur prévention et promotion de la santé* propose aux communes, écoles, associations, un soutien pour la construction de programmes locaux de promotion de la santé.

Le *service d'éducation à la santé* construit des outils variés d'information et de formation (animations, expositions, car-exposition, brochures) et aide les

organismes locaux à la mise en place de programmes d'éducation.

La *cellule communication* travaille en continu avec les médias par le biais de soutien rédactionnel, d'organisation de campagnes, de chroniques radio et écrites, de conférences de presse.

Chaque équipe comprend du personnel spécialisé et organise son travail en autonomie mais en fonction d'objectifs de production explicites.

Au total, l'Observatoire comporte environ 60 équivalents temps plein et est doté d'un budget de 3.500.000 euros, dont 90 % couvrent les frais de personnel.

Sur le plan de l'organisation du travail, l'institution a opté pour une programmation triennale. Le plan d'action permet de prioriser les interventions et d'organiser les synergies internes. Il présente de manière claire et publique les engagements du service public. Il est approuvé et évalué périodiquement par l'autorité politique et intégré dans le plan stratégique provincial.

Le Plan 2010-2012 est organisé en six axes : connaissance des problèmes de santé dans le Hainaut, partenariat avec les communes et le tissu social local au plus proche des citoyens, promotion de la santé des jeunes, promotion de la santé des seniors, rencontre des besoins spécifiques en promotion de la santé (précarité et handicap) et communication et information. Ceux-ci sont décomposés en 15 objectifs généraux, 34 objectifs spécifiques à atteindre par la réalisation de 105 actions concrètes. L'évaluation effectuée fin 2011 indiquait que 51 % des objectifs ont une programmation respectée ou amplifiée, 41 % sont exécutés mais à un niveau moindre que prévu et 8 % sont abandonnés.

Manifestement en termes d'intérêt du public et de ses représentants, le travail de la décennie passée a enclenché une dynamique sociale qui va dans le sens d'une meilleure appropriation de la santé. Ces indicateurs de processus positifs augurent d'une évolution favorable des indicateurs de santé mais les changements seront plus longs à venir.

Sur le plan qualitatif, quelques éléments sont encourageants : nos campagnes



Photo © Observatoire de la Santé du Hainaut

médiatiques (non stigmatisantes et non moralisatrices !) ont été approuvées par des instances indépendantes, nos outils d'éducation sont occasionnellement repris par des structures nationales comme les mutuelles, des communications et publications scientifiques sont acceptées par des jurys internationaux, un projet européen qui a étudié 46 projets régionaux de l'Union européenne a retenu notre Plan d'action parmi les cinq interventions les plus exemplaires, la Région wallonne nous a confié la réalisation du premier *Tableau de bord wallon de la santé...*

Les équipes de l'Observatoire restent toutefois critiques sur leurs propres productions et recherchent de manière continue les voies d'amélioration et d'innovation. Ceci dit, sans céder à l'autosatisfaction, il est intéressant d'identifier les facteurs qui ont favorisé le déploiement des activités de l'OSH.

Les facteurs institutionnels de réussite

L'analyse de l'histoire récente de l'OSH permet de dégager les facteurs qui ont contribué au développement de la qualité du service :

- un appui politique continu favorisé par un contact direct avec les élus sur base de stratégies et de programmations explicites et évaluées et de rapports d'activités détaillés ;
- le respect de bonnes pratiques professionnelles et scientifiques et le recrutement des cadres basé uniquement

sur les compétences et l'engagement ;

- le positionnement comme structure dite intermédiaire entre le niveau central (Fédération Wallonie-Bruxelles) et le niveau local (communes, groupements territoriaux). Une structure intermédiaire se justifie par des économies d'échelle dans la mobilisation de ressources et services. Le niveau provincial permet des investissements notamment en personnel spécialisé (épidémiologistes, sociologues, santé publique, journalistes spécialisés...) et en outils qu'il ne serait pas judicieux d'effectuer systématiquement à l'échelle communale ou supra communale. Bien entendu, ces ressources doivent être mises à la disposition du niveau local, en étant à l'écoute de ses besoins. Les lignes stratégiques et les thématiques sont en cohérence avec celles du niveau central. Les affirmations de double-emploi ou de mille-feuilles institutionnel ne résistent pas à l'analyse factuelle. Au contraire, l'action provinciale, explicitement complémentaire de celle du niveau central et du niveau local, contribue à rendre accessible à tous les services de promotion ;
- une gestion interne participative et une évaluation formalisée des programmes ;
- une politique de formation continue du personnel et de relations directes avec les associations professionnelles et scientifiques internationales pour soumettre nos expériences à la critique et l'échange.

Et pour conclure...

Le cadre institutionnel provincial a permis la mise en place d'une structure de promotion de la santé innovante. Des conditions de réussite liées à la gouvernance, à la transparence, à la participation du personnel à la décision, à l'ouverture aux partenaires et au respect de référentiels de bonnes pratiques ont pu être rencontrés dans ce cadre institutionnel.

Les débats en cours sur l'avenir des provinces devraient prendre en considération les expériences concrètes de terrain. Les enseignements que l'on peut en tirer sur le plan politique alimenteront les réflexions sur les conditions du bon fonctionnement des services publics. Et pour le citoyen, c'est ce qui importe.

*Observatoire de la Santé du Hainaut,
rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré.
Tél. : 065 87 96 02 et 065 87 96 03.*

L'OSH en quelques chiffres

- 56 bases de données exploitées pour la réalisation du *Tableau de bord de la santé*
- une enquête permanente sur la santé des jeunes, un échantillon de 2 000 enfants
- des profils locaux de santé pour 69 communes
- 500 000 brochures d'éducation à la santé commandées en 5 ans
- des partenariats avec 35 communes
- des présentoirs de brochures dans 63 communes
- 250 animations dans les écoles par an
- 30 séances de formation pour professionnels par an
- 1 lettre d'information pour les généralistes
- 10 campagnes radio TV en 10 ans et 1 500 relais locaux lors de la campagne hypertension
- 70 collaborateurs motivés
- 1 service public ouvert à tous.

Fax : 065 87 96 79.

Courriel : observatoire.sante@hainaut.be.

Internet : www.observatoiresante.hainaut.be

Article publié précédemment dans les 'Cahiers de l'éducation permanente' et reproduit avec leur aimable autorisation.

Référence : Luc Berghmans. L'Observatoire de la Santé du Hainaut, une expérience provinciale. in : Présence et action culturelles, Les Cahiers de l'Éducation Permanente, La Province sans tabous. 2012 pp 121-126.

Portrait

Myriam De Spiegelaere : voir le verre à moitié plein

Anne Le Pennec

Qu'elle rejoigne l'Université Libre de Bruxelles en qualité de professeur de santé publique, dirige l'Observatoire de la santé et du social à Bruxelles ou mette sa carrière médicale entre parenthèses pour s'engager dans l'humanitaire, Myriam De Spiegelaere ne perd jamais de vue son éternel fil rouge : la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Qu'on se le dise : **Myriam De Spiegelaere** ne travaille plus à l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles. « *Cet observatoire était un peu mon bébé. Le lâcher n'a pas été facile* », confie-t-elle dans un sourire franc, un brin nostalgique. Depuis la rentrée 2012, la spécialiste des inégalités sociales de santé et stratégies de réduction des inégalités sociales a rejoint l'École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles en qualité de professeur de santé publique rattachée au département Politiques et systèmes de santé – Santé internationale. Cette année, elle sait que sa charge d'enseignement prendra le pas sur ses activités de



recherche, cruciales pour évoluer au sein de l'Université. « *Peu m'importe car là n'est pas mon ambition. Ce poste est probablement le dernier de ma carrière. Je veux transmettre.* » Bien que la promotion de la santé traverse toute sa vie professionnelle, Myriam De Spiegelaere se défend de faire partie d'un secteur qu'elle juge mal fagotté. « *La promotion de la santé s'est construite sur le terreau de la prévention et de l'éducation pour la santé, qui sont ses bases institutionnelles. Cette appartenance la dévoie et l'ampute en lui assignant à un cadre beaucoup trop restreint. Il y a tellement de gens qui pensent promouvoir*



Compagnons de voyage saisis par Myriam De Spiegelaere

la santé en faisant de la prévention, du dépistage ou du repérage. »

Corollaire : elle verrait bien le portefeuille belge de promotion de la santé confié aux instances régionales plutôt que communautaires. « C'est le seul moyen de lui conférer l'approche intersectorielle et transversale dont elle a besoin pour aboutir, avec une vision politique cohérente et un pouvoir en mesure d'agir dans des domaines très divers : l'aide aux personnes, l'éducation, le logement, la santé, etc. »

Plongée au cœur de la grande pauvreté

À 55 ans, Myriam De Spiegelaere se sent à sa place à l'Université. Non qu'elle ait été moins investie dans ses précédentes fonctions, loin s'en faut, mais parce que cette nouvelle aventure professionnelle lui donne l'occasion de contribuer à façonner un regard différent sur l'accompagnement des personnes en matière de santé.

« L'expertise permanente des professionnels de santé exproprie les patients de leurs compétences », résume-t-elle. « C'est fou comme les gens intègrent ce que leur disent les soignants. Résultat, les Maghrébins pensent qu'ils sont gros parce que leur alimentation traditionnelle est trop grasse. Or si on pousse la logique jusqu'au bout, tout le monde devrait être obèse au Maroc. » Pour que les professionnels de santé, médecins en tête, modifient leur posture, Myriam De Spiegelaere en appelle à revisiter leur formation initiale : « La démarche clinique s'appuie sur le repérage des manques et des dysfonctionnements et ne nous incite absolument pas à regarder ce qui va bien chez quelqu'un. Comment demander ensuite

aux professionnels de santé de promouvoir la santé ? Cette vision des gens au travers de leurs manques me révolte. »

Née au Congo du temps où ce pays était une colonie belge, la jeune fille a étudié la médecine à Namur. « Dès le lycée, je savais que je voulais travailler avec les personnes pauvres », se souvient-elle. Au moment de choisir une spécialité, elle se désole de devoir choisir entre la gynécologie et la pédiatrie. L'approche mère-enfant n'existant pas encore, elle opte pour la médecine générale. Puis exerce pendant trois ans dans une maison médicale dans un quartier déshérité du centre de Bruxelles en lien avec le mouvement ATD Quart Monde engagé auprès des populations les plus pauvres. Suivent plusieurs années vécues hors de Belgique comme volontaire au sein de cette ONG internationale. Outre-Atlantique d'abord, dans une région reculée du Guatemala où Myriam De Spiegelaere s'installe avec son mari, également volontaire et instituteur de métier, et leurs deux enfants. Une plongée en famille au cœur de la grande pauvreté.

Pour les villageois qu'ils côtoient jour après jour pendant trois ans, les questions de santé arrivent après beaucoup d'autres préoccupations quotidiennes. Souvenirs : « Nous étions là dans le but de raccrocher les gens au système de santé mais aussi plus modestement, de les inciter au regroupement et à la prise de parole. L'ONG avait hérité sur place de centres nutritionnels, très peu fréquentés. Nous avons finalement mis en place des pré-écoles dans ces lieux. Et animé des réunions de découverte de la santé. Il a fallu mettre le paquet pour faire venir les gens ! Faire connaissance, les rencontrer

plusieurs fois, insister, prendre en compte leurs opinions pour les aider à avoir confiance et à oser parler... Tout cela demande du temps, beaucoup de temps ».

Arrivée à quatre en Amérique du sud, la famille repart à 5 alors que l'aîné des enfants entre à l'école. Toujours sous la houlette d'ATD Quart Monde, la famille rejoint alors la France, l'Alsace et la communauté yéniche¹ à l'époque de la mise en place du revenu minimum d'insertion (RMI) dans ce pays.

« En allant voir les jeunes chez eux, j'ai découvert combien leurs familles et eux font d'efforts pour leur santé et à quel point les représentations des professionnels de santé sur leurs comportements sont infondées. »

« Les populations yéniches, très éparpillées sur le territoire et chassées de partout, rêvaient de mobil-homes et de caravanes pour continuer à vivre dans la nature avec de l'eau à disposition alors que les mairies montaient pour eux des projets d'habitations à loyer modéré (HLM). Nous avons essayé de faire se rencontrer les deux parties. » Impossible de brûler les étapes pour établir le contact. « Nous mettions à leur disposition des jeux, des jouets, des livres. Les mères s'en emparaient d'abord, puis les enfants. Petit à petit, la confiance s'installait entre nous. »

¹ Groupe ethnique semi-nomade européen, souvent assimilé aux Roms

« C'est l'humain qui m'intéresse »

Nouveau départ lorsque le couple décide de mettre un terme à son volontariat et de réintégrer la vie professionnelle. Pour Myriam, consulter en médecine générale après une si longue pause n'est pas envisageable : « *Je n'étais plus à jour sur le plan clinique.* »

En même temps qu'elle remet le pied à l'étrier par le biais de la médecine scolaire et de la protection maternelle et infantile (PMI), Myriam De Spiegelaere entreprend des études universitaires de santé publique. Et comme si ça ne suffisait pas : « *Je venais d'accoucher et les cours démarraient 15 jours plus tard. J'y suis allée avec ma fille.* »

Pour sa thèse qui interroge la capacité des services préventifs pour enfants à réduire les inégalités sociales face à la santé, ses interventions en PMI lui fournissent des cohortes de choix et les établissements professionnels qu'elle suit en tant que médecin scolaire deviennent des terrains d'étude. « *En allant voir les jeunes chez eux, j'ai découvert combien leurs familles et eux font d'efforts pour leur santé et à quel point les représentations des professionnels de santé sur leurs comportements sont infondées. Après cela, j'ai complètement changé ma manière d'interroger les patients. Je préfère leur demander comment ils font et construire mon discours là-dessus plutôt que de livrer ma supposée expertise.* » À l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, dont elle prend la co-direction

en 1999, le médecin de santé publique saisit l'opportunité « *de faire de la recherche en lien avec le terrain et sur des questions réelles ayant des répercussions politiques.* ». Tout est à faire, notamment élaborer un premier rapport sur l'état de la pauvreté de la Région de Bruxelles-Capitale. « *Mon premier combat a été de convaincre les autorités d'engager des gens sur leurs compétences plutôt que sur nomination du cabinet politique.* » L'équipe s'étoffe au fil des ans, la géographie sociale dialoguant avec la sociologie, l'épidémiologie et les sciences politiques.

Un matin, Myriam De Spiegelaere n'arrive plus à se lever pour aller travailler. Le diagnostic crée la surprise : burn-out. « *J'avais l'impression d'aller bien, malgré un conflit interne qui m'épuisait. Du jour au lendemain, j'étais perdue, incapable de savoir ce que je devais faire.* » L'année qui suit est celle de la reconstruction. La quadragénaire prend un congé sabbatique et rejoint un atelier collectif pour se consacrer pleinement à la gravure qu'elle pratique depuis longtemps en dilettante. « *Jusqu'à là je menais deux vies parallèles, l'une en santé publique, l'autre artistique, avec le sentiment d'être écartelée entre les deux.* » En réalité, ce que les gens me reconnaissent dans la vie professionnelle, c'est surtout ma créativité. » Pendant cette période, elle renoue avec les missions humanitaires et part deux mois au Congo avec son mari. À son retour, sa décision est prise : elle quittera

l'Observatoire et assumera d'être à la fois professionnelle de santé publique et artiste. « *Je puise l'inspiration n'importe où. Lorsque j'observe les gens dans le tramway, ce sont toujours les visages les plus marqués qui m'interpellent. Quelle que soit l'activité que j'exerce, c'est l'humain qui me passionne* » (voir l'illustration page 13).

Taraudée en permanence par les inégalités sociales de santé, l'universitaire fraîchement nommée se réjouit d'encadrer les travaux de deux jeunes chercheurs. L'un est un ancien collègue de l'Observatoire qui explore l'impact des politiques de lutte contre la pauvreté. L'autre est guinéen et s'intéresse aux politiques autour de la période périnatale en région bruxelloise et à Montréal et à leur rôle dans la réduction des inégalités sociales de santé. Myriam De Spiegelaere projette de développer ensuite avec lui des recherches sur les inégalités de santé en Afrique. « *On pense que tout le monde est pauvre là-bas. C'est faux. Les inégalités sociales de santé existent sur ce continent aussi.* »

À l'évocation de son dernier séjour à Kinshasa, un voile d'émotion recouvre sa voix : « *J'ai eu l'impression d'une ville en dépression. La situation dans ce pays est désespérante malgré la grande capacité d'espoir et de mobilisation de sa population.* » Silence. « *J'ignore ce qu'il faut faire pour les aider. Mais je sais qu'il faut rester en lien, ne pas les abandonner.* »

Outils

Graines de Médiateurs II

Accompagner les enfants dans l'apprentissage de la gestion positive des conflits

Guide pratique pour toute personne qui désire accompagner un groupe d'enfants dans l'apprentissage de la gestion positive des conflits. Plus de 60 fiches d'activités.

Description de l'outil

Un manuel de 263 pages avec reliure à spirales, structuré en deux parties.

Partie A : Le programme (objectifs, mise en place, intégration dans le cadre scolaire)

Partie B : Les activités (vivre ensemble, comprendre, communiquer, agir, fiches reproductibles)

Concept

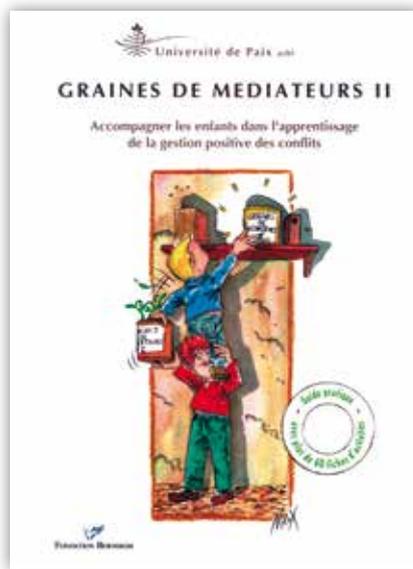
Ce livre est destiné à toute personne ayant en charge l'éducation d'enfants et de jeunes adolescents, ou étant tout simplement en relation avec eux, notamment dans les écoles, les centres et maisons de jeunes, les mouvements et organisations de jeunesse. Ce guide pratique contient des éclairages théoriques, plus de 60 fiches d'activités détaillées, plus de 50 fiches reproductibles, tableaux de compétences, mais aussi des propositions de séquences d'animation et une bibliographie commentée.

Objectifs

- Accompagner les enfants dans l'apprentissage de la prévention et de la gestion positive des conflits ;
- Mettre en place dans l'école, dans la classe, une dynamique de respect de chacun, d'éducation à la paix et à la citoyenneté afin, notamment, de permettre la pratique de la médiation. Plus spécifiquement
- Découvrir et développer des attitudes et des valeurs nécessaires à la gestion de conflits ;
- Développer la connaissance de soi et des autres ;
- Vivre la confiance et la coopération au sein d'un groupe ;
- Permettre à chacun de prendre sa place dans le groupe et respecter celle des autres ;
- Travailler l'écoute des langages verbal et non-verbal ;
- Améliorer la communication à l'intérieur du groupe-classe et favoriser l'expression des faits, des sentiments, des besoins ;
- Apprendre et s'approprier le processus de médiation par les pairs, c'est-à-dire être apte à intervenir comme médiateur dans un conflit entre d'autres personnes.

Conseils d'utilisation

La démarche s'articule autour de 4 rouages : vivre ensemble, comprendre, communiquer et agir. Comme dans un mécanisme complexe, la modification d'un seul engrenage a des répercussions sur tout le système dont il fait partie. Un premier rouage est le '**vivre-ensemble**' : par des activités de mise en situation, il est



question ici de créer du lien, d'apprendre à se connaître.

Le '**comprendre**', ensuite, consiste en un temps de réflexion sur les attitudes, perceptions et ressentis par rapport au conflit.

Le pôle '**communiquer**' exerce quant à lui l'écoute et l'expression.

Enfin, l'**'agir**' invite à passer à l'action, en tant que partie ou comme tiers intervenant.

Bon à savoir

Dans les années nonante, des formateurs de l'Université de Paix s'aventurent au Québec, afin d'y découvrir de nouvelles pédagogies. À leur retour, ils mettent en place plusieurs activités, les testent et les évaluent. En 2000, ils publient un premier livre : « **Graines de médiateurs** ». L'enrichissement issu de leur pratique de terrain leur permet ensuite, après dix autres années d'expérimentations, d'éditer eux-mêmes un second tome, manuel pratique.

Depuis son lancement, le programme concerne chaque année plus de 500 enfants de troisième et quatrième primaire, mais aussi leurs parents, leurs instituteurs et institutrices, ainsi que les directions.

Le projet « Graines de médiateurs » est soutenu par la Fondation Bernheim.

Où trouver l'outil

Chez l'éditeur : Université de Paix, Boulevard du Nord 4, 5000 Namur
Tél. : 081 55 41 40

Courriel : info@universitedepaix.be
Internet : www.universitedepaix.org
Les CLPS de Verviers, Mons-Soignies, du Hainaut Occidental, de la Province de Luxembourg, de Namur ainsi que l'Outilthèque Provinciale en promotion de la santé de Namur (081 77 67 99 - outiltheque.promotionsante@province.namur.be) peuvent vous prêter cet outil.

L'avis de PIPSa (www.pipsa.be)

La Cellule d'experts de PIPSa a accordé la mention 'coup de cœur' à cet outil en 2011.

Appréciation globale

L'outil propose une démarche pédagogique construite pour une utilisation scolaire mais applicable en dehors de ce cadre.

La progression est très cohérente, reliée aux socles de compétences de la Communauté française.

Les apprentissages successifs construisent peu à peu un référentiel commun de gestion des conflits. La médiation intervient au terme du programme, après avoir installé le 'vivre ensemble', la compréhension des composantes du conflit et la découverte des freins à la communication. La vitesse de progression dans le dispositif dépendra du bagage de langage des enfants.

L'adulte est partie prenante de la démarche éducative et cela est auto-formateur. Toutefois, un travail individuel sur ses représentations du conflit, ses attitudes par rapport au conflit et ses modes habituels de résolution de conflit semble nécessaire afin de faciliter l'entrée dans la démarche de médiation (voir les offres de formation du promoteur).

Modulable et ouvert sur d'autres possibles, l'outil permet d'envisager avec les participants un parcours de quelques semaines ou un programme sur 2 ans. L'outil représente un modèle du genre en terme de structuration du document, d'accessibilité au contenu (éléments théoriques et concrets) et de facilité d'emploi. Les mots utilisés sont explicités, cadrés dans une démarche éducative et d'apprentissage.

Le programme se focalise sur l'interdiction du comportement agressif extériorisé – repérable par tous. Cependant,

les violences 'douces' (conduites manipulatrices et humiliantes de certains adultes et enfants) restent peu identifiables et donc décodées puis travaillées en médiation.

Ce modèle de gestion du conflit investit principalement la sphère mentale, nécessitant de « métacommuniquer » sur les émotions, de les nommer, les analyser. Le contexte d'utilisation scolaire empêche l'expérimentation de la limite par le corps, telle qu'on la pratique par exemple dans les

arts martiaux, alors qu'elle convient mieux à certains enfants.

Objectifs

- Construire les capacités psychosociales utiles à la gestion des conflits
- Développer le vocabulaire émotionnel
- Apprendre à exprimer par la parole plutôt que par le passage à l'acte

Public cible

8-12 ans

Utilisation conseillée

Utilisation préventive uniquement. Dans les classes où des problèmes de violence répétées ou de harcèlement sont constatés, d'autres stratégies d'intervention devront être adoptées préalablement à la mise en place d'un tel programme. Penser à informer/intéresser les parents au programme en vue de renforcer la cohérence de la démarche éducative dans ces deux lieux de vie de l'enfant.

Documentation

Quelle place pour la promotion de la santé en milieu professionnel ?

Dominique Doumont, RESO-UCL

À la demande de l'asbl Question Santé, une revue de la littérature (dossier technique de synthèse) consacrée aux expériences et activités de promotion de la santé en milieu professionnel a été réalisée par l'UCL-RESO.

La première partie de ce travail propose quelques définitions de la promotion de la santé en milieu professionnel, la plupart ayant comme point commun la recherche d'un équilibre entre les actions visant les comportements individuels et celles visant les déterminants collectifs de ces comportements. Certains auteurs évoquent même un concept 'multidimensionnel', d'autres énoncent une approche écologique centrée sur les milieux de vie.

Améliorer l'environnement professionnel, favoriser la participation des travailleurs à l'ensemble du processus de promotion de la santé en milieu de travail, permettre aux individus d'opérer des choix sains mais aussi encourager le développement personnel et privilégier l'intersectorialité sont autant de stratégies à considérer dans une démarche de promotion de la santé en milieu professionnel.

De nombreux responsables d'entreprises ne s'y sont pas trompés et mettent en



Photo © Fotolia

place des initiatives en vue d'améliorer la santé et le bien-être de leur personnel (activité physique, comportements alimentaires, gestion du stress, sommeil, qualité de vie, etc.).

Citons par exemple en Belgique la campagne 'Move-Europe – Bien dans sa tête, bien au travail' relayée par Prevent, qui développe, entre autres, certains outils permettant de sensibiliser les entreprises à la promotion de la santé au travail. Le projet 'Nv Gezond' quant

à lui vise à promouvoir auprès des travailleurs des habitudes de vie saine, notamment par la pratique d'activités physiques sur le lieu de travail ou la mise en place de groupes de travail sur l'alimentation saine en entreprise. Notons encore le projet 'Bien dans sa peau chez Mobistar' qui repose sur quatre thèmes : lutte contre le tabagisme, promotion d'une alimentation équilibrée, lutte contre le stress, ergonomie.

Ces programmes témoignent de l'intérêt porté par le milieu professionnel à l'implantation d'activités de promotion de la santé sur le lieu du travail. Ces projets font d'ailleurs l'objet d'une description dans la seconde partie du dossier technique tout comme d'autres initiatives européennes et/ou anglo-saxonnes comme par exemple 'The Healthier work at Brabantia' (Pays-Bas), 'Preventing Obesity without eating like a rabbit' (Australie), etc. Enfin, la dernière partie du dossier est consacrée aux recommandations et

conclusions qui soulignent notamment toute l'importance d'informer et de sensibiliser tant les employeurs que les employés à la nécessité d'intégrer des mesures de promotion de la santé en milieu du travail et d'adopter des comportements les plus sains possibles en vue d'améliorer la santé et le bien-être des individus en milieu professionnel.

Des recommandations 'communes' se dégagent et ce quelle que soit la thématique investiguée, qu'il s'agisse d'un programme santé visant l'adoption de comportements sains en général (pratique d'activités physiques, prévention du tabagisme, gestion du stress, etc.) ou d'un programme centré sur une seule de ces thématiques.

Doumont D., Hoyois Ch., Taeymans B., *Quelle place pour la promotion de la santé en milieu professionnel ? Série de dossiers techniques, Réf. : 12-66, Juillet 2012, 41 pages. Disponible au RESOdoc-UCL, École de Santé publique, Clos Chapelle-aux-Champs, 30 bte 30.14 – 1200 Bruxelles, 02 764 32 82, ou sur www.uclouvain.be/425952.html.*

Vu pour vous **Cinomade** ou l'éducation pour la santé et par le cinéma

Carole Feulien

Cinomade, comme son nom l'indique, est à la fois un moyen de communication, le cinéma et une grande mobilité dans l'action sur le terrain. C'est une équipe qui sillonne les pays africains pour sensibiliser les populations à diverses problématiques de santé publique, aux droits humains et à l'environnement. Sa force : elle va chercher la population là où elle se trouve, plante son écran géant, projette un film et ouvre le débat.

Cinomade est une association française, basée à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso, dont l'objectif est la création et la diffusion d'outils de sensibilisation. Elle réalise, diffuse et distribue des films documentaires, de fiction ou d'animation, des clips vidéos... sur des thématiques telles que le VIH/Sida, les médicaments de la rue, l'intégration des personnes handicapées, la planification familiale, l'appauvrissement des sols, etc.

Ses films sont utilisés dans ses propres programmes de sensibilisation interactive, notamment lors des séances de « Cinéma-Débat Interactif » (voir plus loin dans cet article). D'autres outils sont également développés comme des affiches, des bandes dessinées, des photographies, des spots et émissions radiophoniques et des guides d'animation, afin de compléter l'offre cinématographique.

L'unité de gestion de projets est composée d'une trentaine de personnes : coordinateurs de volets, cellule



Photo © Cinomade

administrative, responsables de volets, techniciens audiovisuels et animateurs. La plupart des activités sont menées en Afrique (Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Mali, Mauritanie, Sénégal, Congo, Tchad, Gabon et Togo), mais aussi en France auprès de populations immigrées d'origines africaines.

La production d'outils de sensibilisation

Cinomade possède à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) une unité de tournage, un

studio de montage et un studio son. Des **films documentaires** ou **d'animation** et des **clips musicaux** y sont réalisés, produits, distribués et dupliqués, en français ou en langues locales, doublés et sous-titrés. Des **guides d'animation** sont aussi créés pour les accompagner afin d'optimiser leur utilisation. Quelques exemples témoignent de la variété des thématiques abordées dans les productions de *Cinomade* :

« Agathe et Zak, la capote de A à Z », film d'animation de 5 minutes, réalisé par **Daphné Serelle** et **Justin Zerbo**. Accessible à tous les âges, doublé en 5 langues et existant aussi en version sourds-muets, ce court métrage vise une sensibilisation aux IST et au VIH/Sida. Dans une ambiance décontractée, suivez Agathe et Zak dans une chambre, pour savoir comment utiliser correctement le préservatif masculin...
« Tiim » : les témoignages francs et ouverts de vendeurs et consommateurs mettent en évidence la complexité de la

problématique des médicaments de la rue au Burkina. Les motivations, les croyances et les interrogations des uns et des autres nous éclairent sur les techniques de vente et le succès des marchands ambulants. « Ti-tiimou, nos sols » : le Burkina Faso, comme de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest, constate que ses ressources naturelles s'appauvrissent. Sécheresse, sédentarisation des populations, exploitation intensive du coton, utilisation d'engrais chimiques et de pesticides sont autant de facteurs expliquant ce phénomène. Ce film offre une approche originale qui privilégie le témoignage sur les réalités du terrain. L'objectif est de s'adresser avant tout aux populations rurales et de susciter le débat autour du devenir des sols.

« Bènè, la production du sésame au Burkina Faso » : outil pédagogique permettant d'appuyer les acteurs de la filière du sésame, ainsi que les projets de développement rural.

« Den Ko, parlons d'enfants »¹ (et son guide d'animation) : le Burkina est en pleine explosion démographique. Entre convictions ethniques, croyances religieuses, statuts et conditions sociales, des femmes et des hommes s'expriment sur l'importance d'avoir des enfants, le choix de leur nombre, le rôle de l'homme dans la planification familiale...

« Jeunessida, les jeunes parlent du VIH/Sida » : ce documentaire conçu pour et par les jeunes s'appuie sur leurs points de vue, leurs inquiétudes et leurs espoirs concernant le VIH/Sida.

La série « Le micro à ta portée » : des centaines d'heures de micro-trottoirs qui ont servi à la réalisation de 6 films sur le thème du VIH/Sida (rapports homme/femme, stigmatisation des personnes porteuses du VIH, utilisation du préservatif...).

« Blanc & Noir : crimes de couleur » : documentaire abordant l'albinisme.

Pour en savoir davantage, demandez à recevoir le catalogue des films de Cinomade. Internet : www.cinomade.org.

Cinomade réalise également des **émissions radiophoniques** sur le thème du VIH/Sida (épisodes disponibles en CD ou en

ligne sur le site www.cinomade.org). Il s'agit d'émissions enregistrées lors des séances de sensibilisation menées dans les quartiers et les établissements scolaires. Enfin, *Cinomade* a conçu deux **plaquettes de sensibilisation** au port du préservatif masculin et féminin, sous forme de bande dessinée. Ces plaquettes sont distribuées massivement aux acteurs de la sensibilisation au VIH/Sida, aux formations sanitaires, aux associations, aux écoles, etc.

La diffusion de films de sensibilisation

Cet important travail s'inscrit dans quatre directions : Cinéma-Débat Itinérant, quartiers, jeunes, entreprises.

Volet Cinéma-Débat Itinérant

Il s'agit de séances de « Cinéma-Débat Interactif », en milieu urbain, sur écran géant et en plein air (voir plus loin la partie formation). Depuis 2010, ce volet donne la priorité aux zones frontalières du Burkina Faso, ainsi qu'aux sites traditionnels d'extraction de l'or, zones considérées à risque, pour ses séances de sensibilisation au VIH/Sida.

L'objectif est de sensibiliser les populations avec un outil permettant une prise de conscience pour un changement de comportement. Parmi les résultats attendus : une amélioration du dialogue homme/femme, une augmentation du nombre de tests de dépistage, une augmentation du port du préservatif et une diminution de la stigmatisation des personnes atteintes du VIH/Sida.

Ce volet a fait l'objet de deux études socio-anthropologiques qui ont montré l'intérêt de l'outil et ont permis de l'améliorer. Depuis, des ajustements ont régulièrement lieu.

Le volet Cinéma-Débat Itinérant de *Cinomade* a déjà mené 600 séances de sensibilisation interactive au VIH/Sida et ce sont environ 170 000 personnes qui ont été directement touchées !

Volet Quartiers

Cinomade organise des séances de sensibilisation interactives dans les quartiers centraux et périphériques des grandes villes, dans la rue, sur un téléviseur (avec son amplifié), généralement à côté

des cabarets (lieux de consommation de la bière de mil) et des vidéoclubs (mini-cinéma populaires de proximité). En 2009, une émission radiophonique montée à partir des débats menés lors des animations réalisées dans les quartiers a été diffusée sur 4 radios burkinabè. Jusqu'à aujourd'hui, 900 soirées ont été organisées et 100 000 personnes ont été touchées par ce type d'animation.

Volet Jeunes

Il s'agit de séances de sensibilisation interactives sur téléviseur, dans les établissements scolaires et les centres de formation.

Sept cent séances ont déjà eu lieu depuis leur création.

Volet Entreprises

Des ateliers de sensibilisation interactive sur petit écran sont organisés en entreprises, et sont suivis de formation d'interacteurs au sein même de l'entreprise (voir ci-dessous). Par exemple, *Cinomade* propose des ateliers de sensibilisation dans le cadre de la prévention des accidents. Des interacteurs sont alors formés pour effectuer les visites de sécurité et encourager chacun à adopter un comportement à moindre risque. Il est à noter que les films *Cinomade* sont aussi distribués à de nombreux organismes pour une utilisation sur le terrain. Ils sont diffusés sur les réseaux TV en Afrique et en Europe, sélectionnés lors de festivals de films internationaux, projetés lors de forums, utilisés comme support à la recherche socio-anthropologique et servent dans le cadre de l'enseignement universitaire.

La formation

Pour pérenniser son action, *Cinomade* a élaboré une approche communautaire novatrice pour maintenir le débat et rendre disponible l'information à toute la population. Cette méthode consiste à former des *interacteurs*, c'est-à-dire des personnes reconnues pour leur dynamisme et leur aptitude à la communication, issues de chaque site et choisies par leur communauté.

Ces personnes reçoivent une formation

leur permettant d'intégrer les informations essentielles sur le thème abordé et de savoir les utiliser de manière active dans le cadre de discussions courantes de la vie quotidienne.

Ces personnes sont ensuite présentées à leur communauté dans leur rôle d'interacteurs, lors d'une animation *Cinomade*. Ainsi, elles deviennent référentes pour soulever ou éclaircir divers aspects liés à la thématique et délivrer la bonne information dans le cercle familial, amical et autres relations de proximité. Dans le cadre de la lutte contre le VIH/Sida par exemple, elles sont chargées d'orienter la population vers les centres de dépistage et les structures de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida ainsi que de promouvoir le port du préservatif. C'est ainsi que se crée un réseau de personnes ressources utiles aux diverses activités de *Cinomade* : elles sont pas moins de 1200 actuellement. Elles peuvent en effet servir de relais et permettent le renforcement des contacts avec les populations locales.

Formation à la méthode « Cinéma-Débat Interactif »

Cinomade forme d'autres structures de sensibilisation à utiliser sa méthode de Cinéma-Débat Interactif dans leurs domaines respectifs, comme ce fut le cas en 2011 avec la formation de 10 associations burkinabè sur la thématique de la planification familiale.

Au fil de son expérience, l'association a développé sa propre méthode d'intervention, le « Cinéma-Débat Interactif ». L'écran se transforme en miroir, le spectateur en acteur. Le débat ainsi lancé a pour but de susciter une prise de conscience et de contribuer à changer les comportements.

Le Cinéma-Débat Interactif, ce sont :

- des micro-trottoirs réalisés et projetés le soir même à la population (séquences interactives) ;
- des projections, sur petit ou grand écran, de films qui reflètent la problématique abordée en mettant en avant les comportements au travers de témoignages, d'interviews ou de mises en scènes ;
- un débat s'appuyant sur les films et les

séquences interactives. Le micro est à la portée de tous. Chacun peut s'exprimer librement.

La sensibilisation se fait toujours en langue locale, de manière à toucher le plus grand nombre de gens. Les équipes de *Cinomade* se déplacent là où personne ne va, dans les quartiers ou les régions reculées où l'information n'est jamais diffusée. Les animations sont toujours préparées avec la population concernée. Les rencontres avec les responsables administratifs, le corps médical, la société civile etc. sont aussi l'occasion de s'informer des us et coutumes locales. C'est pour *Cinomade* une étape fondamentale dans l'organisation des séances. Elle permet une promotion efficace et une participation active. En début de programme, un recyclage des animateurs *Cinomade* a également lieu pour consolider les acquis. En cours de programme, après une série d'animations, l'équipe se réunit à nouveau pour discuter des difficultés rencontrées et des améliorations à apporter. Enfin, un suivi-évaluation est effectué systématiquement.

Les soirées de Ciné-Débat Interactif rassemblent toute la population : jeunes, vieux, femmes, enfants... Tous se hâtent

« Allo allo cinéma cadeau. Cinéma contre sida »

Patrice Raynal et David Foucher ont réalisé un intéressant documentaire de 51' au Burkina Faso. Ils y présentent l'association *Cinomade* sillonnant le pays pour sensibiliser les populations à la problématique du sida grâce au cinéma. L'éducation par le cinéma, un outil à découvrir absolument au travers de cette vidéo témoin pour le moins dépaysante. DVD en vente au prix de 20 euros pour un usage privé ou 150 euros pour une diffusion publique. Pour toute demande : tmf@tournemontefilms.fr ou par téléphone au (+33)(0)9 52 27 89 05. Association Tourné Monté Films, 32 rue du Prêche, 33130 Bègles (France). Internet : www.tournemontefilms.fr.

de se rendre à cet événement festif et populaire. Il est attendu et préparé au sein de la communauté. Ces soirées marquent longtemps les esprits et leur impact est très fort. Il l'est encore davantage grâce aux interacteurs formés qui, mois après mois, poursuivent la sensibilisation et pérennisent l'action de *Cinomade*. Cette méthode pour le moins novatrice semble porter ses fruits puisque ce sont plus d'un million et demi de personnes qui ont déjà été directement touchées par les activités de *Cinomade*. À épinglez : *Cinomade* propose des formations à cette méthode, adaptables en fonction des objectifs de la structure.

Quoi de neuf en 2013 ?

Cinomade mène actuellement un projet de cinéma africain itinérant « Ciné à ciel ouvert ». Il s'agit d'un cinéma en plein air, gratuit et populaire, qui se déplace là où se trouve le public. Il propose des projections de films ou documentaires africains (en français et en langues locales) sur écran géant dans les quartiers populaires des grandes villes, afin d'offrir à tous un accès aux loisirs et à la culture, alors même que de plus en plus de salles de cinéma ferment leurs portes en Afrique de l'Ouest. Les réalisateurs des films sont invités à discuter avec le public. Une large promotion a été mise en œuvre pour faire connaître l'événement.

De janvier à juin 2013, le volet « Adultes en devenir » sensibilise la population sur la stigmatisation VIH/Sida dans les Grandes Écoles, Universités et centres de formation de la ville de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). À l'issue de ces animations, une émission radiophonique intitulée « Ya pas palabre » est montée et diffusée sur quatre radios locales.

Cinomade, BP 415 Bobo-Dioulasso – Burkina Faso ou en France, 100 rue Molière, 94200 Ivry/Seine. Tél. : (+226) 20 97 74 35 (Burkina) ou (+33) (0)1 46 71 30 68 (France), info@cinomade.org. Surfez vite sur www.cinomade.org, vous y trouverez toutes ses actions, son actualité, ses films, etc. (films disponibles à l'achat en DVD). Retrouvez aussi *Cinomade* sur Facebook : <http://www.facebook.com/Cinomade>.



Sommaire

Édito

- 2 Une rubrique people dans Éducation Santé !, par *Christian De Bock*

Initiatives

- 2 Inégalités sociales de santé, ce qui se mesure s'améliore, par *Pascale Dupuis*
- 5 Un check-up du système de santé belge, par le *KCE*, l'*INAMI* et l'*ISP*

Réflexions

- 7 Spiritualité et santé : plus l'incertitude de l'avenir est grande... par *Éric Le Grand*

Locale

- 9 L'Observatoire de la Santé du Hainaut, une expérience provinciale, par le *D^r Luc Berghmans*

Portrait

- 12 Myriam De Spiegelare : voir le verre à moitié plein, par *Anne Le Pennec*

Outils

- 14 Graine de Médiateurs II

Documentation

- 16 Quelle place pour la promotion de la santé en milieu professionnel ? par *Dominique Doumont*

Vu pour vous

- 17 Cinomade, ou l'éducation pour la santé et par le cinéma, par *Carole Feulien*

Mensuel (11 numéros par an, ne paraît pas en août).

Abonnement : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

Réalisation et diffusion : Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

Ont collaboré à ce numéro : Luc Berghmans, Dominique Doumont, Pascale Dupuis, Carole Feulien, l'INAMI, l'ISP, le KCE, Éric Le Grand, Anne Le Pennec

Rédacteur en chef, secrétaire de rédaction : Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

Relectures : Danielle Beeldens, Carole Feulien.

Recherches iconographiques : Danielle Beeldens.

Site internet : Jacques Henkinbrant (design), Christian De Bock (animation).

Réseaux sociaux : Carole Feulien (carole.feulien@yahoo.fr).

Contact abonnés : Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Martin de Duve, Damien Favresse, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Vladimir Martens, Marie-Noëlle Paris, Marianne Prévost, Karin Rondia, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Carole Feulien, Jacques Henkinbrant, Julien Nève, Tatiana Pereira, Thierry Poucet.

Éditeur responsable : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 2 100 exemplaires.

Diffusion : 2 000 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par *Éducation Santé* n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction.

La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans *Éducation Santé* peuvent être reproduits après accord préalable de l'auteur et de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires :

Éducation Santé, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél. : 02 246 48 51. Fax : 02 246 49 88 (indiquer ANMC-Éducation Santé comme destinataire).

Internet : www.educationsante.be.

Courriel : education.sante@mc.be.

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse : www.pipsa.org

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – www.arsc.be

Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site est **certifié HON**

(Health on the Net – 06/2011).

Notre site adhère à la plate-forme

www.promosante.net.

Éducation Santé



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

La Fédération Wallonie-
Bruxelles finance cette revue



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.



L'accès à la santé pour tous

La Mutualité Socialiste



Imprimé sur papier
blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

