

# ÉDUCATION SANTÉ

MAI 2018  
344

## *Le nouveau dispositif de promotion de la santé à Bruxelles*

UN MENSUEL AU SERVICE  
DES INTERVENANTS FRANCOPHONES  
EN PROMOTION DE LA SANTÉ DEPUIS 1978

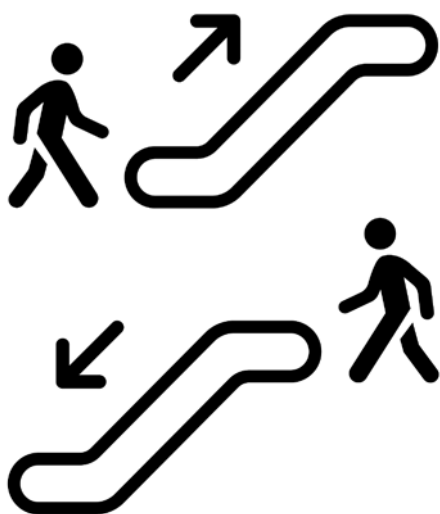
[www.educationsante.be](http://www.educationsante.be)

# RÉFLEXIONS

## Inégalités sociales et santé, quel rôle pour les politiques publiques ?

Juliette Vanderveken

Les politiques publiques ont-elles un rôle à jouer pour lutter contre les inégalités sociales et favoriser la santé ? Oui... Mais lequel ? C'est sur cette question que se sont penchés Marie-France Raynault, chercheuse pour le Centre Léa-Roback<sup>1</sup>, et Pierre Chauvin, directeur de recherche à l'INSERM<sup>2</sup>, lors de la conférence inaugurale du certificat « Santé et Précarité »<sup>3</sup>. En route vers la santé dans toutes les politiques, en appliquant le principe d'universalisme proportionné.



En bref, les inégalités sociales de santé (ISS) peuvent être définies comme les disparités de santé entre des groupes sociaux. Leur grande particularité est qu'elles sont systématiques et évitables. On voit donc se dessiner la réponse à notre question « quel rôle pour les politiques publiques ? »

### ISS : des conséquences en cascade

Au cours de sa présentation, Marie-France Raynault est revenue sur un modèle en « escalateurs inversés » (l'un montant, l'autre descendant) pour illustrer l'écart qui se creuse du plus pauvre au plus riche et ce, davantage à chaque étape de vie.

Les inégalités existent déjà à la naissance. Parmi les plus pauvres, il y aura davantage de naissances prématurées, de bébés ayant un faible poids, ou même de retards de croissance intra-utérine. L'écart se creuse davantage en regard de la maturité scolaire (la maturité affective, le développement cognitif et langagier, les compétences sociales requises, etc.). Cela peut avoir une influence sur le décrochage scolaire. Par exemple, une étude<sup>5</sup> sur le décrochage scolaire à Montréal a mis en évidence le terrible constat qu'un enfant sur deux n'ayant pas acquis une maturité affective suffisante en commençant l'école,

se retrouvera en situation de décrochage scolaire. Par la suite, le décrochage scolaire renforce une situation d'exclusion et peut entraîner des problèmes d'adaptation sociale, ce qui aura un impact sur l'insertion professionnelle, sur le niveau de revenu, sur le milieu de vie (la salubrité des logements, la mobilité, etc.), lesquels ont des répercussions sur l'état de santé général (les habitudes de vie, la perception subjective de sa santé, le taux de personnes souffrant de maladies chroniques ou de problèmes de santé mentale). Et finalement, toute cette cascade de causes à effets influence l'espérance de vie.

### L'importance des politiques publiques

Quelle stratégie mettre en place pour réduire les effets de la pauvreté sur la santé ? En regard du modèle simple et parlant de R. Smith<sup>6</sup>, on peut décider d'agir à différents échelons : agir sur le statut socio-économique des personnes pour réduire la pauvreté ; améliorer les déterminants de la santé ; réduire l'appauvrissement dû à la maladie ; ou encore, offrir des services supplémentaires aux démunis. Plus on agit en amont, plus on agit sur les causes structurelles des inégalités et des problèmes de santé.

Dans la continuité des *politiques favorables à la santé* avancée dans la Charte d'Ottawa (1986), la stratégie intersectorielle proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) met en avant *l'intégration de la santé dans toutes les politiques* (déclaration d'Adélaïde, 2010). À cette occasion, l'agence a réaffirmé encore une fois que « les déterminants de la santé et du bien-être sont extérieurs au secteur de la santé et sont d'ordre social et économique<sup>4</sup> ». Les politiques publiques, quel que soit le secteur d'activité, ont un rôle à jouer car elles influencent les déterminants de la santé. Mais encore faut-il considérer les inégalités sociales (de santé) et en faire une priorité.

1. Le Centre Léa-Roback est un centre de recherche sur les inégalités sociales de santé de Montréal : <http://www.centrelroback.org/>

2. L'INSERM est l'institut national de la santé et de la recherche médicale en France : <https://www.inserm.fr/>

3. Le Certificat en Santé et Précarité est un certificat interfacultaire organisé conjointement par l'Université Libre de Bruxelles (ULB) et Médecins du Monde-Dokters van de Wereld. Pour plus d'informations : <https://santeprekarite.sciencesconf.org/>

4. Organisation Mondiale de la Santé, « Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques », Gouvernement d'Australie-Méridionale, Adélaïde, 2010

5. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, « Le décrochage scolaire chez les jeunes du secondaire du réseau public à Montréal »

6. Smith R., "Countering child poverty", British Medical Journal (322): 1137-1138, 2001



Photo © Fotolia

veut pas laisser libre cours aux économies et marchés du travail variés.

**« Pourquoi parler politique aux soignants ? Pour évoluer d'une perspective de 'clientèle vulnérable', qui est un trait interne aux personnes, à celle d'une société qui précarise ! La précarité est une résultante d'un système qui se met en place »**

Pourtant, la stratégie la plus répandue est de proposer des soins complémentaires aux personnes précarisées, une fois les problèmes de santé installés. Même si cette stratégie s'avère la moins efficace, il ne faudrait pas pour autant en déduire de manière simpliste qu'elle n'est pas nécessaire. Mais elle ne résout rien à elle seule. L'intervention de l'État est indispensable pour réguler la distribution des richesses entre et au sein des populations, si on ne

Investir davantage dans des politiques sociales a un impact en matière de santé publique. Par exemple, une étude<sup>7</sup> réalisée au Canada démontre qu'une augmentation de 1 % du budget de l'État dans les programmes sociaux (autres que la santé) est associée à une diminution de 0,1 % de la mortalité et à une augmentation de 0,01 % de l'espérance de vie. Dans le même sens, le Pr Olle Lundberg se penche sur la mortalité infantile : le taux de celle-ci diminue lorsque davantage de moyens sont investis dans des politiques de soutien aux familles

dont les deux parents doivent travailler pour supporter les charges du ménage. *A contrario*, mettre davantage de moyens dans des politiques qui soutiennent un modèle familial (plus « traditionnel », selon l'étude) où l'un des conjoints supporte les frais du ménage tandis que l'autre reste à domicile pour s'occuper des enfants n'entraîne pas une diminution du taux de mortalité infantile.

## Comment faire du plaidoyer pour des politiques publiques qui combattent les ISS ?

Pour appuyer ces choix politiques, il est essentiel de fournir des études empiriques : analyses comparatives, recherches en épidémiologie étiologique, évaluations d'impact... À la question « comment faire du plaidoyer pour des politiques publiques qui réduisent les ISS ? », Pierre Chauvin et Marie-France Raynault nous donnent ces précieux conseils :

- donner des indicateurs locaux, faire des analyses les plus locales possible pour refléter la situation de la population (au moyen de cartes par quartiers ou territoires, par exemple)... et de manière continue;
- analyser politique par politique, mesure

## Plaidoyer pour des outils de réduction des ISS : les services de garde d'enfants

Marie-France Raynault illustre son propos avec les services de garde d'enfants et le cas des mères de famille monoparentale. Celles-ci font partie d'un groupe particulièrement vulnérable face aux ISS. Toutefois, pour les soutenir, de nombreuses politiques publiques peuvent être mises en œuvre :

- des politiques de soutien au revenu comme les allocations familiales, les congés parentaux, le crédit d'impôt pour l'enfant, etc. ;
- des politiques d'éducation : mise en place

de services de garde, des formations accessibles ;

- des politiques de logement, de santé...

Marie-France Raynault s'attache à démontrer que les services de garde d'enfants représentent « un instrument puissant de réduction des ISS » et qu'il est fondamental pour les politiques d'investir dans la petite enfance en regard de la cascade des déterminants que nous évoquions plus haut. Les raisons sont multiples. Nous en citons quelques-unes :

- amélioration du développement du cerveau de l'enfant<sup>8</sup> ;
- amélioration de la maturité scolaire et des performances académiques (d'après les statistiques du Québec) ;
- effet modérateur pour les enfants des mères souffrant de dépression<sup>9</sup> ;
- économiquement parlant, le « retour sur investissement » est bien meilleur<sup>10</sup> ;

La conférencière précise en outre que l'utilisation de ces services est moindre selon le niveau d'éducation maternelle.

7 Dutton DJ., Forest PG., Kneebone RD., Zwicker JD., "Effect of provincial spending on social services and health care and health outcomes in Canada: an observational longitudinal study", Canadian Medical Association Journal, Vol. 190 (3), 2018

8 National Scientific Council on the Developing Child, "The Science of Early Childhood Development", Harvard University, 2007

9 Côté SM., Mongeau C., Japel C., Xu Q., Séguin, JR. & Tremblay RE. "Child care quality and cognitive development: Trajectories leading to better preacademic skills", Child Development, 84(2), 752-766, 2013

10 Heckman JJ., et al, "Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children", Science 312, 1900, 2006

par mesure, et aller s'adresser aux décideurs avec des demandes concrètes et précises ;

- penser des actions d'*outreaching*<sup>11</sup> pour atteindre les personnes précarisées ou qu'on n'arrive pas à atteindre. « Si on prend le cas du dépistage, par exemple, cela ne sert à rien de remettre une couche vers la population en général ou via les médias généralistes. Cela risque même de creuser encore plus les inégalités. » (Pierre Chauvin). Il faudrait plutôt se concentrer sur les publics qui ne vont pas se faire dépister.
- porter une attention particulière aux politiques qui favorisent la littératie en santé,

outil incontournable de lutte contre la précarité.

**« En santé publique, il faut sortir d'une vision biomédicale et apprendre à discuter politique et économie si on veut aussi parler de santé ! »**  
(Marie-France Raynault)

Plusieurs idées peuvent être injectées dans les politiques de santé pour lutter

contre les ISS telles qu'appliquer un *universalisme proportionné*<sup>12</sup>. Cela requiert par exemple de penser des actions d'*outreaching* et de proximité, d'implanter des médiateurs en santé ou des navigateurs de patients qui guideraient ceux-ci dans le système de soins, etc. Pierre Chauvin insiste également sur l'assurance maladie et « les restes à charge » qui pèsent leur poids dans les ISS. Mais surtout, rappellent les deux intervenants, nous avons besoin de la santé dans toutes les politiques. « En France, ce slogan fait de plus en plus parler de lui. À force d'en parler, on va bien finir par passer à l'action... » (Pierre Chauvin).

<sup>11</sup> Ce mot provient du mot « outreach » en anglais, qui signifie « dépasser, atteindre hors de ». L'idée est d'aller à la rencontre des personnes qui ont un accès plus difficile à un service, un droit, etc. afin d'arriver à les atteindre. Cela requiert de sortir de sa démarche habituelle et de modifier son approche de manière spécifique.

<sup>12</sup> « L'universalisme proportionné met en place des actions universelles avec un objectif de « santé pour tous », avec une intensité proportionnelle aux besoins et aux obstacles auxquels se heurtent certains groupes. [...] Le but est de rendre les actions plus accessibles aux personnes qui en ont le plus besoin. [...] Le concept de mesures universelles proportionnées semble résoudre le dilemme entre cibler une population dans le besoin ou développer une action qui profite à tous, même aux plus favorisés. » Retrouvez la fiche complète élaborée par le réseau français des Villes-Santé : [http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/brochure\\_PVS13\\_universalisme-proportionne\\_juin2017.pdf](http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/brochure_PVS13_universalisme-proportionne_juin2017.pdf)

## INITIATIVES

# Activité physique : une alliée thérapeutique puissante contre le cancer

Colette Barbier

Il est aujourd'hui acquis, étudé à l'appui, que l'activité physique, non seulement réduit le risque de cancer, mais diminue également les effets secondaires des traitements contre le cancer dont les mieux connus sont la fatigue et la douleur. Ce n'est pas tout : faire bouger le corps améliore la survie des patients en réduisant les risques de récurrence ou l'apparition d'un nouveau cancer. Aussi, les centres de soins ont-ils désormais le devoir et la responsabilité d'encourager tous les patients qui le peuvent à pratiquer de l'exercice physique adapté à leur état.

La chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie, plus récemment l'immunothérapie ou encore les thérapies ciblées... ne cessent de gagner du terrain dans la dure lutte contre le cancer. Malheureusement, leur efficacité est souvent assortie d'effets secondaires très lourds pour les patients. « Au cours des dix dernières années, la fatigue est devenue la principale plainte des patients en cours de traitement contre un cancer », témoigne le docteur Didier Vander Steichel, directeur de la Fondation contre le cancer. Les patients se plaignent d'une sensation d'épuisement permanente,

qui s'imisce dans leur vie quotidienne et ne disparaît pas avec le repos. Cette fatigue importante s'accompagne souvent de dépression, d'anxiété, et donc d'une qualité de vie fortement réduite.

Le physique trinque également beaucoup avec des articulations moins souples, une diminution de la force musculaire et de l'endurance, une coordination de moins bonne qualité, des limitations cognitives, un sentiment de malaise général, une sensibilité accrue à la douleur...

### Un remède à portée de main

Depuis le début des années 2000, un nombre croissant d'études montrent que l'activité physique améliore la qualité de vie des patients en cours de chimiothérapie et de radiothérapie. « Paradoxalement, la meilleure manière de combattre la fatigue, ce n'est pas de prêcher toujours plus de repos, mais bien d'encourager les patients à faire de l'activité physique adaptée à leurs capacités tout en s'octroyant de brèves périodes de repos si nécessaire, affirme Didier Vander Steichel.

*L'excès de repos et le manque d'exercice physique induisent un cercle vicieux qui entraîne une diminution de la condition physique, une fonte musculaire, donc un affaiblissement supplémentaire et une fatigue constante face aux gestes de la vie quotidienne. C'est pourquoi, la première raison de recommander aux patients en cancérologie de pratiquer une activité physique adaptée, c'est justement pour lutter contre la fatigue ! »*

Par effet boule de neige, l'activité physique apporte d'autres bienfaits dans le domaine psychique des patients. *« Elle diminue l'anxiété, la dépression, améliore le sommeil et l'image corporelle... autant d'éléments qui accroissent le bien-être. »*

## Effet salvateur

Des études vont encore plus loin et montrent que l'activité physique, pendant et après le traitement contre le cancer, diminue les risques de récurrences ou l'apparition de nouveaux cancers. *« Cela a surtout été démontré face au cancer du sein, le plus fréquent chez la femme, précise Didier Vander Steichel. Les bénéfices de l'exercice physique comme adjuvant aux traitements sont également apparus face au cancer colorectal et, dans une moindre mesure, au cancer de la prostate. »*

## Modifications hormonales

Il a été démontré que l'activité physique régulière modifie certains systèmes hormonaux. Ainsi, une étude danoise a relevé un lien clair entre les niveaux d'adrénaline dans le sang, la croissance et la survie des cellules cancéreuses. Menée auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein, cette étude a permis de constater qu'après une activité physique, intense à modérée de deux heures, les cellules tumorales peinaient à survivre.

## Raviva, à fond contre le cancer

De nombreux patients, plus encore lorsqu'ils sont âgés, ignorent les bénéfices de l'exercice physique. Ils voient trop souvent leur âge, leurs antécédents médicaux



Photo © Fotolia

et leur condition physique comme autant d'obstacles à la pratique d'une activité physique. Il est vrai que les clubs sportifs traditionnels ne proposent pas de programme sur mesure pour les personnes atteintes d'un cancer. Voilà pourquoi la Fondation contre le cancer a créé, il y a dix ans, le programme de revalidation Raviva en se basant sur l'avis d'un groupe d'experts en cancérologie, médecine sportive et réhabilitation.

*« L'activité physique doit au moins être modérée et bien sûr adaptée aux capacités individuelles des patients, souligne le directeur de la Fondation contre le cancer. Il ne s'agit pas ici de prévention primaire, mais bien d'accompagnement des patients pendant et après leur traitement par l'activité physique. En premier lieu, le programme vise à avoir un effet positif sur la qualité de vie des patients et donc à les aider à combattre la fatigue. »*

Outre le fait que l'aspect physique permet de regagner un peu d'énergie durant

une période difficile, l'aspect psychologique de Raviva est également crucial. Les programmes sont faits sur mesure, ce qui garantit aux participants de pouvoir les suivre. Cela les rassure et leur donne confiance. Autre avantage : les participants peuvent faire connaissance et échanger leurs expériences.

## Participation gratuite sur tout le territoire belge

Marche nordique, Tai Chi, Qi Gong, yoga, fitness, gymnastique, aquagym... Chaque patient peut trouver les exercices qui lui conviennent. Le programme, entièrement financé par la Fondation contre le cancer, est gratuit pour les patients. Un certificat médical est bien sûr nécessaire. *« Il existe des contre-indications à l'exercice physique pour certains cancers, explique Didier Vander Steichel. Par exemple, certains traitements peuvent entraîner une toxicité cardiaque dont il faut évidemment tenir compte. Les métastases osseuses sont une autre contre-indication car elles sont associées à un risque de fracture. »*

Les patients sont invités à choisir, dans leur région, une ou deux activités physiques organisées par la Fondation. Donnés à des groupes d'une dizaine de patients, les exercices sont encadrés par des moniteurs formés par la Fondation contre le Cancer. Ceux-ci tiennent compte des recommandations des médecins et adaptent leur programme en fonction des participants. Une centaine de groupes sont répartis sur le territoire belge. Le programme Raviva est accessible pendant un an après la fin des traitements.

## Responsabiliser les centres de soins

À l'heure actuelle, le programme Raviva accompagne environ 1 400 personnes par an. *« Cela nous semble beaucoup trop peu, déplore le Dr Vander Steichel. Nous pensons que ce nombre n'augmente pas parce que le renvoi des patients vers des programmes d'oncorevalidation, ou d'activité physique, ne se fait pas systématiquement au départ des lieux de soins. En*

*clinique du sein, par exemple, avec les évidences scientifiques que nous avons actuellement pour le cancer du sein, l'oncorevalidation devrait faire partie intégrante du trajet de soins d'une patiente. C'est heureusement le cas dans certains centres, mais ils font figure d'exceptions. Or, nous souhaitons que cela devienne la règle et pas l'exception. »*

C'est pourquoi la Fondation a décidé de changer la manière d'organiser le programme Raviva, à partir de 2019. « Afin de responsabiliser davantage les centres de traitement, nous allons désormais leur lancer des appels à des projets d'activités physiques. Les projets seront ensuite sélectionnés par un jury indépendant et financés par la Fondation. »

On le voit, à côté d'une alimentation saine, le maintien d'une activité physique régulière pour l'ensemble de la population reste plus que jamais un objectif prioritaire de santé publique.

Pour en savoir plus : [www.cancer.be](http://www.cancer.be). Tél. : 0800 15 801

## « J'ai besoin de cette activité »

En 2013, un cancer du sein a été diagnostiqué chez Michèle Detilloux, alors qu'elle était âgée de 60 ans. Elle a subi une mastectomie partielle, et a été traitée par chimiothérapie et radiothérapie. Dans la foulée du cancer, Michèle a développé une sclérodémie. Son témoignage confirme l'analyse du Dr Vander Steichel selon laquelle les centres de traitement renvoient trop peu de patients vers des programmes de revalidation tels que Raviva. « C'est une jeune étudiante en kiné qui m'a contactée pour me parler de Raviva et m'inviter à y participer. Les médecins que j'ai rencontrés ne m'ont jamais incitée à faire de l'activité physique. Au contraire, lorsque j'ai parlé du programme Raviva à mon oncologue, elle me l'a déconseillé car elle estimait que je n'avais pas la force nécessaire. Maintenant qu'elle connaît mon expérience, elle recommande l'activité physique à ses autres patients. »

Michèle a commencé à faire de la gymnastique dans le cadre du programme Raviva, dans la province de Liège, après la chimiothérapie et la radiothérapie. « Ayant eu plusieurs opérations de reconstruction étalées sur plusieurs années, j'ai pu me réinscrire au programme année après année. La gymnastique m'aide énormément à lutter contre la fatigue, récupérer de la force physique et une bonne santé, à soulager les symptômes de la sclérodémie et à stabiliser cette maladie. Avant de commencer la gymnastique, je ne savais pas bouger. Il m'était impossible de me relever lorsque j'étais

*assise sur un tapis. Maintenant, je peux le faire dix fois d'affilée sans difficulté. J'ai besoin de cette activité physique. La convivialité avec les autres patients ayant vécu une expérience semblable est bonne pour le moral. La kiné qui anime les cours est extraordinaire. Elle adapte les exercices en fonction de chacun. On ne pourrait pas trouver une gymnastique aussi adaptée ailleurs. »*

Pour Michèle, Raviva prendra fin en 2018. « Je vous avoue que ça me désole car je ne vois pas où trouver une activité physique aussi appropriée. »

### « Bouger me procurait un bien-être qui traversait tout mon corps »

Âgée aujourd'hui de 54 ans, Danielle a appris qu'elle était atteinte d'un cancer du sein invasif infiltrant en juillet 2011. Un mois plus tard, elle commençait la chimiothérapie et subissait une mastectomie bilatérale. Au CHU de Liège, l'équipe pluridisciplinaire qui l'a prise en charge, lui a vivement conseillé de suivre le programme Raviva. « L'oncologue, le chirurgien, le radiothérapeute, le sénologue... tous ont insisté pour que je fasse de l'activité physique et suive un régime alimentaire adapté. J'ai commencé le programme Raviva très rapidement : j'arrivais à la fin de ma chimio, j'allais commencer les rayons. Je me suis inscrite à la gymnastique et à l'aquagym. Ça a été costaud ! En moins de quatre ans, j'ai eu environ six opérations (mastectomie et chirurgie

*réparatrice). Les médecins me demandaient de bouger les bras et de ne surtout pas rester statique. L'aquagym m'a fait beaucoup de bien et rassurée car je parvenais à faire des mouvements dans l'eau, alors qu'il m'était tellement difficile de bouger dans la vie de tous les jours. Après une séance de chimio, je n'étais pas capable de faire des exercices pendant les quinze jours suivants. Je m'y remettais à la troisième semaine, avant la séance de chimio suivante. L'activité physique a participé au processus de guérison. Elle m'a été indispensable et m'a permis de retrouver une force intérieure, elle m'a portée moralement, dans le moment présent, en m'aidant à garder confiance. Bouger me procurait un bien-être qui traversait tout mon corps et me soutenait dans la douleur. Raviva m'a aussi été d'une grande aide pour faire face aux opérations. Après celles-ci, j'ai dû porter un corset qui rendait ma respiration difficile. Heureusement, j'avais au préalable appris à me relâcher par la respiration, la concentration, la méditation et la pleine conscience. J'ai ainsi pu faire face aux difficultés liées à mes opérations. »*

Le programme Raviva a pris fin en octobre 2016 pour Danielle. Elle regrette aussi de ne pas pouvoir le prolonger. « On ne retrouve malheureusement pas d'activité physique adaptée dans les salles de sport. Or, il est indispensable d'avoir un programme adapté car on ne sait plus faire certains mouvements et on est plus vite fatigué. »

# LOCALE BRUXELLES

## Le nouveau dispositif de promotion de la santé à Bruxelles

Cabinet de la Ministre Jodogne et Service public francophone bruxellois



Photo © Fotolia

Le Décret de promotion de la santé du 18 février 2016 prévoit l'adoption d'un Plan pour une durée de cinq ans et le lancement d'appel à candidatures et d'appels à projets basés sur ce Plan. Ces appels, lancés le 15 juin 2017, se sont clôturés le 15 septembre de la même année.

En date du 18 janvier dernier, le Gouvernement francophone bruxellois a désigné les services, acteurs et réseaux qui seront chargés de mettre en œuvre le Plan de promotion de la santé 2018-2022.

Pas moins de 87 dossiers sont parvenus au Service public francophone bruxellois, dont 79 ont été jugés recevables. Les dossiers recevables ont été analysés par l'Administration au moyen d'une grille standardisée annexée à l'arrêté d'application du Décret. Les dossiers pour lesquels le budget demandé excédait 50 000 euros par an ont également été soumis pour avis à la section promotion de la santé du Conseil consultatif francophone bruxellois de l'aide aux personnes et de la santé.

Trente-cinq opérateurs ont été désignés pour un total de 38 projets (tableau en bas de page).

Pour rappel, le Décret prévoit la désignation des services pour une durée de cinq ans et les désignations d'acteurs et de réseaux pour une durée de trois ans, avec prolongation de deux ans en cas d'évaluation positive. Comme le précise le Décret, l'Administration pilotera cette évaluation.

Par ailleurs, 4 projets n'ont pas été désignés mais ont été réorientés en initiatives de promotion de la santé et reçoivent ainsi une subvention pour un an.

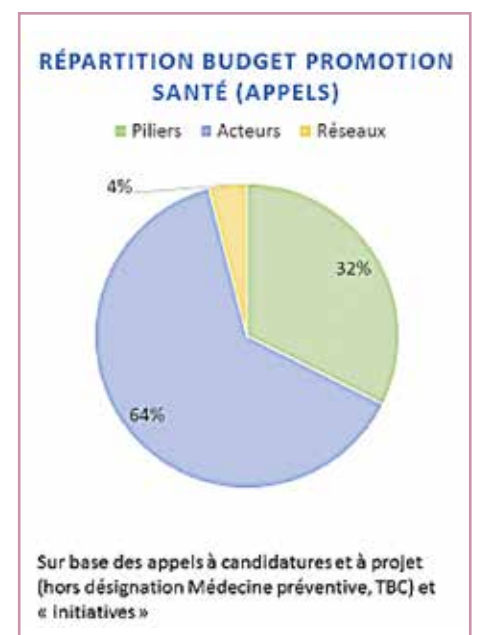
Une première analyse permet de déterminer quelques tendances. Les rencontres (individuelles ou collectives) avec les différents opérateurs, de même que le développement progressif de leurs actions respectives, permettront d'affiner cette première photographie (ci-contre).

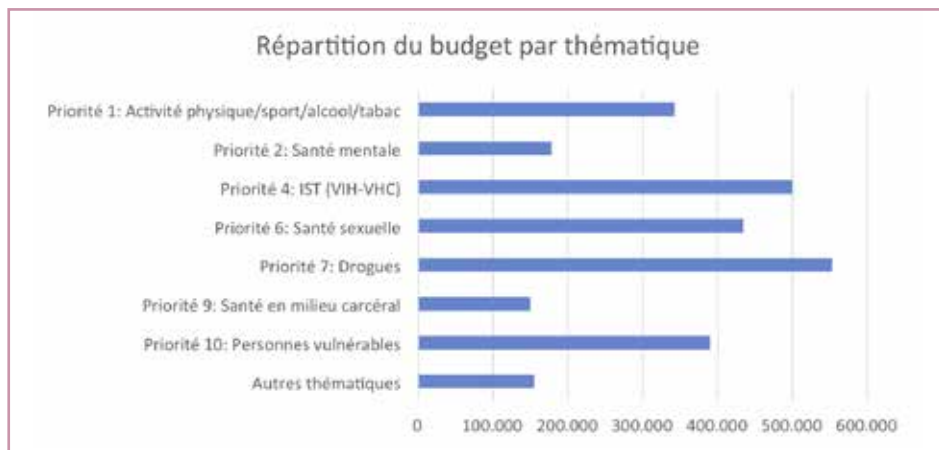
Environ un tiers du budget est consacré

au financement des services (accompagnement et support), les deux tiers restants à celui des acteurs. Le financement des réseaux représente quant à lui 4 % du budget alloué.

Le Plan de promotion de la santé privilégie un croisement entre les approches thématiques et les actions transversales. Cette logique se retrouve dans le dispositif tel qu'il a été défini par le Gouvernement francophone bruxellois. Certains services, acteurs et réseaux développeront en effet une expertise transversale

Type d'opérateur	Montant
8 services (1 'accompagnement' - 7 'supports')	1238000
26 acteurs	2425500
4 réseaux	154530





(communication, formation, évaluation, genre, etc.) tandis que d'autres offriront un appui ou développeront des actions en lien avec une thématique clairement identifiée (drogues, IST, activité physique et alimentation, etc.). L'un des enjeux dans la mise en œuvre de ce dispositif sera d'assurer une cohérence d'ensemble à partir de logiques différentes mais qui se veulent complémentaires.

Si l'on s'intéresse spécifiquement aux thématiques, les plus couvertes sont l'usage de drogues, la prévention des infections sexuellement transmissibles et la promotion de la santé sexuelle. Il faut cependant faire preuve de prudence à ce sujet car plusieurs projets touchent différentes thématiques et adoptent des portes d'entrée multiples (par thématique, par milieu de vie, par stratégie). Une analyse plus poussée sera donc nécessaire. Il est à noter que les programmes de médecine préventive (dépistages des cancers et de

la tuberculose) font l'objet de procédures différentes et ne sont pour le moment pas repris dans ce graphique (ci-dessus).

Lors de la présentation du dispositif par la Ministre et l'Administration en Commission santé du Parlement francophone bruxellois le 21 mars dernier, la Ministre Cécile Jodogne a estimé que les décisions prises permettaient de maintenir et de confirmer l'expertise accumulée depuis de nombreuses années par la plupart des acteurs de promotion de la santé (enjeu de capitalisation). Elle a cependant estimé qu'il s'agissait bien d'un nouveau dispositif doté d'une nouvelle architecture, définissant de nouvelles relations entre opérateurs (dont quelques « nouveaux » acteurs) et renouvelant les rapports entre l'expertise et le terrain (enjeu d'innovation).

En matière de contenu, la Ministre a tenu à soutenir des innovations présentes dans le Plan et qui ont trouvé une réponse dans

les candidatures reçues :

- une préoccupation transversale pour la santé des femmes et pour les inégalités de santé basées sur le genre, qui se retrouve dans différents projets, mais aussi et surtout dans la constitution d'un nouveau réseau porté par l'asbl Femmes et santé. Un des défis à relever par ce réseau et par l'ensemble des acteurs sera d'articuler adéquatement la préoccupation « genre » aux thématiques et pratiques portées sur le terrain ;
- un soutien clair à la promotion de la santé en milieu carcéral, par le soutien renforcé à un acteur unique, l'asbl I-Care ;
- en ce qui concerne les services, les expertises recherchées pour assurer le soutien nécessaire à la mise en œuvre du Plan ont toutes trouvé des candidats portant des dossiers de qualité. La fonction de support devra effectivement se déployer à deux niveaux : (1) à l'égard du dispositif dans son ensemble ; (2) à destination des différents acteurs nécessitant un appui pour la mise en œuvre de leur projet/programme.

De manière générale, le dispositif de Promotion de la santé instauré par le Décret et balisé par le Plan sera opérationnalisé par chacun des opérateurs. C'est à eux qu'il revient maintenant, encadrés et soutenus par les décideurs politiques et le Service Public francophone bruxellois, de donner corps à la promotion de la santé sur le territoire bruxellois.

## Liste des opérateurs désignés

Service d'accompagnement et services de Support	
Nom de l'institution	Nom du projet
CBPS	Service d'accompagnement
Cultures & Santé	Soutien aux acteurs en matière de <i>littératie</i> en santé
Eurotox	Soutien aux acteurs en matière de prévention des IST, dont le VIH et le VHC
Observatoire sida & sexualités	Soutien aux acteurs en matière de prévention de l'usage de drogues et de réduction des risques
Question santé	Soutien aux acteurs en matière de communication et nouveaux médias
Repères	Soutien à la formation continue des acteurs en Promotion de la santé
SIPES ULB	Récolte de données en matière d'environnements et de comportements favorables à la santé : alimentation et activité physique
UCL-RESO	Soutien à l'évaluation et à la transférabilité en Promotion de la santé



## Acteurs

Nom de l'institution	Nom du projet
Alias	Programme de promotion de la santé à destination des hommes et personnes trans prostitués/travailleurs du sexe en Région de Bruxelles-Capitale
Alzheimer Belgique	Soutien et accompagnement des personnes confrontées à la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés pour favoriser le bien-être et la santé au quotidien, durant toute l'évolution de la maladie.
Appétit des indigestes	Ateliers théâtre et créativité autour de la folie
Entraide Marolles	Vivre en santé dans le quartier des Marolles. Habitants et professionnels au cœur de l'action.
Espace P	Programme de Promotion de la Santé en milieu de prostitution en région bruxelloise
Fédération Laïque des Centres de Planning Familial	Programme de formation, coordination de projets et sensibilisation en santé sexuelle dans différents milieux de vie
Fédération des Maisons Médicales	Soutien aux MM bruxelloises dans leur mission de promotion de la santé et leur rôle psychosocial, en vue de réduire les inégalités sociales de santé
Fonds des affections respiratoires (FARES)	Contribuer à la réduction de l'usage des produits du tabac et de la vape, chez les jeunes de 11 à 24 ans à travers différents milieux de vie
Forêt Quartier Santé	Démarches communautaires en santé dans des quartiers populaires de Forest et Saint-Gilles : s'appuyer sur le quotidien des personnes pour apporter, avec l'ensemble des acteurs, des réponses à leurs besoins de santé
GAMS	Mutilations génitales féminines : approche inclusive de prévention et promotion de la santé sexuelle
I.Care	Programme de promotion de la santé en milieu carcéral réunissant 3 projets : Care.Connexion, MursMurs et Tam.Tam
Infor drogues	Projet en promotion de la santé et prévention des assuétudes visant à renforcer une approche globale du phénomène des usages de drogues et des dépendances
Liaison anti-prohibitionniste	Réduire les risques, les stigmatisations, les discriminations et les déterminants négatifs de santé générés par la prohibition et la criminalisation de certains produits psychotropes.
Médecins du Monde	Programme pour améliorer l'accès aux soins des plus vulnérables, avec une attention particulière pour les femmes.
SSM Le Méridien	Promouvoir la santé mentale communautaire dans des quartiers populaires à Bruxelles
Maison Médicale Asaso	Renforcement de la Santé Communautaire
Modus Vivendi	Réduction des risques liés à l'usage de drogues licites et illicites
Mutualités chrétiennes	Revue Éducation Santé
Mutualités socialistes	Outilthèque santé
Pissenlits	Démarche communautaire de Cureghem en santé
Plate-Forme Prévention Sida & Sireas	Programme de prévention et de dépistage du VIH et des IST
Promotion Santé et Médecine Générale	Soutien à la prévention dans une approche « promo santé » en médecine générale
Question Santé	7 Jours Santé - projet « Santé et entreprises »
RAPA - L'Autre lieu	Dispositif commun de promotion et de renforcement des facteurs favorables à la santé mentale
Réseau Santé Diabète Bruxelles	Approche globale, intégrée et participative de la santé, dans le quartier des Marolles et ses alentours : Alimentation équilibrée, exercice physique, estime de soi et liens sociaux
Sida'SOS	Prévention des IST / VIH et sensibilisation du public jeune et FSF à la santé sexuelle via l'éducation par les pairs sur leurs milieux de vie

## Réseaux

Nom de l'institution	Nom du projet
Femmes et santé	Réseau genre : Plate-forme pour Promouvoir la Santé des Femmes
GAMS	Coordination bruxelloise des Stratégies Concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines (CB SC-MGF)
Modus Vivendi	Safer Fiesta
Univers Santé	Réseau : Groupe porteur « Jeunes, alcool et société »

# VU POUR VOUS

## Festival Imagésanté : au croisement de la santé, de la science et du cinéma

Le festival Imagésanté basé au cœur de la cité ardente a réuni, pour son édition 2018, 25 documentaires en provenance de différents coins du monde. Durant 5 jours, au travers des films mais aussi de débats, cet événement nous invite à réfléchir à la santé et au bien-être. Réparti en trois catégories (« compétition internationale », « soulever des montagnes » et « nouveaux horizons »), le jury a parlé pour révéler le palmarès :

- Still tomorrow de Jian Fan
- Carré 35 d'Eric Caravaca (primé deux fois)
- Entre deux sexes de Régine Abadia
- Congo Paradiso de Benjamin Geminel et Tristan Thil

Éducation Santé était présent et vous parle de deux projections. Pour en savoir plus sur Imagésanté, rendez-vous sur le site du festival : <https://www.imagesante.be/fr>

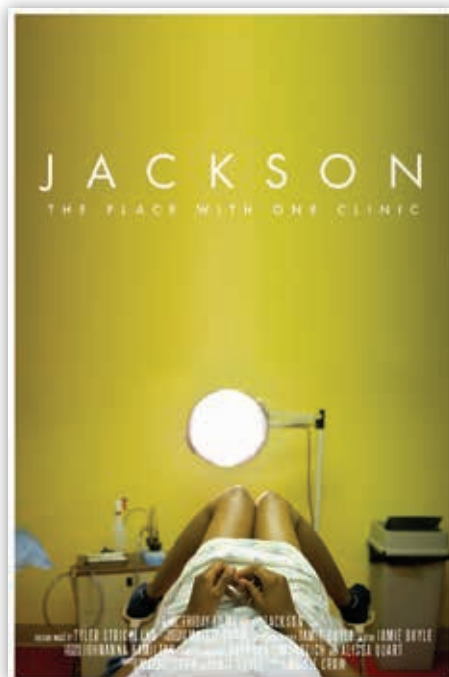
### Jackson

**Manon Gobeaux**

M. Crow, 92', États-Unis, 2016

« L'avortement reste légal aux États-Unis, mais les efforts antiavortement ont réussi à le rendre pratiquement inaccessible dans certains endroits et, dans le sud profond, souvent impensable. Autrefois, le Mississippi avait quatorze cliniques d'avortement. Maintenant, il n'en demeure plus qu'une. Depuis le passage de Roe V. Wade il y a plus de quatre décennies, le mouvement automarqué « pro-vie » a remporté d'importantes batailles culturelles, politiques et juridiques. Maintenant, le stigmate de l'avortement est majeur au Mississippi et les femmes en situation de précarité, et souvent de couleur, sont particulièrement vulnérables. »

Jackson est marqué par les différentes strates sociales, raciales et religieuses du sud profond et explore la nature nuancée de l'avortement dans la ceinture biblique d'Amérique. »



À mi-chemin entre le reportage et le film, Jackson nous emmène en plein cœur du Mississippi pour suivre le quotidien de trois femmes : Shannon Brewer, Barbara Beaver et April Jackson.

Shannon est la directrice de la Jackson Women's Health Organization, « la maison rose » comme elle est surnommée, en référence à la couleur de ses murs. C'est le dernier bastion du droit d'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) pour les femmes de l'État. À l'intérieur de cette clinique à la « pink touch » on trouve

une équipe médicale qui se démène pour ne pas plier sous les menaces de leurs détracteurs et la pression de fermeture. Les menaces sont telles que la clinique est entourée de grilles devant lesquelles on trouve chaque jour des partisans du mouvement « Pro-vie » équipés de pancartes, chapelets, bibles, chants religieux ou encore discours criés comme celui d'un homme qui scandait « Mummy, mummy, please don't kill me mummy »<sup>1</sup>.

« Je ne pense pas qu'on puisse retirer toute l'éducation sexuelle aux gens et leur retirer l'option de l'avortement »

Tout proche de la clinique, on trouve le Center for Pregnancy Choices dirigé par Barbara qui est une figure emblématique du mouvement antiavortement au Mississippi. Ce lieu a pour objectif de guider les femmes enceintes, et particulièrement celles dont la grossesse n'était pas prévue. On leur explique les différentes options qui s'offrent à elles : mener une grossesse à terme, l'adoption ou l'avortement. Ça, c'est

1 « Maman, maman, ne me tue pas s'il te plaît »

la description officielle. Tout au long du film, on entend un discours orienté anti-avortement et proreligieux, on observe des regards culpabilisateurs sur les femmes ayant déjà interrompu une grossesse.

C'est dans ce centre qu'April, mère célibataire enceinte de son 4<sup>e</sup> enfant, se rend en début de grossesse. Elle vit chez sa maman, peine à joindre les deux bouts et trouve refuge et conseils au centre. Enfin des 'conseils'... presque une doctrine. Barbara n'hésite pas à diaboliser la contraception et à glorifier l'abstinence pour vivre « sainement ». À coup de chiffres internes à l'institution, « le préservatif, même bien utilisé, n'est efficace qu'à 80 %... » déclare-t-elle. On est stupéfait d'observer l'ingérence de ce centre dans la vie des femmes.

Bien que le contexte américain ne soit pas comparable au nôtre, les intervenants<sup>2</sup> présents après la projection soulignent tout de même deux points communs : la honte et la culpabilité. L'obédience chrétienne est bien moins forte dans notre pays laïcisé mais il y a encore trop peu d'espace pour que les femmes concernées puissent dire ouvertement que l'avortement était un choix clair, et parfois un choix facile, que c'est un droit et qu'elles l'utilisent. Rappelons également que l'IVG est toujours inscrite au code pénal, ce qui alimente le sentiment de honte dans la société. Cela rend aussi ce droit fragile, notamment au regard du contexte ambiant dans certains pays voisins où les prémisses d'un retour en arrière se montrent dangereusement. « Est-ce qu'à trop vouloir faire avancer nos choix et nos mentalités, on ne se met pas nous-mêmes en danger ? » questionne une des intervenantes.

Qui dit conception, dit aussi contraception. « Jackson » nous donne l'occasion de réfléchir sous un autre angle notre approche de l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle. Chez nous, le politique prend la question au sérieux, et heureusement car l'éducation est la clé. Un membre de la clinique de l'avortement

dans le film dit « *je ne pense pas qu'on puisse retirer toute l'éducation sexuelle aux gens et leur retirer l'option de l'avortement* » ! Cette phrase parle d'elle-même mais elle nous rappelle aussi qu'une éducation ne sera jamais totalement optimale, que les échecs de contraception existeront toujours et que (par chance) l'humain est encore parfois un être déraisonné. Doit-on pour autant laisser les femmes dans la difficulté ?

Défendre l'avortement, ce n'est pas dire « il faut faire une IVG », c'est défendre le droit des femmes à pouvoir choisir. C'est en cela que Jackson vous questionnera. « *N'oubliez jamais qu'il suffira d'une crise politique, économique ou religieuse pour que les droits des femmes soient remis en question. Ces droits ne sont jamais acquis. Vous devrez rester vigilantes votre vie durant.* » (Simone de Beauvoir).

Pour plus d'information sur le film : <http://www.jacksonthefilm.com>

## Médecines et sac à dos

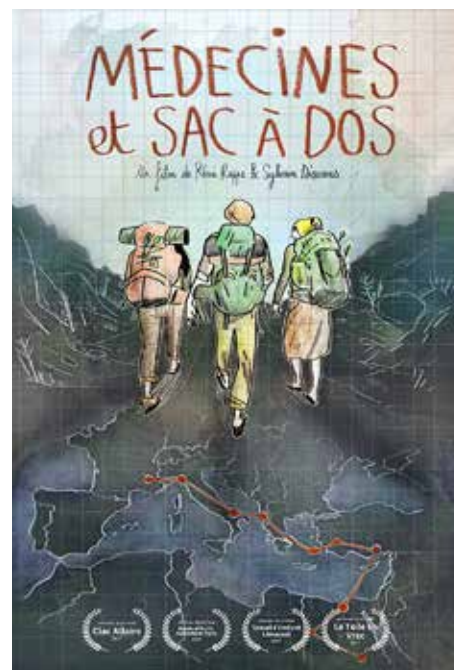
**Juliette Vanderveken**

R. Rappe et S. Diserens, 50', France, 2016

« *Olivier, Élise et Marine sont fraîchement diplômés en médecine. Avant de franchir le pas vers la vie professionnelle, ils décident de prendre du recul sur les apprentissages de leurs six dernières années. Ils partent alors dans un voyage initiatique autour de la Méditerranée, là où de grandes civilisations ont développé la médecine que l'on connaît aujourd'hui.*

« *À travers leur réflexion, leur vie quotidienne et des anecdotes de voyage, ce road-movie est l'occasion de se questionner sur nos pratiques médicales, l'image de la santé et la conception du bien-être.* »

Dès le départ, Élise, Marine et Olivier déclarent être en accord avec la définition de la santé de l'OMS (« un état de



complet bien-être physique, mental et social »). Pourtant, ils sentent qu'ils ont été formatés par leurs études et ils ont eu « peur que leur apprentissage inhibe leur réflexion ». C'est le point de départ de leur voyage initiatique.

« *Dans ce film, on ne parle pas de la santé et de la médecine mais plutôt des santés et des médecines.* »

En traversant tous ces pays qui encerclent la Méditerranée, on brosse avec eux un éventail de découvertes et de réflexions, sans entrer en profondeur au cœur de toutes les questions soulevées. Que ce soit sur les ressources thérapeutiques de la nature, sur l'importance d'aligner son corps et son esprit, ou encore sur une conciliation entre la croyance et la science. « Il faut intégrer une part de croyance dans la science si je veux concilier le corps et l'esprit », entend-on en guise de réflexion.

<sup>2</sup> Claudine Mouvet, psychologue au Centre Louise Michel, Nathalie Carlier, médecin au Centre Louise Michel et Damien Linder, psychologue et animateur au Collectif Contraception de Liège.

Les trois étudiants partent également à la rencontre de tradithérapeutes.

À la question « que vous reste-t-il de ce voyage dans votre pratique, trois ans plus tard ? », Marine et Élise répondent en chœur : « du respect et de la tolérance par rapport aux médecines alternatives. Mais aussi le fait qu'il n'existe pas de vérité absolue. En tant que praticiens, nous nous devons d'écouter le patient et ce en quoi il croit, d'où il vient et ce qu'il envisage pour restaurer sa santé ».

Un grand intérêt du film, selon Gaëtan Absil, est le lien entre le voyage et le développement de la compétence culturelle que l'on voit émerger auprès des protagonistes. La compétence culturelle dépasse la sensibilisation aux autres cultures ainsi que

sa propre sensibilité culturelle. Dans un contexte de soin, il s'agit de la capacité à interagir avec les autres, issus d'autres cultures, en adoptant des attitudes et une approche qui valorise la diversité et permet de s'y adapter. Acquérir une compétence culturelle permet alors de mieux comprendre l'autre dans sa relation avec son corps, sa croyance, sa culture... « et permet aussi de relativiser le savoir de la médecine ! », ajoute-t-il. Du reste, il met cette compétence face au phénomène d'acculturation que les anthropologues ont souvent pointé lors des études de médecine. « On a tout intérêt aujourd'hui à penser le soin et la santé dans les réseaux thérapeutiques, c'est-à-dire les réseaux qui 'font santé' pour une personne. »

Enfin, un mot sur la forme. Il ne s'agit pas

là d'un film argumentaire, qui tente de vous rallier à la cause des médecines dites alternatives. Ce road-movie nous embarque au fil de réflexions, de temps de pause et de magnifiques paysages. Le voyage devient lui-même un personnage à part entière (la voix off : « moi, ce voyage... »). On y fait aussi l'éloge de la lenteur, du lâcher-prise. Vous étiez tendus en vous installant dans votre siège de cinéma ? Avec le bruit des cigales et le clapotis de l'eau, vous voilà détendu, les ortails en éventails, à réfléchir sur votre conception de la santé et de la médecine, ou plutôt 'de ce qui fait soin'.

Pour plus d'information sur le film : <https://fr-fr.facebook.com/medecinesetsacados/> et <https://vimeo.com/ondemand/medecinesetsacados>

## RÉFLEXIONS

# Quels soins de santé mentale pour les personnes âgées ?

Communiqué de presse du **KCE**

Les enfants et les adultes ont leurs réseaux spécifiques de soins de santé mentale, mais qu'en est-il des personnes âgées ? Faut-il organiser leurs soins en un réseau séparé ou peut-on les intégrer dans le système de soins des « adultes » ? À cette question, le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) répond que l'âge chronologique ne doit pas servir de critère décisif car les « personnes âgées » constituent un groupe de population très hétérogène, avec des individus en pleine forme et d'autres très fragiles. Il est également d'avis qu'il faut maintenir leurs contacts privilégiés avec leur médecin généraliste, tant pour leurs problèmes somatiques que psychiques. Toutefois, certains problèmes de santé mentale nécessitent des connaissances spécifiques. Le KCE plaide donc pour une extension des différentes offres de soins de santé mentale des « adultes » aux personnes âgées, tout en prévoyant de les

renforcer par des spécialistes (à former) en santé mentale de la personne âgée et en mettant l'accent sur les interventions dans les lieux de vie et sur la collaboration entre tous les intervenants d'aide et de soin.

En Belgique, les soins de santé mentale ont fait l'objet d'une série de réformes depuis une vingtaine d'années. Leur objectif global est de permettre aux personnes de rester le plus possible dans leur milieu de vie, et de n'avoir recours à l'hospitalisation que lorsqu'il n'y a plus d'autre solution. Dans le cadre de ces réformes, le SPF Santé publique a demandé au KCE de déterminer s'il fallait organiser les soins de santé mentale des personnes âgées en un réseau séparé (comme pour les enfants et adolescents) ou si l'on pouvait les englober dans les soins des « adultes » en général.

## L'âge de la carte d'identité n'est pas le plus important...

Dans la plupart des pays occidentaux, on considère que l'âge chronologique de 65 ans – qui a été jusqu'il y a peu celui de la retraite professionnelle – correspond au passage du statut d'adulte actif à celui de « personne âgée ». Or une très grande partie des personnes qui ont dépassé cet âge sont encore en bonne forme, actives et autonomes. Sur un plan médical aussi, on considère aujourd'hui que la vieillesse se définit davantage par une certaine fragilité et par l'accumulation de pathologies, que par une limite d'âge précise. Bref, les personnes âgées constituent une catégorie de patients très hétérogène. Leurs soins ne doivent donc pas être organisés sur la seule base de l'âge des personnes.



Photo © Fotolia

## ...même si les personnes âgées nécessitent des compétences spécifiques

Cela ne veut pas dire, pour autant, que les personnes âgées peuvent toujours être traitées comme n'importe quel adulte d'âge moyen. Certains de leurs problèmes de santé mentale nécessitent bel et bien des connaissances spécifiques, à la frontière entre la psychiatrie et la gériatrie (p.ex. distinguer une dépression d'une démence débutante, tenir compte des problèmes physiques concomitants, ajuster les doses des médicaments, etc.). Il est donc indispensable de sensibiliser tous les soignants aux spécificités de la psychogériatrie et de créer une compétence spécifique en psychiatrie de la personne âgée.

## Le médecin généraliste au cœur du système

Les exemples d'organisation des soins de santé mentale étudiés dans d'autres pays montrent que les médecins généralistes sont très souvent les premiers professionnels contactés par les personnes âgées, comme c'est également le cas chez nous. Leur rôle est central pour identifier les problèmes de santé mentale et proposer un premier traitement, tout en tenant compte des problèmes somatiques qui coexistent. Les autres intervenants à domicile sont également bien placés pour aider à l'identification précoce des problèmes de santé mentale.

Un bémol toutefois : les acteurs de la première ligne n'ont généralement pas assez de formation et de temps pour prendre en charge les problèmes de santé mentale des personnes âgées. Il est donc indispensable qu'ils abordent ces problématiques avec une vision plus multidisciplinaire et qu'ils bénéficient d'une collaboration franche et ouverte avec les professionnels plus spécialisés (psychologues, psychiatres, gériatres).

## Aller à domicile...

Tant en Flandre qu'en Wallonie, certains projets pilotes, issus des Services de Santé Mentale (Centra voor Geestelijke Gezondheid en Flandre), s'adressent directement aux personnes âgées. Une des clés de leur réussite est leur disposition à se déplacer au domicile de leurs patients. Ces initiatives sont cependant trop peu nombreuses et méconnues ; elles mériteraient d'être généralisées à tout le pays.

Dans le cadre de la réforme des soins de santé mentale, notre pays a également mis sur pied des équipes mobiles psychiatriques (« article 107 », SPAD – Soins psychiatriques pour personnes séjournant à domicile) en lien avec les institutions de soins psychiatriques. Elles se rendent au domicile des patients mais elles se concentrent principalement sur les personnes de moins de 65 ans. Le KCE suggère donc d'étendre leur champ d'action,

de les renforcer en nombre et de les soutenir par des équipes mobiles de troisième ligne, spécialisées dans les soins aux personnes âgées, qui pourraient intervenir dans les cas les plus complexes.

D'autres outils existants, comme les « consultations multidisciplinaires autour du patient psychiatrique à domicile » et le recours à des coordinateurs des soins, devraient être activés plus souvent afin de favoriser les indispensables collaborations entre acteurs de terrain.

## ...y compris dans les maisons de repos

Les MRS doivent souvent héberger des personnes âgées dépendantes présentant des problèmes de santé mentale. Dans la mesure où l'on peut considérer que ces MRS sont bel et bien le « lieu de vie » des personnes qui y résident, le KCE suggère que toutes les interventions à domicile mentionnées ci-dessus soient également possibles en MRS. Il souligne également l'intérêt d'unités spécialisées, avec une offre de soins personnalisée, pour les personnes âgées présentant des troubles du comportement.

## Une offre hospitalière suffisante

Pour les personnes âgées dont les soins ne peuvent pas ou plus être prodigués à domicile ou en MRS, il existe à l'étranger des services de psychogériatrie, où collaborent des psychiatres, des gériatres et des neurologues. Dans notre pays, il est nécessaire de prévoir une capacité hospitalière suffisante dans les services de psychiatrie, de gériatrie et de psychogériatrie.

En parallèle, les hôpitaux doivent faire usage de leurs équipes de liaison interne gériatriques et psychiatriques afin d'assurer une prise en charge globale aux patients âgés hospitalisés, dans une vision de continuité et de qualité des soins. L'intégration de psychiatres spécialistes de la personne âgée devrait être favorisée au sein de ces équipes de liaison.

## Changer le regard de la société

Enfin, la prise en compte des problèmes de santé mentale des personnes âgées appelle également de nouvelles attitudes dans la société, qui doit lutter contre les stéréotypes liés à l'âge et à la

maladie mentale. Il ne faut jamais oublier que la santé mentale est un aspect clé de la promotion du « bien vieillir », tout comme le maintien du sens de la vie et du sentiment d'utilité et d'inclusion dans la communauté.

Pour entrer en contact avec les chercheurs du KCE :

Karin Rondia, Communication scientifique KCE

Tél. : +32 (0)2 287 33 48

GSM : +32 (0)475 769 766

Email : [press@kce.fgov.be](mailto:press@kce.fgov.be)

# STRATÉGIES

## La réduction des risques pour les usagers de drogues, une stratégie complémentaire en promotion de la santé

Juliette Vanderveken

Le sujet revient régulièrement au cœur de l'actualité : les salles de consommations à moindre risque font de plus en plus parler d'elles et divisent l'opinion. La Belgique se dotera-t-elle de ce dispositif à l'instar de nos voisins (France, Allemagne, Luxembourg, Pays-Bas pour ne citer qu'eux) ? Une étude BELSPO réalisée avec l'Université de Gand et l'Université Catholique de Louvain sur la faisabilité de leur installation en Belgique<sup>1</sup> vient de paraître, le débat enflamme le politique et la sphère publique. Il s'agit là d'une des voies parmi d'autres pour développer une approche de réduction des risques. Au travers de cet article, nous souhaitons revenir sur les origines, l'explication et les objectifs de cette approche encore parfois méconnue, ce « troisième pilier » dans la prise en charge de la question des drogues. En guise d'introduction, avant de vous plonger vous aussi dans le débat...

### Réduc... quoi ?

Dans une approche de Réduction des Risques (RdR) pour les usagers de drogues, on ne parle pas de tous les usages mais bien des usages « à risques », c'est-à-dire qui peuvent entraîner un dommage (qu'il soit physique, psychique ou social). Les usages à risques ne se limitent pas uniquement aux situations de dépendance ou aux usages nocifs, mais à toute consommation qui comporte un risque.

Mettre en place une approche de RdR signifie développer un ensemble de stratégies différentes et complémentaires de santé publique qui ont pour objectif premier de limiter les risques et les dommages sanitaires et psychosociaux liés à l'usage de drogues. Comme nous le verrons par la suite, les objectifs de cette approche vont s'élargir avec le temps, au même titre que la notion de drogue.

Il s'agit d'une approche complémentaire (on la désigne comme « le troisième pilier ») dans la politique globale contre les drogues. Les autres piliers sont la prévention (pour réduire l'incidence des usages dans la population), la thérapie (les traitements pour opérer un changement sanitaire et/ou psychosocial auprès de la personne), et par ailleurs la répression pour le volet sécuritaire.

Mais comment cette approche s'est-elle développée ?

### Émergence dans l'urgence

Avant les années '80, une personne usagère de drogue n'avait accès à des soins spécifiques qu'à la condition d'être prête à arrêter de consommer. L'abstinence était la clé de l'accès aux soins. Cela avait des conséquences terribles pour les usagers qui ne voulaient ou ne pouvaient arrêter,

exclues des systèmes de soins 'classiques', avec tout la spirale d'exclusion que cela peut engendrer. Un constat d'échec récurrent était la donne. Mais pire encore : une aggravation des risques et des dommages auprès de ce public-là, de leur entourage, les nuisances dans l'espace public... Quelques voix s'élèvent toutefois, comme le Dr Claude Olievenstein en France, pour faire avancer les mentalités. Celui-ci met l'accent, par exemple, sur la personnalité de l'utilisateur et l'importance de son contexte de vie.

Il faudra attendre une urgence sanitaire majeure pour faire un pas de géant dans l'évolution des mentalités et des pratiques, et pour que le monde politique prenne enfin en compte ce public mis au ban de la société. Au tournant des années '80, les ravages du Sida mais aussi la prévalence des hépatites auprès du public des 'injecteurs' particulièrement touché, poussent

1. <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:194734>

les intervenants et les politiques à réagir. Il faut absolument mettre en place une politique de santé publique qui permette aux usagers de se prémunir des risques infectieux en ciblant leurs besoins immédiats. Ainsi, un tournant majeur s'opère : l'usager de drogues est à nouveau considéré comme faisant partie de la société, comme citoyen. Outre les distributions massives de préservatifs, une mesure phare de cette époque a été la mise à disposition de matériel stérile d'injection. L'approche de la Réduction des Risques (RdR) auprès des usagers de drogues est née et prend de l'essor.

Progressivement, dès les années '90, le champ de la RdR va s'élargir : ce n'est plus la problématique seule des risques d'infection qui est prise en compte mais tous les risques physiques, psychologiques et sociaux liés à la consommation. Parallèlement, le public cible des 'injecteurs' s'élargit à toutes les personnes qui consomment des drogues, que celles-ci soient légales ou non, et que l'usage soit occasionnel, régulier, que la personne soit dépendante ou non. L'addictologie est une discipline qui s'est installée, on ne fait plus de distinction aussi tranchée qu'avant entre les drogues légales ou illégales. Tous les publics sont concernés. D'un outil hygiéniste, on évolue rapidement vers la prise en compte de l'usager comme expert de son vécu, vers la rencontre entre celui-ci et le soignant, dans une démarche d' *empowerment* plus que d'assistance passive. L'importance de la rencontre et du lien avec la personne devient centrale. On voit par exemple des lieux d'accueil 'à bas seuil'<sup>2</sup> se développer.

Les résultats de toutes ces initiatives RdR ont été étudiés et documentés au fil des ans : une diminution des overdoses et des contaminations, une (re)prise de contact avec un public marginalisé et un meilleur accès aux soins, mais également des effets positifs dans l'environnement et les espaces publics, etc.



Photo © Fotolia

## Les postulats de départ

Penser une approche de réduction des risques pour les usages de drogues implique d'accepter au départ certains postulats tels qu'un monde sans drogue n'existe pas, tout comme le risque zéro n'existe pas non plus. La prise de risque fait partie du reste de l'existence humaine. Ensuite, les risques sont maximisés dans un contexte de prohibition des drogues : les réseaux se criminalisent, les usagers sont amenés à se cacher et à consommer de manière plus risquée, cela pousse aussi à la marginalisation et à la perte de liens, etc.

Les intervenants du secteur prônent aussi qu'une information objective ou la mise à disposition de moyens pour un usage à moindre risque ne sont pas des incitateurs à la consommation. Du reste, une approche RdR s'adresse spécifiquement aux personnes en situation de consommation.

## Des objectifs et des champs élargis

Au vu de son évolution, l'approche de la RdR s'inscrit davantage dans une approche de santé globale de la personne, mais de son environnement également. Les objectifs sont les suivants :

- réduire la morbidité et les comorbidités ;
- améliorer l'état de santé des usagers ;

- favoriser l'accès aux soins, à l'accompagnement et aux droits des usagers ;
- favoriser la réinsertion sociale ;
- réduire les nuisances publiques.

À tout niveau et où que se trouve la personne dans son parcours de consommation, aller à la rencontre de la personne (plutôt qu'attendre une demande), le dialogue, l'établissement d'un lien de confiance, l'accueil, sans jugement moral, sont des valeurs et une condition sine qua non.

Les intervenants du secteur de la RdR dans le milieu considèrent l'usager comme un partenaire, il est amené à mobiliser ses ressources tant pour sa santé que celle des autres, par exemple via des programmes d'information par les paires. Mais bien au-delà parfois avec un projet entièrement pensé par les usagers, géré par les usagers.

Comme nous l'avons vu, le champ de la RdR pour les usagers de drogues s'est considérablement élargi. Notons que certains milieux sont désignés comme prioritaires vu la prévalence importante de consommation ou d'exposition aux risques, comme le milieu festif ou le milieu carcéral.

## Quelques exemples d'actions

Sans être exhaustif, voici quelques exemples de projets ou de programmes inscrits dans une politique de RdR liés aux consommations de drogues :

- La distribution de matériel stérile d'injection via des comptoirs d'échange de seringues
- La distribution de préservatifs
- Les salles de consommation à moindre risque (SCMR)
- Le testing de substances dans un lieu festif tel qu'un festival
- Les tests de dépistage rapide
- L'information en milieu festif
- ...

Pour en savoir plus :

<https://reductiondesrisques.be/>

2. C'est-à-dire des lieux d'accueil à seuil adapté, où la personne ne doit pas nécessairement venir avec une demande mais est accueillie.



# ÉDUCATION SANTÉ

UN MENSUEL AU SERVICE  
DES INTERVENANTS FRANCOPHONES  
EN PROMOTION DE LA SANTÉ DEPUIS 1978

## Sommaire

### RÉFLEXIONS

- 2 Inégalités sociales et santé, quel rôle pour les politiques publiques ?  
par *Juliette Vanderveken*

### INITIATIVES

- 4 Activité physique : une alliée thérapeutique puissante contre le cancer par *Colette Barbier*

### LOCALE

- 7 Le nouveau dispositif de promotion de la santé à Bruxelles par le *Cabinet de la Ministre Jodogne et Service public francophone bruxellois*

### VU POUR VOUS

- 10 Festival Imagésanté : au croisement de la santé, de la science et du cinéma par *Manon Gobeaux* et *Juliette Vanderveken*

### RÉFLEXIONS

- 12 Quels soins de santé mentale pour les personnes âgées ? par le *KCE*

### STRATÉGIES

- 14 La réduction des risques pour les usagers de drogues, une stratégie complémentaire en promotion de la santé par *Juliette Vanderveken*

## Sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be)

Retrouvez tous nos articles complets et bien plus encore sur notre site internet [www.educationsanté.be](http://www.educationsanté.be).

Dans les inédits web ce mois-ci, vous trouverez :

- Rapport 2017 sur l'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles par *Eurotox*
- Un nouveau site Internet pour un environnement sain et juste pour tous par *Empreintes*

*Éducation Santé* est aussi présente sur les réseaux sociaux. Vous pouvez y suivre toutes les actualités du secteur, que ce soit sur Facebook ou sur Twitter :  
[www.facebook.com/revueeducationssante](http://www.facebook.com/revueeducationssante)  
ou [www.twitter.com/EducationSante](http://www.twitter.com/EducationSante)

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

**Abonnement** : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

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

**Ont collaboré ce mois-ci** : Colette Barbier, KCE

**Rédactrice en chef** : France Gerard  
([education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be)).

**Secrétariat de rédaction** : Manon Gobeaux.

**Journalistes** : Manon Gobeaux, Juliette Vanderveken.

**Contact abonnés** : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be).

**Comité stratégique** : Gaëtan Absil, Hervé Avalosse, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Alain Deccache, Émilie Delferrière, Martin de Duve, Damien Favresse, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Denis Mannaerts, Vladimir Martens, Marie-Noëlle Paris, Marianne Prévost, Karin Rondia, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

**Comité opérationnel** : Pierre Baldewyns, Manon Gobeaux, Anne-Sophie Poncelet, Caroline Saal, Marine Trefois, Juliette Vanderveken.

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

**Mise en page** : Muriel Logist.

**Impression** : Hayez.

**Routage** : JMS Mail +.

**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 de la revue et moyennant mention de la source.

**Pour tous renseignements complémentaires** :

Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles ou Éducation Santé.

Internet : [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be).

Courriel : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be).

**Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé** : [www.pipsa.be](http://www.pipsa.be)

Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be).

Notre site adhère à la plate-forme [www.promosante.net](http://www.promosante.net).



Avec le soutien financier de la Wallonie



Imprimé sur papier blanchi sans chlore  
Emballage recyclable.

