

ÉDUCATION SANTÉ

DÉCEMBRE
339

*La santé, au sens
féminin du terme !*

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

www.educationsante.be

OUTILS

La santé, au sens féminin du terme !

Manon Gobeaux

À mi-chemin entre la conférence classique et l'animation, accompagnée d'une note militante, la conférence gesticulée est un outil d'éducation populaire. C'est un peu « un savoir froid et chaud qui ne devient pas tiède mais donne de l'orage » comme le soulignait Manoë Jacquet qui introduisait, le 16 octobre dernier, la conférence gesticulée autour du nouveau référentiel d'auto-santé des femmes. Ce référentiel est issu d'une collaboration entre trois acteurs de la santé et de la promotion de la santé : l'asbl Femmes et Santé, l'asbl Le Monde selon les femmes et la Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial. Et comme son nom l'indique, il met la santé des femmes au cœur de la discussion...

Le référentiel d'auto-santé des femmes

En reprenant les différents ateliers et pratiques menés depuis des années par l'asbl Femmes et Santé, ce référentiel est un vrai outil d'empowerment pour les femmes ! Il a pour point d'ancrage « la nécessité de donner la parole aux femmes, de stimuler une approche participative et collective de la santé et de promouvoir ainsi l'émergence d'une nouvelle culture de transmission et d'échange entre femmes »¹. Un des piliers du référentiel comme son nom l'indique est le principe de l'auto-santé ou self-help. Ce principe, issu du Mouvement pour la Santé des Femmes, a vu le jour un peu partout dans le monde durant les années 1970. On retrouve dans l'auto-santé, comme nous le rappelle Catherine Markstein lors de la conférence

gesticulée, le désir de démedicaliser le cycle de vie des femmes. Au travers de l'histoire, on constate que ce qu'on pourrait nommer « les grandes étapes » de la vie d'une femme sont associées à des termes et donc à des pratiques médicales. L'accouchement associé à la chirurgie, la ménopause à une maladie chronique ou encore la sexualité à une fluctuation hormonale. On retrouve derrière ces associations, les femmes, dépossédées de leurs propres connaissances et compétences ! S'il est évident que le référentiel ne met pas en doute le recours à la médecine officielle, il veut laisser aux femmes l'occasion de se réapproprier – voire de s'approprier – leur corps et leur santé. Elle leur demande en revanche de pouvoir porter un regard critique sur l'autorité médicale et la transmission verticale des informations, illustrant la relation de hiérarchie

entre les deux parties. Ceci peut s'illustrer par l'intérêt d'expliquer aux femmes qu'elles ont le droit de poser des questions sur les examens ou les traitements qui leur sont prescrits. Prendre conscience de ses droits c'est cheminer d'une médecine normative vers une médecine inclusive, collective et solidaire où la personne est au centre des soins et conserve le pouvoir d'agir. L'auto-santé qui peut se résumer par « c'est prendre sa santé en main » met en exergue que chaque femme peut agir sur sa santé, sa qualité de vie et son environnement mais cette démarche fait également appel au principe de collectivité. En effet, l'idée est que le bien-être de l'autre me concerne aussi, dès lors une démarche solidaire et responsable est de mise ! Le référentiel d'auto-santé des femmes est construit autour de 4 modules :

Qui sont ces trois asbl ?

■ Femmes et Santé : « L'association

Femmes et Santé souhaite promouvoir la santé des femmes à un niveau individuel et collectif toujours dans la perspective de favoriser leur autodétermination en matière de santé et de valoriser leurs ressources et compétences propres. »² Elle organise son travail autour de trois grands axes : la transmission d'informations et les échanges, la mise en commun des savoirs et la pratique corporelle lors d'ateliers accessibles à toutes les femmes.

■ Le Monde selon les femmes : « Le Monde

selon les femmes est une ONG féministe active dans le monde du développement, de l'éducation permanente, de la recherche-action ; elle valorise les savoirs locaux en appui aux mouvements sociaux. Sa vision est celle d'un monde où l'on aurait transformé les rapports de domination entre les femmes et les hommes et entre le nord et le sud en relations construites sur l'égalité et la solidarité. Elle reconnaît l'interdépendance des sociétés et l'enrichissement mutuel. »³

■ La Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial : la FCPPF « est

un organisme qui assure deux missions principales :

- la représentation des 23 centres de planning familial affiliés sur le territoire de la Fédération Wallonie – Bruxelles ;
- la production d'outils pédagogiques et/ou services sur les thématiques liées à l'EVRAS (Éducation à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle). »⁴

1. Référentiel auto-santé des femmes, Le Monde selon les femmes, Femmes et Santé, Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial

2. <http://www.femmesetsante.be/presentation.html>

3. <http://www.mondefemmes.be/genre-developpement-qui-sommes-nous.htm>

4. <http://www.fcppf.be/la-federation/missions-et-historique/>

- « prendre sa santé en main »,
- « femmes autour de la cinquantaine »,
- « rencontres intergénérationnelles »,
- « week-end en auto-santé ».

Ces modules contiennent les différents ateliers à réaliser avec comme point commun le fait de le commencer par une citation en lien avec la thématique travaillée. Ces ateliers se construisent sur base de la pédagogie féministe autour de deux axes principaux que sont la santé et le bien-être.

- Cette pédagogie s'appuie sur différents éléments :
- différents objectifs de soutien et de respect des femmes, établir des relations de confiance et de solidarité, mettre en valeur les propres ressources des femmes, etc.
 - l'implication de chaque participante en ayant une approche participative pour lui permettre de s'exprimer comme elle le souhaite sur les sujets abordés ;
 - favoriser l'intersectionnalité qui essaye de manière générale de croiser les multiples inégalités de genre, d'ethnie, d'âge, d'orientation sexuelle, etc.
 - permettre la créativité de chaque femme pour valoriser les différents modes d'expression, l'utilisation de plusieurs outils et supports lors des animations qui permettent aux participantes de s'approprier à leur façon les contenus,
 - le militantisme comme force importante dans la construction des savoirs collectifs et l'application de la pédagogie féministe dans la lutte pour les droits des femmes.

À qui s'adresse-t-il ?

Ce référentiel est un outil pédagogique qui s'adresse aux personnes relais, qu'elles soient professionnelles ou non, qui réalisent des animations sur l'auto-santé des femmes. S'il est une base solide pour construire les différents ateliers, il laisse également la place à l'imagination et la créativité de l'animateur et des participantes. Les différents ateliers peuvent en effet être adaptés pour répondre aux besoins des groupes. Il y a là une volonté de permettre aux groupes de s'autogérer autour des thématiques de santé et de bien-être.

Nous avons rencontré Catherine Markstein de Femmes et Santé

ES : D'où est née l'idée de créer ce référentiel ?

On a commencé avec Mimi Szyper en 2004-2005 à faire les premiers groupes de

femmes autour de la cinquantaine, groupes que j'ai animés. Après il y a eu les groupes intergénérationnels, des ateliers qu'on a nommés « créatrices de la santé », parce que ce sont des ateliers qui stimulent la créativité par rapport à la santé (atelier santé des femmes, périnée...). Au fur et à mesure, ce fut une grande expérience pour moi. Par la santé communautaire, je me suis rendu compte qu'on est quand même encore très fort dans une verticalité. Cela veut dire « moi médecin, Mimi médecin » mais les animatrices autour de moi et les jeunes femmes m'ont vraiment interpellée par rapport à cette certaine verticalité et au fur et à mesure que j'avançais dans ce domaine, dans ce travail avec les femmes, je me suis rendu compte de l'énorme trésor qu'est le savoir des femmes. Du coup, j'ai changé cette animation en quelque chose qui est beaucoup plus horizontal : l'échange, le respect du savoir de l'autre, l'échange entre nous. Ça c'est l'idée, c'est ma propre expérience par rapport à ma déformation professionnelle de médecin (rire) qui se met toujours dans une position de verticalité.

« Ce référentiel c'est l'idée d'un bien-être qui n'oublie pas le corps »

Manoë Jacquet

ES : Avez-vous l'impression qu'il y a eu une demande des femmes d'avoir plus d'ateliers ou une demande des animateurs d'avoir un référentiel pour les guider ?

Je n'ai pas fait une enquête par rapport à ça, c'est plutôt un désir que j'ai ressenti. Il n'y a pas de demandes explicites, en revanche j'étais de plus en plus souvent en contact avec des collectifs autogérés, en Belgique et en France. Autogérés dans le sens où ils organisaient déjà, entre femmes, des séances d'informations, d'échanges. Elles m'invitaient pour être là, avec un savoir parmi d'autres savoirs, ça a été mon apprentissage. Mais, il n'y a pas eu une demande explicite de faire le référentiel. En revanche, j'ai vu de plus en plus émerger, ou bien se construire, une sorte



de culture des femmes, une nouvelle culture d'échanges d'informations autour des sujets du corps, de santé, de sexualité. Là je me suis dit « maintenant je vais finir mon mandat de salarié au sein de l'association et devenir une militante pure ». C'est à cette occasion exceptionnelle et parallèlement à ma formation et à la conférence gesticulée où je suis aussi dans la transmission, que j'ai pu trouver les deux autres organisations pour éditer toute cette expérience que nous avons accumulée et tous ces outils pendant les derniers 12 ans. Ceci dans le but de les mettre dans la main des femmes, des collectifs de femmes, des groupes de femmes complètement non professionnalisés pour qu'elles mettent en place leurs propres ateliers. Nous avons mis dans ce référentiel des pistes et des outils.

ES : Comment avez-vous choisi les ateliers à intégrer dans le référentiel ?

En principe on retrouve dans le référentiel la totalité des ateliers comme ils ont été pensés, c'est-à-dire qu'il y a le contenu et l'expérience. J'ai commencé avec un atelier qui s'appelait « femme autour de la cinquantaine », ça c'est toute l'idée mais qui a énormément évolué par rapport à ce contact avec les femmes et ce que les femmes ont apporté et changé dans les ateliers. Il y a aussi la parole des femmes, qui a joué un grand rôle : on est parti d'une proposition assez structurée, presque directive pour arriver maintenant à une évolution extrêmement participative et inclusive, on a fait réellement un processus de travail. Et à l'aboutissement de ce processus, on est passé d'une certaine verticalité où moi j'étais la personne qui apprenait quelque chose aux autres à des outils qui stimulent les compétences et les savoirs de chacune.

ES : Avez-vous rencontré des freins lors de la réalisation ou de la diffusion ?

À la réalisation de l'outil, non, pas du tout, on était extrêmement enthousiaste. On a fait des interviews avec des femmes, heureusement on avait une stagiaire avec nous et qui nous a aidés.

Manoë Jaquet et Pascale Maquestiau sont des personnes avec une énorme expérience dans le réseau d'animation et Manoë plus spécifiquement dans le réseau des productions des outils. On a, toutes les trois, une culture féministe, des échanges féministes et on a fait des interviews avec des femmes dans différentes régions avec lesquelles j'avais l'habitude d'animer. On a récolté leurs observations, critiques, modifications et avec tout ça, on a créé le référentiel. Ça a été un travail extrêmement constructif dans la joie, le bonheur, sans frein, pour moi, vraiment sans frein. C'est l'aboutissement d'un grand rêve qui a commencé très tôt dans ce travail avec le groupe de femmes.

ES : Dans ce référentiel on parle de la santé des femmes, on y précise que la médecine officielle n'y est évidemment pas exclue.

Quel est l'accueil réservé au référentiel par les acteurs de cette médecine officielle (médecins, gynécologues, sage-femme...) ?

On n'a pas encore l'expérience. En revanche, ce qu'on remarque c'est qu'on a de plus en plus de jeunes femmes médecins qui viennent vers nous. Pendant longtemps nous avons eu dans notre assemblée générale (AG) l'une ou l'autre sage-femme mais il n'y avait pas de médecin. Maintenant on a deux médecins dans l'AG de Femmes & Santé. Deux jeunes médecins qui vont prendre le relais. Ce qui est important c'est que les professionnelles de la santé doivent d'abord être femmes parmi les autres mais aussi envisager leur expertise particulière comme étant une expertise parmi les autres. Cela veut dire qu'il faut vraiment se fondre dans un groupe sans prendre le gouvernail parce qu'on pense que son savoir est supérieur au savoir des autres. C'est très bien qu'il y ait des professionnels, on se respecte

mutuellement. J'ai toujours dit « moi j'ai ma formation de médecin, je peux amener quelque chose de particulier au groupe mais il y a une autre femme qui elle, a une transmission importante de sa mère ou de sa grand-mère par exemple ». Je suis vraiment très impressionnée. En santé communautaire ce sont souvent des femmes maghrébines assez traditionnelles et c'est un savoir d'or qu'elles ont ! Alors leur savoir doit être aussi valorisé que mon savoir ! C'est très chouette s'il y a des sages-femmes, des médecins dans le groupe mais sans la verticalité. Je respecte mon savoir et je respecte le savoir de l'autre et je ne fais pas une hiérarchisation des savoirs.

« Militer c'est bon pour la santé ! »

Catherine Markstein

ES : C'est donc une vision vraiment horizontale...

C'est vraiment ça et c'est ça le défi !

ES : Pensez-vous pouvoir toucher un large public de femmes ? Ne risque-t-on pas de n'atteindre que des femmes sensibles à la cause féministe et aux droits des femmes ?

Oui, c'est un risque mais ici, en novembre et décembre, nous consacrons deux mois à la diffusion de l'outil. Nous pouvons venir expliquer

le référentiel un peu partout. Nous avons toutes les trois nos racines dans ce qu'on appelle en France « l'éducation populaire ». Cela veut dire travailler avec des milieux précarisés, des femmes issues du milieu populaire qui n'ont pas accès à une information comme nous l'avons. On travaille aussi pas mal avec Vie féminine qui est une association féministe. Et là, j'ai déjà deux-trois rendez-vous pour travailler avec des groupes qui touchent les femmes populaires.

ES : Comment voyez-vous l'avenir de ce référentiel ?

Je dois encore réfléchir comment on peut l'évaluer, le changer... mais tout simplement je rêverais que les femmes apprennent mutuellement les unes des autres, fassent plus confiance à leurs compétences, et ce déjà avant la consultation médicale où il y a la possibilité de travailler des questions de santé. Je ne parle évidemment pas de maladie, on est très content qu'il y ait une belle médecine, une médecine qui peut guérir. Parce que, ce que j'ai dit encore récemment, c'est que si on est plus ensemble, dans le groupe, on échange, on se soutient. Le jour où il y un pépin de santé et où nous avons besoin de professionnels, de quelque chose de plus pointu, on aura déjà créé un réseau de soutien et ça aussi j'y crois ! C'est très important pour la guérison !

Comment obtenir le référentiel ?

Le référentiel auto-santé des femmes peut être commandé en ligne sur le site de l'asbl Le Monde selon les femmes (<http://www.mondefemmes.be/>) et sur le site de la FCPPF (<http://www.fcpcf.be/>) au prix de 8 euros.

STRATÉGIES

L'extrascolaire, un formidable outil d'inclusion sociale

Carine Vassart, Claire Kramme, Fondation Roi Baudouin

Depuis 2013, le Fonds Baillet Latour, via son initiative 'L'extrascolaire au cœur de l'intégration', menée en partenariat avec la Fondation Roi Baudouin, stimule la participation d'enfants issus de milieux précarisés à des activités extrascolaires de qualité en Région de Bruxelles-Capitale. L'initiative a permis de financer 52 organisations qui ont accueilli quelque 4.000 enfants dont près de 50 % venaient pour la première fois dans une structure d'accueil. L'identification des facteurs de succès et des difficultés le plus souvent rencontrées par ces projets a mené à la formulation de recommandations à destination

des décideurs publics ou privés qui désireraient s'impliquer dans l'extrascolaire en tant qu'outil d'intégration sociale. Ces recommandations ont été affinées et validées par des professionnels des secteurs de l'extrascolaire, de la petite enfance et de la lutte contre la pauvreté.

Aider les enfants et les jeunes à se construire

En Belgique, le taux de risque de pauvreté des enfants de 0 à 15 ans s'élève à 18,5 % ; en Région de Bruxelles-Capitale il est estimé à 40 %. Parmi les jeunes enfants vivant sous le seuil de pauvreté en Région bruxelloise, les trois quarts ont une mère d'origine non européenne. On sait dorénavant à quel point la pauvreté affecte le développement de l'enfant en termes de santé, d'éducation et de bien-être psychosocial. On sait moins à quel point la pauvreté a un impact négatif sur la participation aux activités extrascolaires.

En Belgique, plus de 30 % des enfants de 1 à 15 ans vivant dans un ménage à risque de pauvreté ne peuvent pas exercer régulièrement des activités de loisirs en dehors du logement, contre environ 3 % des enfants vivant dans un ménage qui n'est pas à risque de pauvreté (Enquête sur les revenus et les conditions de vie, Direction Générale Statistique. 2014).

L'accueil extrascolaire joue pourtant un rôle important dans le développement des enfants et est un levier efficace pour améliorer leurs conditions d'intégration, en particulier chez ceux qui sont en situation de précarité. Les activités extrascolaires peuvent en effet favoriser l'intégration de ces enfants car les structures qui les encadrent peuvent les aider à se socialiser, à développer leur confiance en eux, à prendre conscience de leurs atouts en dehors du contexte scolaire, à découvrir de nouveaux environnements, à sortir de leur quartier...

Pourquoi agir dans le domaine de l'extrascolaire ?

L'enfance est cette période-clé de la vie où tant de choses se jouent et se nouent : acquisition du langage, confiance en soi, relation aux autres, équilibre physique et psychologique, développement social, cognitif et émotionnel. Les bases qui sont jetées à ce moment-là conditionneront dans une large mesure la scolarité de l'enfant, sa vie sociale et professionnelle, sa santé, son bien-être physique et mental – bref, tout son avenir de citoyen. L'extrascolaire est reconnu comme un levier efficace pour améliorer les conditions d'intégration des enfants, en particulier ceux en situation de précarité. Ses différents avantages :

1. une fonction éducative au travers de la stimulation du développement physique, psychique et social de l'enfant ; elle permet notamment de valoriser la confiance en soi de l'enfant en mobilisant d'autres compétences que celles mobilisées à l'école ;
2. une fonction économique puisqu'elle facilite, à certaines conditions, la mise à l'emploi des parents, en particulier des femmes, en offrant une prise en charge avant et/ou après l'école, les mercredis, les weekends et/ou pendant les vacances scolaires.
3. une fonction sociale dans le sens où l'accueil offre des opportunités de soutien à la parentalité et peut faciliter l'inclusion de familles vulnérables.

Qu'est-ce que l'accueil extrascolaire ?

Par accueil extrascolaire, on entend, au sens le plus large, l'accueil d'enfants en âge scolaire, en dehors du cadre familial : avant et après les heures d'école, pendant la pause du midi, le mercredi après-midi, le week-end et pendant les congés ou vacances scolaires. Cela englobe les activités autonomes encadrées, les animations éducatives, culturelles, sportives ou autres.

Les recommandations

Recommandation n° 1 : Améliorer l'offre et la qualité des activités extrascolaires à Bruxelles

Il faut lutter contre la pénurie actuelle, dans la région bruxelloise, d'offre d'activités extrascolaires accessibles à un public défavorisé. Sur base d'un état des lieux des besoins non rencontrés, une offre d'activités accessibles et de qualité doit être développée dans les quartiers défavorisés. Une attention spécifique pour les moins de 6 ans est préconisée, compte tenu du manque d'offres observé pour cette tranche d'âge. Parallèlement, la qualité de l'offre doit être améliorée. Les projets doivent être encadrés par un personnel capable de nouer des liens

de confiance avec les familles et d'élargir les horizons des jeunes enfants. Une formation initiale et continue de qualité, des modes de recrutement plus ouverts et plus mixtes, des conditions d'emploi moins précaires et une sensibilisation aux réalités de vie de ces familles en difficulté sont nécessaires pour répondre au mieux aux besoins des enfants du public cible et maximiser les chances d'une participation régulière aux activités. La régularité de la programmation et une réflexion sur le contenu sont aussi des éléments déterminants pour la qualité de l'offre.

L'amélioration de la qualité passe par le soutien de projets viables financièrement et pilotés de manière rigoureuse. Les acteurs doivent être soutenus grâce à un renforcement de leurs compétences en matière de gestion de projet, de gestion financière et d'auto-évaluation. Il est également impératif de sécuriser le financement des projets, notamment grâce à des soutiens pluriannuels qui permettent aux porteurs de projet de déployer les activités dans le temps afin d'arriver aux meilleurs résultats possibles. Favoriser l'accès des enfants issus de milieux défavorisés au 'monde de l'extrascolaire' passe enfin par la mise en place d'un pilotage efficace et efficient du secteur par les autorités compétentes et par les pouvoirs subsidiaires. Quelle est la formule la plus efficace ?

L'expérience acquise dans la mise en œuvre du programme 'L'extrascolaire au cœur de l'intégration' montre que le type de projet le plus efficace est celui qui repose sur la gestion, en interne dans une organisation, d'une activité offerte régulièrement et dans la durée au même groupe d'enfants. Cette formule permet de renforcer l'expertise du porteur de projet vis-à-vis de son public cible et augmente la probabilité d'avoir des effets bénéfiques durables sur les enfants. Les activités uniquement ponctuelles n'ont qu'un impact à court terme visant plutôt la détente que le développement de l'enfant.

Recommandation n° 2 : Améliorer l'accessibilité aux activités extrascolaires

Répondre à la demande ne suffit pas. Pour atteindre les familles 'non-utilisatrices' des services, il faut mener une politique volontariste



Photo © Fotolia

pour réduire les barrières à l'entrée des milieux d'accueil extrascolaires et encourager les pratiques proactives et inclusives à l'égard de ces familles afin de créer du lien et de gagner leur confiance. L'accessibilité 'physique' peut être facilitée grâce au partage de locaux avec l'école ou d'autres associations, à la proximité des transports publics, par l'organisation d'un transport spécifique ou par la prise en charge directe des enfants à la sortie des classes. Il faut aussi encourager les projets initiés au plus près des familles, ceux qui proposent des activités 'au pied des immeubles', des activités 'mobiles', dans l'espace public ou sur le site de l'école, en particulier pour les plus jeunes enfants (moins de 6 ans). Le contact avec les familles éloignées des activités extrascolaires sera amélioré si l'on intègre dans les équipes des personnes issues du public cible ('jeunes ambassadeurs' du projet, figures clés, témoins du vécu).

L'efficacité passe par une adaptation au public concerné. L'intégration des familles issues de milieux défavorisés dans les activités nécessite une communication adaptée (des documents facilement compréhensibles et disponibles en plusieurs langues) et des modalités d'inscription adéquates (accompagnement dans les démarches d'inscription, présence d'un interprète...). L'accessibilité doit être maintenue une fois 'la porte franchie' en adaptant notamment les outils de communication pour surmonter la barrière linguistique. Des dessins, des photos et des symboles peuvent être utilisés pour l'information. Il faut aussi proposer des formules suffisamment souples (horaires flexibles, activités 'one shot', etc.) pour permettre

à l'enfant de s'intégrer dans le groupe malgré les contraintes liées à ses conditions de vie ou au contexte (absences prolongées, irrégularité dans la participation, moindre maîtrise de la langue parlée par le groupe).

Les pratiques incluant les familles doivent être privilégiées. Il est important de susciter des moments conviviaux (goûters, représentations, etc.) pour prévenir les a priori réciproques entre familles et professionnels et d'offrir des occasions de rencontre entre familles issues de milieux socioculturels divers. Il importe aussi, dans la perspective de créer et de maintenir le lien de confiance avec les familles, de recourir à des méthodes participatives qui incluent la famille et les enfants, y compris pour l'évaluation des projets. L'accessibilité économique s'avère particulièrement déterminante. Pour être accessibles, les activités doivent être proposées gratuitement ou, au minimum, bénéficier d'un tarif social.

Recommandation n° 3 : Favoriser les partenariats et le travail en réseau

Le partenariat entre les asbl et l'école constitue un facteur décisif d'intégration des enfants. L'école étant le lieu de rencontre de tous les enfants, le renforcement des liens entre les structures d'Accueil Temps Libres et l'école semble donc pertinent et nécessaire, particulièrement dans le cas des enfants du public cible. L'expérience flamande de 'Brede School' est inspirante. Ce concept, dont l'objectif est d'améliorer les possibilités de développement des enfants, favorise la collaboration entre les écoles et une large palette de partenaires de

différents secteurs (loisirs, culturels, sociaux, économiques, environnementaux...) présents dans le quartier. Le partenariat avec l'école pourrait aussi permettre aux projets de mieux mesurer leur impact sur les enfants grâce aux échanges plus réguliers avec l'école pour suivre l'évolution et le développement de l'enfant, ses résultats scolaires.

Les parents doivent être associés en tant que partenaires dans une alliance éducative. Accorder une 'vraie' place aux enfants et à leurs familles constitue un facteur clé de réussite pour les projets. Les partenariats doivent être développés pour élargir les horizons des jeunes et les faire sortir de leur quartier. Les partenariats sont un formidable moyen de créer des occasions de faire sortir les jeunes de leurs quartiers. Ils peuvent prendre différentes formes : projets coconstruits, découverte de nouveaux horizons (liens avec les artisans du quartier, organisation d'initiatives telles que 'Place aux enfants'...), etc. Encourager les échanges entre associations des différentes communautés peut également s'avérer très enrichissant.

Le travail en réseau sur le plan local doit être stimulé. Celui-ci permet d'améliorer la prise en charge globale des familles en coordonnant les interventions des différents acteurs sociaux (suppression des demandes multiples ayant le même objet, meilleur accès aux différentes aides sociales existantes...). Le travail en réseau permet aussi d'optimiser la couverture de tous les publics en interrogeant la façon dont s'articulent les multiples dispositifs présents sur un même territoire. En effet, malgré le nombre élevé des dispositifs existants sur le plan local, de nombreuses familles et leurs enfants restent en dehors de toute affiliation sociale tandis que d'autres sont au contraire usagers multiples de ces services. Il est donc essentiel d'encourager le développement de stratégies communes à plusieurs associations pour mieux toucher tous les publics d'un même quartier.

Source

Claire Kramme et Séverine Acerbis, L'extrascolaire, un formidable outil d'inclusion sociale – Recommandations, Fondation Roi Baudouin, www.kbs-frb.be
Le lien direct vers la publication des recommandations : <https://www.kbs-frb.be/fr/Activities/Publications/2017/20171016DD>

Objectifs de santé belges : d'une formulation ad hoc vers une approche structurée

Selon un communiqué de presse du KCE

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande à tous les pays de se doter d'objectifs concrets pour orienter leurs politiques en matière de santé. La Belgique en utilise déjà un certain nombre, mais ils sont assez disparates. En vue de mettre sur pied une approche plus cohérente, il a été demandé au Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) de dresser l'inventaire de tout ce qui existe dans le domaine fédéral.

Des objectifs de santé, pour quoi faire ?

Pour être cohérente, la politique de santé d'un pays (ou d'une région) doit idéalement viser certains objectifs plus ou moins concrets, ce qui donne à tous les acteurs du secteur des buts communs à poursuivre. C'est en tout cas la recommandation que font différentes institutions internationales comme l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou l'Observatoire européen des Systèmes de Santé.

De nombreux pays ont mis en place de véritables programmes globaux de fixation d'objectifs de santé. Ils contribuent à piloter l'ensemble de leurs actions en matière de santé, à les évaluer et, de façon générale, à orienter leur politique à plus ou moins long terme. Certains de ces pays ont même fait de ces programmes des outils de sensibilisation de la population, avec des sites web où sont publiées les valeurs cibles à atteindre et où professionnels et communautés locales peuvent échanger leurs expériences de terrain.

Dresser l'inventaire de ce qui existe déjà

La Belgique fédérale n'a pas de tel programme de fixation d'objectifs ; elle a plutôt pris l'habitude de se fixer des objectifs au cas par cas. Nous en avons déjà un certain nombre, mais ils sont assez disparates, ce qui peut donner une impression de « patchwork ». Les réunir dans un programme structuré donnerait à l'ensemble une cohérence et une meilleure visibilité. Ce serait également plus motivant pour tous les acteurs de terrain, qui auraient ainsi des cibles bien définies à atteindre tout en ayant conscience de participer à un effort global à l'échelle de tout le pays. Un premier pas vers une telle approche structurée est de faire l'inventaire de ce qui existe déjà. C'est pourquoi la ministre de la Santé publique a demandé au KCE de dresser

une liste des objectifs déjà définis dans le domaine fédéral (y compris les objectifs supranationaux tels que ceux fixés dans le cadre d'accord avec l'OMS par exemple).

Un inventaire à la Prévert

L'inventaire ainsi réalisé révèle un mélange d'objectifs très généraux (par exemple réduire les inégalités d'espérance de vie liées au niveau socioéconomique au sein de la population belge), et d'autres beaucoup plus spécifiques (par exemple un pourcentage minimum de prescriptions bon marché pour chaque médecin ou dentiste individuel). On distingue aussi des objectifs de résultats (ce que l'on veut atteindre, avec éventuellement des objectifs intermédiaires), des objectifs de processus (les actions à entreprendre pour atteindre les résultats escomptés) et des objectifs de structure (les modifications structurelles à obtenir pour atteindre le résultat).

Ces objectifs sont formulés tantôt par le niveau politique (par exemple la ministre de la Santé publique a formulé un objectif de réduction du nombre d'adultes fumeurs à 17 %), tantôt par le monde scientifique (par exemple les recommandations du Conseil supérieur de la Santé en matière de nutrition), tantôt encore à un niveau plus opérationnel ou administratif (par exemple les objectifs du Conseil National de Promotion de la Qualité à l'attention des médecins).

Il faut aussi ajouter à cet inventaire les divers plans d'action adoptés ces dernières années, par exemple le plan conjoint « Soins intégrés en faveur des malades chroniques » (lancé conjointement par les ministres de la santé fédéraux et des entités fédérées) ou le plan d'action pour une réforme du système de financement des hôpitaux (lancé par la Ministre de la santé fédérale). Ces plans regroupent chacun plusieurs objectifs ambitieux.

Quelles devraient être les prochaines étapes ?

On peut donc dire que la Belgique a déjà bel et bien défini de nombreux objectifs de (soins de) santé mais qu'il faut leur donner un fil rouge et un encadrement. Le KCE propose de créer à cet effet une plate-forme pour coordonner, soutenir et faire connaître la politique de fixation d'objectifs. Cette plate-forme devrait réunir les représentants politiques et administratifs des différents niveaux de compétences et domaines pertinents, ainsi que des représentants des principales parties concernées sur le terrain et des scientifiques. Une des premières tâches de la plate-forme devrait être de définir les priorités de la politique de santé. Cet exercice doit idéalement se faire en large concertation avec les acteurs de terrain afin de développer des objectifs concrets, des valeurs cibles à la fois ambitieuses et réalistes, et ensuite des programmes d'action réellement portés par le secteur.

D'autres objectifs pourront être ajoutés à ceux déjà inventoriés ; le KCE en a proposé une longue série en annexe de son rapport. Ils ont été élaborés sur la base de son exercice récurrent d'évaluation de la performance du système de santé, développé en collaboration avec l'ISP et l'INAMI. Ces propositions visent surtout à mettre en évidence la nécessaire cohérence entre cet exercice d'évaluation de la performance du système de soins et l'établissement d'objectifs tels que proposés dans le présent rapport. Ces propositions devront évidemment faire l'objet d'une réflexion plus avancée en concertation avec les parties prenantes avant d'être adoptées comme objectifs.

À terme, avec un brin d'optimisme, cet exercice pourrait mener à un élargissement des objectifs aux autres secteurs et niveaux de gouvernance, pour atteindre le principe de la « santé dans toutes les politiques » (Health in all policies) qui constitue une sorte de Graal en la matière.

Proche et disponible, la pharmacie est le premier lieu de contact entre le patient et le monde de la santé. 86 % des Belges¹ sont fidèles à leur officine en laquelle ils ont confiance, et située souvent près du domicile. Le nouveau service de « pharmacien de référence » place le patient au cœur du processus de santé et rappelle le rôle du pharmacien en tant que prestataire de soin.

Depuis le 1^{er} octobre, le système de « pharmacien de référence » est entré en vigueur. Il s'agit d'un service assurant le suivi et l'accompagnement de l'observance thérapeutique du patient en créant un schéma de médication. « *Il faut qu'il y ait un lien de confiance, une relation thérapeutique qui soit avérée pour que le pharmacien puisse exercer ce rôle de la manière la plus efficace possible* », explique Alain Chaspierre, Vice-président de l'Association Pharmaceutique Belge (APB). Le « pharmacien de référence » est un praticien choisi librement par un patient qui utilise au minimum un médicament de manière chronique et qui a eu une dispensation de quatre autres médicaments remboursés dans la même pharmacie durant l'année précédente. Les publics cibles sont les patients chroniques² mais pas seulement. Ceux qui vont bénéficier le plus de ce service sont les personnes polymédiquées, c'est-à-dire les patients qui utilisent plus de cinq médicaments régulièrement, ceux qui éprouvent des difficultés avec leur traitement, et tous les patients qui vont le demander.

Le rôle primordial du pharmacien

Les fonctions du pharmacien restent inchangées, elles sont clairement établies dans l'arrêté royal du 21 janvier 2009, qui définit les soins pharmaceutiques de base. « *Lorsque vous vous rendez dans une pharmacie, le pharmacien vous délivre un médicament et regarde ceux que vous prenez déjà, si cela convient, s'il n'y a pas d'interaction majeure par exemple, et ensuite il vous explique la posologie* » rappelle Alain Chaspierre.

Un outil indispensable

Le schéma de médication constitue une avancée majeure dans le traitement des patients

chroniques. Il sera édité par le pharmacien de référence du patient qui le tiendra à jour au départ et à chaque modification de traitement. Il s'agit d'un outil de communication de première ligne. « *Ce schéma va vivre et évoluer avec le patient, en permettant d'avoir une vue hélicoptère de l'ensemble des traitements, prescrits et non prescrits, par un généraliste ou un spécialiste. Cela fait partie de l'accompagnement des soins pharmaceutiques de base. Avant, on écrivait nos conseils d'utilisation sur les étiquettes ou on les dispensait oralement. Aujourd'hui, on va les encoder et surtout les partager avec différents professionnels de santé. Cela permet un meilleur aperçu du traitement tout en impliquant les patients dans leur médication* », explique Arnaud Lambert, pharmacien dans une officine à Namur. La période où le pharmacien griffonnait sur la boîte est donc révolue.

Quels sont les avantages de ce service ?

Ils sont multiples. Premièrement, cela permet une meilleure communication entre le médecin généraliste et les spécialistes. Tous les professionnels de la santé sont au courant de ce que les collaborateurs de la santé ont déjà prescrit au patient. Cela permet d'avoir une vue complète de ce que le patient utilise, y compris l'automédication. Deuxièmement, l'observance thérapeutique du patient est meilleure. Non seulement la posologie du traitement est claire pour le patient, mais cela permet aussi au professionnel de la santé qui le reçoit d'en prendre connaissance. Généralement, la première question que le médecin pose est « *Quels sont les médicaments que vous prenez ?* » et si le patient oublie de citer un traitement, cela peut engendrer un mauvais diagnostic. Aussi, si un patient est hospitalisé en état d'inconscience,

le médecin aura accès au schéma thérapeutique de ce dernier. L'objectif est d'éviter de faire des erreurs dans sa prise en charge.

L'informatisation des données au service du patient

En Belgique, le système eHealth permet l'échange de données de santé. Depuis le 1^{er} octobre, deux nouveaux éléments sont entrés en vigueur à condition que le patient donne son consentement. Le premier est l'échange des données entre hôpitaux et l'échange des données entre les hôpitaux et les médecins généralistes. Et le second élément est le Dossier Pharmaceutique Partagé (DPP). Alain Chaspierre rappelle que *cela permet au pharmacien de référence désigné comme tel de voir le parcours thérapeutique du patient. Par exemple, si un patient se rend dans une autre pharmacie que celle de référence, peu importe laquelle, le pharmacien de référence sera au courant de son traitement et pourra consolider un schéma de médication complet du patient.*

Le pharmacien de référence va être le point de contact pour la médication du patient pour tous les prestataires de soin. À l'horizon 2020, le nom du pharmacien de référence et le nom du médecin généraliste seront couplés au nom du patient dans les données eHealth. Donc, lorsqu'un professionnel de la santé utilisera la carte d'identité d'un patient, il aura son nom, le nom du médecin traitant qui a le DMG et le nom du pharmacien de référence qui s'occupe de son schéma de médication.

Le but est de mettre en place un accompagnement personnalisé et d'améliorer la qualité des soins en ayant une vue exhaustive et complète de la médication du patient : une avancée stratégique dans la prise en charge du traitement du patient.

¹ Source : Alain Chaspierre, Vice-président de l'APB

² Tout patient à qui 5 médicaments remboursés ont été délivrés dans la même officine au cours de l'année écoulée, dont au moins un médicament chronique.



Photo © Fotolia

La pharmacie au centre du village

Pourquoi n'est-ce pas le médecin traitant qui propose le schéma de médication ? Cette question appelle deux éléments de réponse. D'abord, il peut y avoir une différence entre l'intention thérapeutique et la réelle délivrance du traitement.

Ensuite, il peut y avoir une interaction entre les médicaments ou encore une erreur dans la prescription. Dans ce cas, le pharmacien peut prendre contact avec le médecin pour modifier le prescrit, signaler l'indisponibilité ou la pénurie du traitement en pharmacie. L'intérêt du schéma de médication créé par le pharmacien est donc de reprendre précisément ce que le patient prend réellement.

Depuis l'annonce de ce service, il y a un réel engouement de la part des patients. Surtout, qu'il s'agit d'un service gratuit pour ceux qui font partie du groupe cible. Le patient signe une convention autorisant l'échange de ses données de santé. Pour ce service, le pharmacien est rémunéré sur base d'un honoraire annuel par patient de 31,80 euros tva, financé par des réaffectations au sein de l'enveloppe des pharmaciens. Il ne s'agit donc pas d'un budget supplémentaire de l'INAMI.

Les espaces de confidentialité

De nos jours, la stratégie globale est de réorienter la profession de pharmacien vers plus de prestations de services à valeur ajoutée

pour les patients plutôt que de simples actes de dispensation. Celle-ci correspond à l'évolution du métier et est axée sur la réalité de terrain. L'intérêt d'une mise à disposition d'un espace privé pour le patient, réservé à la concertation, lui permet de poser toutes les questions de santé en toute confidentialité. Le pharmacien (ré)explique pourquoi le médecin a prescrit ce traitement, l'intérêt de le prendre, comment éviter les effets indésirables... Le but est de vérifier que le patient a bien compris l'utilisation de son traitement. Toutes les officines ne disposent pas d'un espace de confidentialité à proprement parler. Néanmoins, il est toujours possible pour un patient de discuter en privé avec son pharmacien. Ce service de dialogue et d'écoute fait partie inhérente du métier, et est destiné à renforcer la relation de confiance entre le pharmacien et son patient pour un meilleur suivi.

Éducation du patient

Alain Chaspierre cite l'exemple d'un projet sur l'ostéoporose. « Pour que le traitement soit efficace, le patient doit prendre des médicaments pour l'ostéoporose et du calcium. À un moment donné, lorsqu'il y a assez de calcium, on ne donne plus que le produit pour l'ostéoporose. En fonction de l'évolution, le traitement sera réajusté. » Aujourd'hui, quand le pharmacien réalise une vue d'ensemble de la médication, il se rend compte que beaucoup de patients ne prennent plus le calcium ou le prennent au mauvais moment. C'est l'intérêt d'avoir une vue

générale sur l'ensemble du traitement. Il est donc primordial d'impliquer le patient dans son traitement, de l'autonomiser afin d'optimiser son adhésion thérapeutique.

La médication active et les services du pharmacien

Le métier de pharmacien se décline principalement sous trois angles. La **prévention** compose le premier élément. Elle suppose l'instauration d'une relation de confiance entre le patient et le pharmacien de référence, qui pourra ensuite développer ses services de soutien à l'adhésion thérapeutique.

Ensuite, l'**orientation** des patients qui commence par une écoute attentive du pharmacien. Ce dernier est disponible pour informer le patient et lui proposer des pistes afin de remédier à son problème de santé.

Il s'agit d'un service d'accompagnement.

Comme le souligne et le rappelle le pharmacien Arnaud Lambert, « dans les soins de santé, le pharmacien est souvent mis sur le côté. On oublie qu'on est là pour s'assurer que les médicaments sont bien utilisés, pour éviter justement que la personne ne devienne encore plus malade. Notre boulot n'est pas de donner des médicaments pour que les gens se soignent, c'est d'éviter qu'ils en prennent finalement. Dans ce cadre, le schéma de médication permet d'éviter des cascades médicamenteuses à n'en plus finir. Par exemple, le fait de prendre un médicament qui produit un effet indésirable et en prendre un autre pour contrer cet effet, et ainsi de suite. Si on voit directement tout ce que le patient utilise, on peut constater la source du problème. Je prends le temps qu'il faut pour écouter mes patients, cela fait partie inhérente de mon métier ».

Finalement, le **suivi** pharmaceutique constitue le troisième élément du métier. Les pharmaciens rendent beaucoup de services, qui ne sont pas toujours visibles par manque de quantification. Avec le service de pharmacien de référence, on objective ce qu'ils font déjà, et le travail réalisé en coulisse est un peu plus visible.

La fonction du pharmacien reste donc primordiale dans la promotion de la santé en tant que premier interlocuteur avec les patients, et cela tant pour les écouter que les guider. Le nouveau service de « pharmacien de référence » permet donc de renforcer ce rôle de conseiller en santé.

INITIATIVES

Une nouvelle pyramide alimentaire pour la Flandre

Omer Urat

La Flandre se dote d'une nouvelle pyramide alimentaire. Elle surprend de par sa position. Reposant sur sa pointe, elle fait la part belle aux fruits et légumes qui occupent une place privilégiée. Néanmoins, elle soulève beaucoup de questions tant du point de vue de son contenu que de sa structure. Contrairement aux outils précédents, la pyramide alimentaire s'adresse directement au grand public.

La pyramide flamande est innovante. Les aliments recommandés se retrouvent tout en haut. Son agencement présente quatre niveaux distincts avec un code couleur bien défini. L'eau (en bleu) chapeaute la structure suivie par les produits végétaux (en vert foncé). Ces derniers comprennent principalement les fruits et les légumes, les légumineuses, les noix et les céréales complètes. Ensuite, on observe les produits animaliers (en vert clair) tels que les œufs, les poissons, les viandes blanches et les produits laitiers. Enfin, à la pointe (en orange), on retrouve le beurre et les viandes rouges. La pyramide illustre aussi les aliments à exclure, notamment l'alcool, le chocolat et la charcuterie, qui se retrouvent dans un cercle rouge en dehors de celle-ci.

La pyramide flamande met davantage l'accent sur l'environnement et la production alimentaire, contrairement à la version wallonne. Inchangée depuis deux décennies, cette dernière présente six niveaux différents, sans couleur distincte et sans exclusion. La plus grande différence réside dans le choix du classement des aliments. Par exemple, ceux-ci sont disposés en fonction des nutriments qu'ils procurent, d'où le regroupement des produits comme les viandes, les poissons, les œufs, les légumineuses et les noix, rassemblés en tant que sources de protéines dans cette ancienne version.

Qu'en pensent les professionnels ?

Entretien avec Nicolas Guggenbühl, professeur de nutrition à l'Institut Paul Lambin et diététicien.

ES : Avant toute chose, pourriez-vous définir une alimentation saine ?

NG : Il y a quelques années, j'aurais dit qu'une alimentation saine permet de fournir les différents nutriments dont notre corps a besoin, de les fournir tous et dans les bonnes proportions. Cela

correspond à l'approche nutritionnelle classique. Aujourd'hui, elle désigne une alimentation (et éventuellement des boissons) qui a été identifiée pour sa relation avec la santé. Si je prends le cas des fruits et légumes, on sait que les gens qui en consomment beaucoup ont des bénéfices santé. Il s'agit d'une des relations les plus fortes en nutrition. Néanmoins, on ne peut pas traduire cette relation santé en matière de « nutriments ». Il existe donc deux approches parallèles et complémentaires. D'une part, le corps a besoin quotidiennement d'une trentaine de nutriments comme des vitamines, des minéraux, des acides aminés, des fibres, etc. D'autre part, il existe des relations établies entre certains aliments et la santé. Une alimentation équilibrée doit tenir compte de ces deux critères.

Par exemple, rien ne dit que manger des noix ou des graines est indispensable. Parce qu'on pourrait réaliser une formule nutritionnelle avec la trentaine de nutriments dans les proportions correspondant aux besoins. Nous pourrions vivre avec cela. Mais nous vivons mieux en y ajoutant des aliments identifiés comme protecteurs (c'est-à-dire associés à une réduction du risque de différentes maladies) et en limitant la consommation d'autres aliments associés à une augmentation du risque de certaines pathologies.

ES : Pensez-vous qu'une alimentation équilibrée est synonyme d'« interdiction » ?

NG : Manger, c'est aussi du plaisir. Il s'agit d'une dimension qu'on ne peut pas ignorer. En nutrition, je pense qu'une interdiction n'est pas constructive. Par exemple, un enfant à qui on a interdit de manger des bonbons sera nettement plus attiré par ceux-ci lorsqu'il sera autonome, qu'un enfant à qui on a permis d'en consommer avec modération. Personnellement, je pense qu'« interdire » n'est pas la solution. Néanmoins, ce n'est pas pour autant qu'il faut rester passif.

Je crois plus en l'éducation pour amener les gens vers un comportement alimentaire équilibré qu'en l'introduction de directives, d'interdits, ou encore d'obligations. Cela construit des schémas de valeur qui vont être maintenus longtemps et qui influenceront le comportement alimentaire futur. De plus, le plaisir procuré par l'alimentation n'est pas lié à la fréquence ou à la quantité. En effet, la première bouchée est toujours la meilleure, par conséquent, l'intensité du plaisir diminue au fur et à mesure de la consommation. C'est le rôle des phénomènes biologiques qui amènent la diminution du plaisir avec la quantité. Il vaut mieux savourer quelque chose de sucré que de le dévorer en grande quantité.

ES : Dans un premier temps, à quoi cette pyramide vous fait-elle penser ?

NG : Cette pyramide, qui est en réalité un triangle, me rappelle davantage la forme d'un signal attention de la circulation routière que celle d'une pyramide alimentaire. C'est perturbant, car elle a la tête en bas. Normalement une pyramide, qui est le modèle le plus utilisé dans le monde, doit reposer sur une base, dont l'équilibre est assimilé au socle solide. Pour que l'édifice tienne, il faut que tous les étages soient bien représentés... Ici, on a une autre notion d'équilibre, qui semble instable puisque la pyramide est sur la pointe.

ES : Pourquoi adopter ce type de structure ?

NG : Les scientifiques flamands estiment, en fonction de leur échelle de valeurs, que la population pense que ce qui est en haut de la pyramide est le meilleur. En effet, des biologistes flamands utilisent une pyramide de la vie avec différents stades de prédation où l'Homme est tout en haut de la chaîne alimentaire. Il mange tout et personne ne le mange. Ce qui est en haut représente donc le plus fort, l'idéal, ou le plus évolué. C'est pourquoi l'idée d'avoir une pyramide

qui a la même forme mais où on retrouve en haut ce qui est le « moins bon » pour la santé les perturbe. Ceci n'est qu'une explication personnelle, reste à savoir si elle est valable...

ES : Cette pyramide est destinée au grand public, pensez-vous qu'elle est facilement compréhensible pour tous ?

NG : Dans les grandes lignes, elle est facile à comprendre et constitue une lame de fond dans les objectifs nutritionnels. Mais je ne pense pas qu'elle puisse aider à construire une alimentation qui soit à la fois équilibrée, et correspondant aux préférences alimentaires, à la culture, ainsi qu'aux habitudes des Belges.

En effet, on est clairement dans une alimentation beaucoup plus végétale. La viande est devenue synonyme de mauvais, et se retrouve à la « pointe » de cette pyramide, tout en bas. De plus, je ne suis pas d'accord de placer sur le même pied d'égalité, l'intérêt de consommer plus de végétaux (fruits et légumes, céréales complètes, légumineuses, noix et graines, etc.) qui constitue un objectif nutritionnel valable, et la diminution de la consommation de viande. En effet, le bénéfice santé attendu d'une réduction de la consommation de viande est très faible par rapport au bénéfice santé lié à la majoration de la consommation de céréales complètes, de fruits et légumes, de légumineuses... Cela est clairement défini dans le projet *Global Burden Diseases* où sont identifiées les priorités nutritionnelles.

ES : Du côté francophone, est-ce qu'il y a une raison à adopter cette pyramide ou à modifier celle utilisée aujourd'hui ?

NG : Cette pyramide est un modèle développé pour la Flandre, qui remplace le modèle précédent devenu obsolète. Elle a été conçue par le *Vlaams Instituut Gezond Leven*¹ qui est en charge de ces matières.

Le fait que les modèles évoluent est tout à fait logique et sain. En effet, les connaissances évoluent et les objectifs doivent s'adapter, les représentations également. Par exemple, il s'agit déjà de la quatrième version de la pyramide alimentaire développée à l'Institut Paul Lambin depuis ses débuts. Parce que la traduction des objectifs nutritionnels en un modèle visuel, n'est pas une science exacte mais une sorte d'art. De mon point de vue personnel, je ne pense pas que ce modèle soit plus pertinent en tant



que support pour faire passer les messages principaux. Cependant, il a le mérite de donner le ton, même si ce modèle est trop loin des habitudes de consommation. Quand on met la barre trop haut en nutrition, on perd l'objectif. Ce sera probablement un modèle qui va davantage servir à ceux qui mangent déjà des fruits et légumes qu'à ceux qui n'en mangent pas du tout. Or, le plus important est d'inciter ceux qui n'en mangent pas à en consommer. C'est pareil avec le problème de la consommation de viande. Ce n'est pas d'en manger le moins possible qui est bon pour la santé, c'est de ne pas être dans un excès. Ce qui n'est pas du tout la même chose.

ES : Pensez-vous que la Flandre a précipité la publication de sa pyramide avant que les recommandations du fédéral soient publiques ?

NG : Au niveau fédéral, un groupe d'experts, dans lequel je suis également impliqué, a été nommé par le Conseil Supérieur de la Santé. L'objectif est de développer des recommandations communes pour l'ensemble du territoire belge. Dans ce comité, on retrouve des scientifiques qui ont participé à la création du modèle flamand et également d'autres personnes qui ont contribué au développement de la pyramide alimentaire *Food in Action* de l'Institut Paul Lambin. Ils travaillent tous ensemble selon un procédé scientifique dont le but est de fournir des recommandations basées sur les aliments. Ce qui est extrêmement dommage, c'est que la Flandre a diffusé sa version avant les recommandations du fédéral. Cela va générer un contexte particulièrement chaotique le jour où ce dernier va les publier. C'est pourquoi, à l'Institut Paul Lambin, nous allons

attendre les conseils du fédéral, et les intégrer dans notre modèle alimentaire. Pour le moment, on ne sait pas si notre structure sera toujours une pyramide. Mais d'un autre côté, il ne faut pas forcément faire table rase de tout. En effet, la pyramide alimentaire est un outil utilisé depuis longtemps par les professionnels de la santé, et que les citoyens comprennent relativement bien. Donc, la forme pyramidale est une forme que l'on peut critiquer, qui n'est peut-être pas optimale, mais qui a fait ses preuves. De plus, il s'agit d'une vision liée à nos habitudes.

ES : En bannissant certains aliments, pensez-vous que ce schéma favorise une stigmatisation des mangeurs de viande ou des « non-végétariens » ? En d'autres mots, quelle est la place du plaisir et à qui pourrait-il plaire ?

NG : Cette pyramide va plaire aux véganes et aux végétaliens, ce qui est très tendance aujourd'hui. Mais le problème, c'est que les légumes ne fournissent pas assez de protéines, de B12, de fer et d'autres nutriments. On peut vivre sans viande mais pas uniquement avec des légumes. Le message véhiculé dans le schéma n'est pas clair. Aussi, je pense que le Belge moyen ne s'y retrouvera pas, car l'objectif est trop éloigné de ses habitudes. En conclusion, il n'est pas évident de changer les comportements et les habitudes alimentaires, même en sachant que c'est bénéfique pour la santé. La Flandre nous offre aujourd'hui un nouvel outil pour réfléchir à notre consommation. Un outil intéressant certes, mais qui semble trop éloigné des habitudes de la plupart des Belges.

1. Organisme qui dépend de la Région flamande et qui applique sa politique de santé dans sa Région.

Eurotox a publié son rapport sur l'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles pour l'année 2016. Nous vous en présentons ci-dessous un résumé pour la Région bruxelloise. Les résultats pour la Région wallonne paraîtront dans un prochain numéro d'Éducation Santé.

Les tendances épidémiologiques marquantes

L'usage de drogues dans la population générale – Enquête HIS 2013

Selon la dernière enquête Health Interview Survey (HIS)¹, la prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie (usage du produit au moins une fois dans la vie) est de 22 % dans la population bruxelloise âgée de 15 à 64 ans. L'usage de cannabis sur la vie est plus élevé au sein de la tranche d'âge des 15-24 ans (34 %) ainsi que chez les hommes. L'âge moyen du premier contact avec ce produit est d'environ 18 ans et 4 mois. La prévalence de l'usage actuel de cannabis (au moins une consommation au cours des 30 derniers jours) est de 5,2 % dans la population bruxelloise. Il concerne surtout les 15-24 ans (13,4 %) ainsi que les 25-34 ans (8,2 %). L'usage quotidien (ou presque) de cannabis concernerait 1,2 % des Bruxellois de 15-64 ans. La prévalence de l'usage au cours de la vie d'une drogue illicite autre que le cannabis est de 5,6 % dans la population bruxelloise de 15 à 64 ans. La tranche d'âge la plus concernée est celle des 15-24 ans (10,9 %). En Région bruxelloise, comme partout en Belgique, la prévalence d'usage de cannabis au cours de la vie a significativement augmenté depuis 2001, quoiqu'elle semble s'être stabilisée. L'usage actuel est quant à lui resté relativement stable. Cela suggère une augmentation progressive du nombre de personnes qui expérimentent ce produit, sans que cela s'accompagne d'une augmentation du nombre de consommateurs réguliers. La prévalence d'usage

sur la vie d'une autre drogue illicite que le cannabis est relativement stable entre 2008 et 2013.

L'usage d'alcool dans la population générale – Enquête HIS 2013

Selon l'enquête HIS 2013, la prévalence de la surconsommation hebdomadaire d'alcool² (au cours des 12 derniers mois) est de 7,1 % chez les Bruxellois âgés de 15 ans et plus. Elle augmente avec l'âge mais la différence de genre est peu marquée. La prévalence de la consommation quotidienne est de 13 % dans la population bruxelloise de 15 ans et plus, et celle de la consommation quotidienne à risque³ est de 5,8 %. Elles augmentent également avec l'âge des répondants. Contrairement aux autres indicateurs, la consommation quotidienne à risque tend à être plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Il semble donc y avoir davantage de femmes que d'hommes qui consomment quotidiennement une quantité excessive d'alcool : 6,8 % des femmes contre 4,7 % des hommes. La prévalence du binge drinking hebdomadaire⁴ s'élève à environ 9 % chez les Bruxellois de 15 ans et plus. Elle est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Contrairement aux autres indicateurs, dont la prévalence augmente avec l'âge, ce comportement est plus fréquent chez les jeunes, en particulier chez les 15-24 ans (17 %), y compris les jeunes filles (15,6 %). Enfin, 16,3 % de la population bruxelloise de 15 ans et plus aurait déjà eu un problème d'usage d'alcool. La prévalence sur la vie de l'usage problématique d'alcool est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et elle concerne moins les 15-34 ans ainsi que les plus de 64 ans.

Les analyses standardisées pour l'âge et le sexe montrent que la surconsommation hebdomadaire et la consommation quotidienne sont relativement stables dans le temps. En revanche, le binge drinking hebdomadaire et la prévalence sur la vie de l'usage problématique ont augmenté de manière significative sur la période étudiée. (Figure 1)

L'usage de drogues chez les jeunes – Enquête HBSC 2014

Selon la dernière enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) réalisée chez les jeunes scolarisés dans l'enseignement secondaire, la prévalence sur la vie de la consommation de cannabis est en diminution chez les élèves de 15-20 ans scolarisés en Région bruxelloise. En 2014, près d'un quart des jeunes de 15-20 ans ont déclaré en avoir déjà consommé. La consommation des autres produits, peu courante, est soit relativement stable soit en diminution par rapport à ce que l'on observait précédemment. En 2014, 1,9 % des étudiants bruxellois de 15-20 ans interrogés ont déclaré consommer du cannabis tous les jours au moment de l'enquête, et 3 % pas quotidiennement mais chaque semaine.

Les demandes de traitement – TDI⁵ 2015

Selon le Treatment Demand Indicator (TDI), on dénombre actuellement près de 2000 nouvelles prises en charge annuelles pour une problématique de consommation d'alcool ou de drogues (ce qui correspond à un peu plus de 1700 patients) dans les services spécialisés en assuétudes de

1. Il est très probable que les résultats de cette enquête sous-estiment la prévalence réelle de l'usage d'alcool et de drogues, en partie parce qu'ils ne couvrent pas, en raison de la méthodologie utilisée, les personnes marginalisées (incarcérées, en institutions, sans domicile fixe, etc.)

2. Consommation de plus de 21 verres standards par semaine pour les hommes et de 14 verres par semaine pour les femmes au cours des 12 derniers mois.

3. Consommation de plus de 2 verres standards par jour chez les femmes et de plus de 4 verres par jour chez les hommes au cours des 12 derniers mois.

4. Consommation d'au moins 6 verres d'alcool lors d'une même occasion chaque semaine au cours des 12 derniers mois.

la Région bruxelloise. La demande de traitement émane le plus souvent d'une réorientation du secteur psycho-médico-social (38,6 %) ou d'une démarche initiée par la personne (36,8 %), plus rarement du secteur judiciaire (9,1 %). Les demandes émanant du secteur judiciaire sont toutefois relativement élevées lorsque le produit problématique principal est le cannabis (25,7 %). L'alcool est le produit principal le plus fréquemment cité comme étant à l'origine des demandes de traitement des patients (37,7 %), suivi par les opiacés (24,3 %), la cocaïne (13 %) et le cannabis (12,3 %). Les patients présentent généralement des antécédents thérapeutiques pour un usage problématique d'alcool ou de drogues (66 %). Ils sont relativement nombreux à présenter, voire à cumuler certains facteurs de précarité : problème de logement (15,3 %), revenus limités (30,2 %), faible niveau d'instruction (35,1 %). Enfin, 21,4 % des patients ont déjà eu recours à l'injection et parmi ceux-ci, 54 % ont déjà partagé une seringue usagée. (Tableau 1⁶)

Les traitements de substitution aux opiacés en 2015

Selon l'enregistrement des traitements de substitution aux opiacés (TSO), le nombre de patients mutualisés résidant en Région bruxelloise et ayant bénéficié au moins une fois d'un traitement de substitution à la méthadone s'élevait à 2.200 en 2015. Les traitements à base de méthadone sont beaucoup plus fréquemment délivrés que ceux à base de buprénorphine (environ

8 pour 1). Les TSO sont majoritairement prescrits à des personnes ayant un âge compris entre 35 et 54 ans, et les patients sont principalement de sexe masculin. Sur base de ce registre, on peut estimer qu'il y aurait parmi la population bruxelloise environ 3.500 usagers d'héroïne.

Le système d'alerte précoce

Le système d'alerte précoce (Early Warning system – EWS) est un système de veille sanitaire européen qui permet de recenser les nouvelles drogues de synthèse (NDS) et d'en évaluer les risques. Il permet aussi d'informer rapidement les autorités, les travailleurs de terrain et les usagers de drogues lorsqu'une substance présente un risque sanitaire élevé.

Le nombre de NDS recensées sur le territoire européen via ce système était relativement peu élevé et constant au début des années 2000, mais il n'a cessé de croître ces dernières années, passant de 13 NDS en 2008 à 98 en 2015.

L'EWS belge a quant à lui recensé un total de 42 NDS sur la période 2005-2011 (contre 164

au niveau européen), 8 en 2013, 31 en 2014 et 42 en 2015. Cette augmentation est attribuable au développement du marché des « euphorisants légaux » (legal highs) et des research chemicals, ces substances généralement de nature synthétique qui sont proposées à la vente sur Internet par des entrepreneurs peu scrupuleux en contournant les lois sur les stupéfiants et sur les substances réglementées.

Le nombre d'alertes précoces diffusées par Eurotox a considérablement augmenté depuis 2013, en partie en raison d'une augmentation des alertes portant sur des NDS : 9 alertes sur 15 en 2013, 6 alertes sur 13 en 2014 et 9 alertes sur 14 en 2015. Les 14 alertes diffusées en 2015 portaient sur 34 échantillons de produits différents⁷, dont 12 NDS.

Cadre légal et organisationnel

Les compétences fédérales

À la suite de la 6^e Réforme de l'État et les accords de la Sainte-Émilie, et afin d'assurer la cohérence

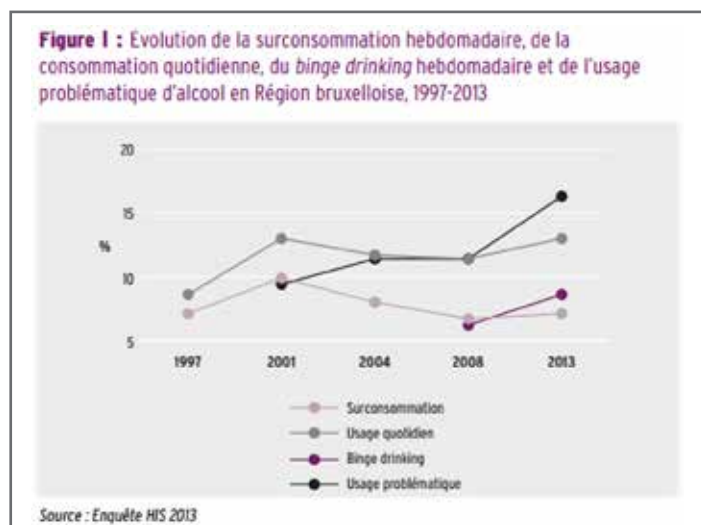


Tableau 1 : Caractéristiques abrégées^a des patients ayant introduit une demande de traitement pour un usage problématique d'alcool ou de drogues dans les centres spécialisés en Région bruxelloise, 2015

	Tous produits	Alcool	Opiacés	Cocaïne	Cannabis
N	1738	655	423	226	214
% des patients	100	37,7	24,3	13,0	12,3
Genre (%)					
Hommes	80,2	77,8	85,5	77,3	83,9
Femmes	19,8	22,2	14,5	22,7	16,1
Origine de la demande (%)					
Propre initiative	36,8	34,0	43,4	41,7	26,7
Réorientation	38,6	44,6	32,5	31,2	35,6
Justice	9,1	7,9	4,0	9,6	25,7
Logement (%)					
Domicile fixe	66,5	69,9	57,8	69,4	67,5
Problème de logement*	15,3	12,5	26,7	10,5	8,5
Scolarité (%)					
Non scolarisé	2,7	1,5	4,4	1,8	2,8
Primaire	32,4	24,1	39,8	35,5	35,4
Source de revenu					
Revenu minimum ou CPAS	13,5	11,6	17,4	14,8	15,3
Aucun revenu propre	16,7	9,2	25,3	11,7	26,8
Traitement antérieur (%)					
Oui	66,0	63,7	83,2	58,9	38,9
Non	34,0	36,3	16,8	41,1	61,1

* Logements variables ou dans la rue

5. Il s'agit d'un des 5 indicateurs épidémiologiques clés créés par l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT). Il est constitué d'environ 20 variables et permet d'estimer le nombre et de dresser le profil des personnes ayant fait une demande de traitement auprès d'un centre spécialisé en assuétude.

6. Ce tableau résume un nombre limité de variables du TDI. En outre, certaines variables ne sont présentées que partiellement, à travers quelques modalités. Nous renvoyons le lecteur à notre rapport pour une présentation complète du tableau.

7. Une même alerte peut parfois porter sur plusieurs échantillons d'un même produit ayant une composition différente (par exemple, plusieurs pilules d'ecstasy) ou sur des produits différents. Par exemple, une des deux alertes lancées le 28 septembre 2015 portait sur 15 pilules d'ecstasy fortement dosées en MDMA.

et la convergence des politiques francophones, la FWB, la Commission communautaire française (COCOF) et la Région wallonne (RW) ont décidé de former un comité ministériel et d'ériger un organe de concertation permanent. Ainsi, avant tout changement de législation, de réglementation à portée générale, de programmation et dans le cadre de toute concertation sociale relative au secteur « non marchand », une entité fédérée devra obligatoirement se concerter avec les autres via le comité ministériel, qui ne pourra statuer qu'à partir de l'avis de l'organe de concertation rassemblant les différents partenaires.

Sur proposition de la ministre de la Santé M^{me} De Block, la loi portant des dispositions diverses en matière de santé de la ministre fédérale de la santé a été adoptée le 18 décembre 2016. La loi clarifie les compétences des inspecteurs du Service public fédéral Santé publique.

Le projet de loi prévoit notamment que les inspecteurs puissent demander des comptes aux supermarchés si de l'alcool est offert en dégustation ; il propose également d'autoriser les inspecteurs à saisir (voire détruire) les boissons alcoolisées en possession de mineurs d'âge. Le projet autorise aussi les personnes qui ne sont pas des professionnels du soin à effectuer des tests démedicalisés (dont les tests VIH) et rend obligatoires les dossiers informatisés pour les médecins généralistes.

Une Conférence interministérielle (CIM) Santé publique, rassemblant les membres du Gouvernement fédéral et des Gouvernements des Communautés et des Régions ayant des compétences en santé, a eu lieu le 24 octobre 2016. Elle devait aboutir à l'actualisation de la Déclaration conjointe pour une politique globale et intégrée en matière de drogues. Toutefois, les ministres compétents en santé ne sont pas parvenus à un accord concernant les salles de consommation à moindre risque (SCMR) et le Plan national alcool, deux enjeux qui conditionnent l'actualisation de la Déclaration. Ainsi, d'une part, le pouvoir fédéral s'est déclaré en défaveur de la mise en place de SCMR, contrairement aux gouvernements fédérés ; et la ministre fédérale de la santé, M^{me} De Block, a commandé une nouvelle étude de faisabilité des SCMR.

Les négociations au sujet du Plan national alcool n'ont pas plus abouti, faute d'accord au sein de la majorité fédérale et de propositions satisfaisantes aux yeux des entités fédérées. Dans la perspective de cette CIM, le secteur

non marchand avait émis des recommandations vis-à-vis du futur plan alcool. Le groupe « Jeunes, alcool et société », d'une part, et la Fédito bruxelloise, d'autre part, s'accordent (entre autres) sur certaines propositions :

- Interdire la publicité pour les boissons alcoolisées ;
- Dépénaliser l'apprentissage parental (la loi actuelle interdisant toute délivrance de boissons alcoolisées aux jeunes de moins de 16 ans, même dans le contexte familial) ;
- Clarifier et simplifier la loi en vigueur (notamment en modifiant le degré d'alcool des boissons autorisées aux mineurs d'âge) ;
- Rééquilibrer le financement des actions de prévention, de RdR et de promotion de la santé par rapport aux actions liées à la sécurité et à la répression.

Le Conseil des Ministres a adopté la Note-Cadre de Sécurité Intégrale (NCSI) et le Plan National de Sécurité 2016-2019 en juin 2016. La NCSI comprend un volet « politique intégrée et intégrale actualisée en matière de drogues » qui agit à la fois sur l'offre et la demande de drogues. Afin de réaliser ses priorités en matière de réduction de la demande, le Gouvernement entend (entre autres) : renforcer la prévention, renforcer l'usage d'outils de détection, d'intervention précoce et de réduction des risques, développer la politique de santé pour les consommateurs en prison, etc. Toutefois, la NCSI 2016- 2019 renforce la ségrégation législative entre l'alcool et les autres drogues, d'une part, en élargissant sinuusement la loi de 1921 à la consommation même de drogues illicites, et, d'autre part, en insufflant l'idée que tout usage de drogues illicites est par nature problématique. Dans un tel cadre, les propositions pour réduire la demande, renforcer la prévention et impulser des initiatives de RdR revêtent le manteau répressif.

En Région bruxelloise

La Commission communautaire commune (COCOM) a hérité de compétences en matière de santé (dont la santé mentale et la 1^{re} ligne de soins) et des travaux ont été menés pour élaborer un plan santé bruxellois (PSB). Les objectifs du plan sont notamment d'améliorer l'accessibilité aux soins sur le plan géographique, social et financier, et de créer une politique cohérente de santé en collaboration avec l'ensemble des entités politiques compétentes en santé.

Le 27 avril 2016 s'est tenu le Gouvernement thématique Santé du Gouvernement francophone

bruxellois auquel étaient présents les quatre ministres compétents en Région bruxelloise. À son issue, la ministre Cécile Jodogne a déclaré qu'il était central de développer une politique de santé cohérente à Bruxelles. Elle a également établi 8 thématiques prioritaires, dont la réduction des risques en matière de drogues et assuétudes, la diminution des cas d'infection au VIH et autres infections sexuellement transmissibles, la réduction des inégalités en matière d'accès à la santé, et la santé communautaire (qui encourage la participation des usagers aux projets et décisions qui les concernent). Le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé a été modifié par décret au Parlement bruxellois francophone, de façon à intégrer la réduction des risques (RdR) aux matières et missions des services actifs en matière de toxicomanies. Adopté par l'Assemblée et le Collège de la COCOF le 20 juillet 2016, ce décret reconnaît pleinement la RdR comme stratégie de Santé publique.

À la suite du transfert de compétences, la ministre responsable de la santé à la COCOF a également opté pour la rédaction d'un nouveau décret de promotion de la santé. Adopté en février 2016, ce décret établit notamment les dispositions relatives au plan de promotion de la santé et son évaluation, ainsi que la création d'une section « Promotion de la santé » au sein du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé. Le financement des services de promotion de la santé prendra la forme d'appels à projets. Toutefois, un tel système de financement risque de placer les associations dans une temporalité courte, sans garantie de prolongement, et d'organiser la concurrence au sein d'un secteur qui pourrait perdre alors de sa diversité et de sa flexibilité.

La 6^e Réforme de l'État a renforcé les compétences des Régions en matière de politiques de prévention et de sécurité. C'est dans ce cadre que la Région bruxelloise a décidé de créer un nouvel Organisme d'intérêt public (OIP) baptisé « Bruxelles Prévention & Sécurité » en 2015. L'une des principales missions de ce nouvel OIP est de rédiger le Plan global de sécurité et de prévention, qui devra s'articuler avec le Plan national de sécurité du fédéral. Approuvé en février 2017 par le Gouvernement de la Région bruxelloise, le Plan fixe les priorités régionales en matière de prévention et de sécurité, dont la prévention et la lutte contre les assuétudes.

Débats et évolutions

UNGASS 2016

En octobre 2012, la Colombie, le Guatemala et le Mexique ont demandé l'organisation d'une session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) au sujet des politiques drogues. La conférence s'est tenue en avril 2016 à New York. Les États membres ont alors adopté le document final « Notre engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue ».

Parmi les avancées les plus marquantes, nous relevons la référence, pour la première fois, au concept de proportionnalité des peines. Le document appelle également à la prise en compte de la dimension « genre » dans l'élaboration des politiques publiques et au développement d'alternatives en matière de condamnation ou de peine. Le besoin d'aborder la culture illicite mais aussi la production et le trafic à travers le prisme de problèmes socio-économiques parcourt le document. Les États membres s'engagent également à offrir aux détenus des soins de santé équivalents à ceux disponibles en milieu libre. Enfin, les pouvoirs publics doivent veiller à ce que les structures de traitement et de réadaptation des personnes souffrant de toxicomanie soient de qualité et exemptes de traitements « cruels, inhumains ou dégradants ».

Toutefois, les références faites au respect des Droits de l'Homme restent floues. En effet, le document final ne se prononce ni sur ce qu'il entend par une telle notion, ni sur les droits des « peuples autochtones ». Le document final ne comporte aucune référence explicite à la réduction des risques, et nulle mention n'est faite de l'échec de la guerre globale contre les drogues ni de l'inefficacité du paradigme prohibitionniste. Certains États et observateurs avaient espéré que l'UNGASS 2016 constitue un tournant vers une approche réaliste et globale de la problématique. À l'issue, cependant, force est de constater que nous en sommes encore loin : le document final reste sans surprise et sans prise de position réellement innovante ; il n'est pas non plus contraignant pour les États et son contenu est flexible (c'est-à-dire que les États souverains adaptent celui-ci à leurs lois nationales et à leurs us et coutumes). La prochaine session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies dédiée aux politiques drogues se tiendra en 2019.

La reconnaissance légale des SCMR et du traitement par diacétylmorphine

Les deux propositions de loi du parlementaire Willy De Meyer portant sur la reconnaissance légale des SCMR et celle du traitement par diacétylmorphine ont été rejetées par la Chambre des représentants en mars 2015 et renvoyées à la Commission Santé de la Chambre. En mai 2015, la Commission Santé a fait parvenir une demande d'avis à l'Académie Royale de Médecine qui a rendu un avis favorable aux deux propositions début 2016. Parallèlement, la présidente de la Commission Santé a déposé deux propositions d'avis positifs en septembre 2015. Ces avis ont été remis à la Commission Justice qui, elle-même, examine les deux propositions de loi. Les travaux de la Commission Santé sur les avis étaient toutefois à l'arrêt fin 2016, les parlementaires de la majorité ayant exprimé le souhait d'avoir les avis des Communautés et des Régions avant de se positionner.

Ainsi, la Région bruxelloise a apporté son soutien aux propositions, précisant cependant que la faisabilité de telles avancées était conditionnée par l'adaptation des lois fédérales qui régissent la matière, notamment la loi de 1921. In fine donc, le fédéral reste seul compétent pour légiférer sur ces matières. Le ministre wallon responsable de la santé a également déclaré être en faveur de ces propositions.

Dans la perspective de préparer la CIM Santé publique qui a eu lieu le 24 octobre 2016, la Réunion thématique Drogues a chargé la Cellule Générale de Politique Drogues de produire une Note au sujet des SCMR. Toutefois, ses constats favorables à l'implantation de SCMR n'ont pas remporté l'adhésion du fédéral qui a réaffirmé sa position lors de la CIM du 24 octobre 2016 : il n'y aura pas de SCMR sous cette législature, leur mise en place ne constituant pas une priorité. Les parties sont néanmoins tombées d'accord pour lancer une nouvelle étude de faisabilité des SCMR.

La santé des détenus

Nos précédents rapports relayaient l'appel en faveur d'un transfert des compétences relatives aux soins des détenus (hommes et femmes) depuis le ministère de la Justice vers le ministère de la Santé publique. Un tel transfert s'avère incontournable afin de garantir une prise en charge optimale de la santé des détenus et de pérenniser à la fois les récoltes de données et les projets de prévention et de RdR. Les lois du pays n'établissent pas de distinction

entre les détenus et les personnes vivant extra-muros en matière d'accès aux soins de la santé. Ceci est vrai dans la Constitution, dans la loi relative aux droits du patient de 2002 et dans la loi de Principes de 2005. Dans la pratique, cependant, ces principes ne sont pas respectés, et ce, notamment parce que les soins intra et extra-muros sont respectivement assurés par le Service public fédéral (SPF) Justice et le SPF Santé publique. Les conditions de détention sont également mauvaises et l'accès aux traitements est limité (hépatite C, traitements de substitution). Tous ces éléments contribuent à une mauvaise santé physique et mentale des détenus, qui sont dès lors en moins bonne santé que la population générale.

Plusieurs initiatives récentes semblent indiquer que le fédéral et les entités fédérées se saisissent progressivement de la question. Dans le domaine fédéral, un organe de concertation baptisé « Groupe de pilotage soins et détention » a été mis en place. Le ministre wallon de la Santé a demandé un rapport parlementaire au sujet de « La santé et la promotion de la santé des personnes détenues en milieu carcéral ». Enfin, les entités fédérées francophones se sont réunies le 20 juin 2016 à l'occasion de la CIM francophone des politiques d'intervention en lien avec le milieu carcéral. Toutefois, les mesures proposées par la CIM ne font pas mention des usagers de drogues et usagers sous traitement de substitution. Il n'est question ni de prévention, ni de RdR, matières pour lesquelles les entités fédérées sont pourtant compétentes et qui participent à la santé globale des (ex-)détenus. La CIM ne semble pas non plus se saisir de la problématique de l'équivalence et de la continuité des soins, ni ne revendique le transfert de la compétence « santé des détenus » vers le SPF Santé publique. Et si la CIM n'aborde pas ces problématiques, c'est sans doute parce qu'elles restent de la compétence du fédéral, grand absent de la Conférence.

Tant la mise en place d'initiatives en promotion de la santé, en prévention et en RdR, que l'amélioration des conditions de vie, en passant par l'équivalence des soins de santé, sont des conditions sine qua non de la santé des détenus. Or, garantir le maintien du bon état de santé physique et mentale de ceux-ci est indissociable de la lutte contre la marginalisation et la précarisation de ceux qui sortent.

Retrouvez le rapport complet sur le site <https://eurotox.org/publications/publications-deurotox/>



ÉDUCATION SANTÉ

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

Sommaire

OUTILS

- 2 La santé, au sens féminin du terme !
par *Manon Gobeaux*

STRATÉGIES

- 4 L'extrascolaire, un formidable outil d'inclusion sociale par *Carine Vassart* et *Claire Kramme*
- 7 Objectifs de santé belges : d'une formulation ad hoc vers une approche structurée par le *KCE*

RÉFLEXIONS

- 8 Le pharmacien, un acteur clé en soin de santé par *Omer Urat*

INITIATIVES

- 10 Une nouvelle pyramide alimentaire pour la Flandre par *Omer Urat*

DONNÉES

- 12 Usage de drogues en Région bruxelloise : synthèse du rapport Eurotox 2016 par *Eurotox*

Sur notre site www.educationsante.be

Retrouvez tous nos articles complets et bien plus encore sur notre site internet www.educationsante.be.

Dans les inédits web ce mois-ci, vous trouverez :
— Les Belges en manque d'information santé fiable et pertinente : 16% des Belges remplaceraient une visite chez le médecin par une recherche sur le web ! par *SOLIDARIS*
— Maux de dos : un mode d'emploi pour la prise en charge par le *KCE*

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/revueeducationsante
ou 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 : EUROTOX, Manon Gobeaux, KCE Claire Kramme, Omer Urat, Carine Vassart.

Rédactrice en chef : France Gerard
(education.sante@mc.be).

Secrétariat de rédaction : Gilliane Guisset.

Journaliste : Carole Feulien (education.sante@mc.be).

Contact abonnés : education.sante@mc.be.

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Hervé Avalosse, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Alain Deccache, Émilie Delferrière, Martin de Duve, Damien Favresse, Carole Feulien, 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 : Gaëlle Amerijckx, Pierre Baldewyns, Manon Gobeaux, Anne-Sophie Poncelet, Carole Saal.

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

Maquette et 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 préalable 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, c/o Centre d'Éducation du Patient, rue de Fernelmont, 40, 5020 Champion.

internet : www.educationsante.be.

Courriel : education.sante@mc.be.

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé : www.pipsa.be

Les textes de ce numéro sont disponibles

sur notre site www.educationsante.be.

Notre site adhère à la plate-forme www.promosante.net.



Avec le soutien financier de la Wallonie



Imprimé sur papier blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

