

ÉDUCATION SANTÉ

FÉVRIER
341

*« Je pense aussi à moi » :
des outils pour ne pas s'oublier !*

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

www.educationsante.be

INITIATIVES

« Je pense aussi à moi » : des outils pour ne pas s'oublier !

Manon Gobeaux

Stress, surcharge, burn-out, déséquilibre familial... des concepts qui sont loin de nous être inconnus. Comment préserver son bien-être mental dans la société actuelle ? Comment mener un travail de prévention en santé mentale ? Le projet « Je pense aussi à moi » (JPAAM) tente de répondre à ces questions. C'est un projet, initié par la Mutualité Chrétienne (MC), qui se compose d'un site qui propose des conseils et des articles de fond pour comprendre les mécanismes sous-jacents au stress, à l'épuisement... JPAAM c'est aussi une offre d'activités régionales pour découvrir et s'initier à de nouvelles activités, pour trouver des conseils et des ressources, pour ne pas être seul ! Éducation Santé a rencontré Aline Franssen, chargée de projets chez Infor Santé, le service de promotion de la santé de la MC, qui travaille sur la campagne « Je pense aussi à moi ».

ES : Comment tout cela est-il né ?

Par un constat de départ réalisé il y a quelques années déjà : de nombreux signaux du terrain et demandes des professionnels avec lesquels nous travaillons nous parvenaient. La consommation de médicaments (antidépresseurs, psychotropes...) en augmentation constante, les données épidémiologiques ainsi que le nombre d'incapacités de travail pour causes « mentales » en hausse importante allaient (et malheureusement vont encore) dans le même sens : celui de la détresse psychologique d'un nombre croissant d'individus.

Donc nous nous sommes mis au travail ! Nous avons commencé par affiner les constats et les demandes. Nous avons rencontré de nombreux professionnels (psy, médecins, services sociaux, associations, secteur de la jeunesse...) afin de poser un diagnostic plus précis de la situation. Cela nous a permis de confirmer une série d'intuitions que nous avions et mesurer l'ampleur du travail ! Et du travail, il y en avait !

Nous avons identifié plusieurs publics cibles et plusieurs thématiques à investir. Notamment un besoin d'information sur les mécanismes qui induisent un déséquilibre mental (stress, non-respect de ses besoins de base, faible niveau de compétences émotionnelles...) et surtout vers qui se tourner lorsqu'on sent que ça ne va plus. Le chantier était vraiment énorme



et nous avons alors déterminé plusieurs phases, en commençant par le volet informatif. Deux brochures d'information (l'une sur le stress et ses mécanismes, l'autre sur les différents professionnels qui peuvent aider (psychologues, psychiatres, thérapeutes...) ont été rédigées. En marge de ces publications, nous avons également organisé des cycles de conférences et d'ateliers afin d'outiller le public et de lui permettre de prendre une part active pour recouvrer un sentiment plus grand de maîtrise sur sa vie.

ES : Comment en êtes-vous arrivés à imaginer un projet comme JPAAM ?

Forts de nos premières expériences sur ce terrain, nous avons continué sur d'autres

axes. Lors de la phase d'analyse, les experts que nous avons rencontrés nous avaient tous dit que si nous voulions faire quelque chose en matière de prévention (ce qui est notre champ de travail), nous devions absolument travailler le plus en amont possible, bien avant que les difficultés surviennent. En effet, les spécialistes sont confrontés à des personnes « qui ont le nez dans le guidon » comme le dit l'expression, dont la situation dégénère : il s'agit de personnes coincées dans un quotidien, qui sont dans un engrenage de vie tel qu'elles ne parviennent plus à (re)trouver leur équilibre personnel en santé mentale, et qui finissent par craquer (stress, dépression, burn-out...).

Notre seconde mission a donc été de travailler sur les facteurs de protection que sont les compétences individuelles : améliorer l'estime de soi, la connaissance de ses besoins fondamentaux, de ses limites, améliorer le niveau de compétences émotionnelles, savoir ce qui nous fait du bien... Nous avons imaginé un grand projet avec plusieurs axes. Un axe « contenu/ressources », un axe « ateliers /actions concrètes » et un axe « communication/sensibilisation » afin d'éveiller les consciences à la problématique et également de faire connaître les deux premiers axes.

ES : Comment se décline l'axe « contenu/ressources » ?

Cet axe s'est matérialisé par un site internet lui-même composé de 4 parties.

Premièrement, le site donne de l'information approfondie sur les grandes notions qui concernent tout le monde : les besoins, les limites, les émotions, le burn-out, les valeurs, mais aussi le sommeil, le stress... Ensuite, 5 profils sont mis en avant, qu'on peut considérer comme des portes d'entrée différentes qui symbolisent la manifestation du déséquilibre, à chaque fois sous un angle différent :

Le profil « **Je vis dans les contraintes** » concerne davantage les personnes qui ont des difficultés à lâcher prise car elles répondent à toutes les demandes et ponctuent leurs journées par des « je dois » et autres « il faut ».

Le profil « **Metro-boulot-dodo** » symbolise une existence menée tambour battant, avec un quotidien rythmé tous les jours de la même façon. Bouclé à la minute près, on y oublie la spontanéité et la flexibilité nécessaire aux imprévus.

Le profil « **D'abord les autres, et moi après** » cristallise l'idée même de ne pas se créer d'espaces personnels, car on pense d'abord à tous les membres de la famille, au travail et aux diverses tâches. Et moi ? On verra...

Le profil « **Je subis ma vie** » illustre l'idée même de sentir sa vie glisser entre ses doigts, se sentant sans prise sur les éléments. Que puis-je faire d'autre que continuer comme je fais ?

Et tout récemment, un profil spécial parent « **Parent mais pas que...** » pour ceux qui se sentent engloutis par les contraintes de la parentalité ou qui sont frappés de plein fouet par le décalage trop grand entre leurs rêves et la réalité des parents.

Les articles sont rédigés par les experts avec lesquels nous avons travaillé pour l'analyse des besoins, et par d'autres rencontrés pour les besoins spécifiques des thématiques...

Le site se veut aussi pratico-pratique : plus de 30 articles « solutions bien-être » mettent en lumière différentes façons de penser aussi à soi, de retrouver son équilibre, de se reconnecter à ses besoins. Écrits majoritairement en collaboration avec des professionnels de terrain, ils se veulent tantôt très pragmatiques, tantôt

source d'inspiration. Les pistes de solution variées ont été choisies pour correspondre au plus grand nombre de personnes, pouvant se réaliser sans matériel et à moindres frais, soit seul soit en groupe.

Le site affiche également un agenda (lien vers l'axe ateliers/actions concrètes) : les activités proposées sont diverses, de la plus théorique (conférence) à la plus pratique (expérimentation de techniques de relaxation). Elles ont pour objectifs d'aider les personnes à mobiliser des ressources personnelles et/ou de s'appuyer sur des ressources externes afin de maintenir ou retrouver leur équilibre psychique.

ES : À qui s'adresse ce projet ?

Il s'adresse à toute personne qui se sent glisser vers un engrenage de vie tel qu'elle ne peut plus « profiter » de sa vie. Si le premier public ciblé est celui des adultes actifs, les étudiants et les personnes pensionnées peuvent aussi s'y retrouver car bon nombre de thématiques sont transversales.



ES : Pourquoi ce public cible ?

Le public des adultes actifs est celui le plus mis sous pression dans notre société : travailleur, époux, épouse, parent, aidant proche... les 30-55 ans sont souvent pris en étau entre ces différents rôles et le sacro-saint impératif d'être performant

Un site, des situations de vie, des experts... et vous !

Le site de JPAAM propose plusieurs portes d'entrée, toutes axées sur la vie quotidienne des personnes actives :

- Une section « **État d'esprit** » : Vous avez le sentiment que votre vie vous échappe ? Vous vous sentez prisonnier de votre rythme de vie ? Vous culpabilisez quand vous prenez soin de vous ? Accompagnée de témoignages, cette page vous aidera à identifier votre « profil » et vous guidera ensuite au mieux dans la navigation du contenu proposé.
- Les « **solutions bien-être** » : pensée positive, désencombrer son intérieur, tai-chi, l'art de relativiser... des exemples parmi tant d'autres de solutions qui favorisent votre bien-être au quotidien.
- Les « **paroles d'experts** » : que sont réellement une émotion, un besoin, le burn-out... ? Des experts ont rédigé des articles de fond pour expliquer



scientifiquement différents concepts inhérents à notre quotidien.

- L'« **aide et soutien** » : on retrouve dans cette section les points de contact des différentes associations, mouvements, plates-formes qui peuvent venir en aide à la population.
- Les « **activités** » : c'est le panel des différentes activités liées au bien-être proposées par les mutualités régionales à travers le pays.

sur tous les fronts. Il reste peu de temps pour soi-même, et il est facile de perdre pied si l'on n'y prend pas garde.

ES : Vous avez aussi développé toute une offre d'activités, de quel type ?

Pourquoi ?

Éveiller la conscience des gens sur leur possible état de déséquilibre est une première étape. La seconde est de leur proposer des outils pour se sortir de l'engrenage. Chacun est différent, c'est pourquoi certains travailleront plus « en solo » sur base de lectures théoriques, ou en testant chez eux nos différentes « solutions bien-être ». Pour d'autres, c'est sortir de chez soi, suivre un cours ou expérimenter une technique en groupe qui sera la plus efficace et la plus motivante. L'aspect collectif est important pour le bien-être : un réseau social assez fourni est un facteur de protection.

Nous voulions également proposer des activités de développement personnel

proches des gens, c'est pourquoi nous essayons de couvrir tout le territoire de la Région wallonne et Bruxelles.

Enfin, nous travaillons avec des professionnels certifiés dans leur domaine, qui ont fait leurs preuves, et à un coût faible, voire nul : ceci garantit un accès pour tous à des activités bien-être de qualité. Depuis le début du projet, nous avons proposé plus de 300 activités (conférences, ateliers, cours, découvertes, événements... tous sous le signe du bien-être).

ES : Vous travaillez aussi via les réseaux sociaux, pourquoi ce choix ?

Nous nous sommes questionnés un assez long moment au sujet d'une présence sur les réseaux sociaux. Nous avons finalement décidé d'investir dans Facebook, prioritairement dans le but de faire connaître le programme et de lancer le site internet. Mais nous nous sommes vite rendu compte que le public qui nous suit sur la page Facebook (plus de 6300 fans à l'heure

actuelle) n'est pas le public du site internet : sur Facebook, l'information va droit au but, elle capte l'attention, elle « titille » la conscience. Il s'agit d'ouvrir une petite parenthèse dans la journée, pour penser aussi à soi. D'un autre côté, les informations du site internet sont plus complètes, elles vont en profondeur. Vidéos, articles fouillés, pistes de solution détaillées... Elles invitent davantage à s'installer et à prendre du temps pour soi.

Et puis, il y a tant d'infos sur internet qu'il faut aller chercher les gens où ils sont, être plus proches d'eux, attirer directement leur attention, ce qui n'est pas facile quand on traite de la santé (et encore moins si l'on parle de santé mentale). Faire de la promotion de la santé via les réseaux sociaux permet davantage cette présence, à moindres frais.

Pour consulter notre site :

<http://www.jepenseaussiamoi.be>

Comment voulez-vous être soigné en fin de vie ? Parlez-en à temps !

D'après un communiqué du **KCE**

Qu'entend-on par des soins de fin de vie « appropriés » dans notre pays ? Comment se fait-il que certaines personnes reçoivent des soins « inappropriés » et comment peut-on l'éviter ? En collaboration avec des chercheurs de l'UCL et de l'UAntwerpen, le Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) a analysé les publications belges et a lancé une vaste étude (dont une enquête) impliquant des prestataires de soins, des patients, des proches, et des bénévoles. Il en ressort que les soins sont considérés comme appropriés quand ils sont en accord avec ce que le patient trouve important, et qu'une bonne manière d'éviter de recevoir des soins inappropriés est d'exprimer à l'avance ses souhaits et préférences pour la fin de vie. Les soignants doivent (pouvoir) dégager du temps pour en parler avec leurs patients : qu'attendent-ils encore de la vie ? Quelles sont leurs priorités ? Quant à la société dans son ensemble, elle doit réapprovoiser la question taboue de la fin de vie, afin de rendre ce sujet abordable entre le patient, ses proches et ses soignants.

Faites connaître vos souhaits à l'avance !

D'après notre étude, les soins de fin de vie sont considérés comme appropriés lorsqu'ils répondent aux souhaits et préférences du patient et qu'ils lui apportent confort et qualité de vie, afin de lui permettre de donner un sens à la dernière phase de sa vie.

Dans la pratique, on constate cependant que les opinions des uns et des autres peuvent être très divergentes sur la signification concrète de ce concept. Certains veulent prolonger leur vie par tous les moyens possibles, tandis que d'autres préfèrent stopper tous les traitements curatifs et privilégier les soins de confort. Délivrer des soins appropriés consiste donc,

en quelque sorte, à s'adapter aux besoins individuels de chaque patient. Ce qui pose problème, car tant les patients (et leurs proches) que les soignants éprouvent beaucoup de difficultés à aborder le sujet de la mort qui approche. Parfois aussi, le patient n'est plus en état de faire connaître son avis.

La démarche de **planification anticipée des soins** (c'est-à-dire réfléchir et définir à l'avance ce que l'on souhaite) est une solution qui permet, par exemple, d'éviter un traitement qui se prolonge trop. Idéalement, cette planification anticipée devrait même se faire avant toute maladie grave, de préférence avec son médecin généraliste, et déboucher sur une trace écrite que le médecin peut conserver dans le dossier médical. Les décisions ainsi prises peuvent ensuite être réajustées autant de fois que le patient le souhaite (voir encadré).

Il est évidemment essentiel que toutes les personnes concernées soient au courant de l'existence et du contenu de la dernière version d'une planification anticipée. Pour cette raison, il est important qu'elle soit accessible, via le dossier médical électronique, à tous les médecins susceptibles de prendre des décisions à la place du patient si celui-ci n'est plus en état de le faire.

Dans certaines maladies, les soins palliatifs et la lutte contre la douleur sont moins souvent proposés

Les auteurs de l'étude ont également constaté que les soins palliatifs – qui consistent à gérer la douleur et les symptômes pénibles et à offrir un soutien psychologique, social et spirituel – sont souvent mis en place trop tard. Ils sont aussi perçus comme insuffisamment disponibles. De plus, il semble que ces soins sont



Photo © Fotolia

moins souvent proposés dans certaines maladies, par exemple en cas d'insuffisance respiratoire (BPCO-bronchique chronique obstructive). On observe également que chez les personnes atteintes de démence, qui éprouvent davantage de difficultés à prendre des décisions au sujet de leur traitement, on prend moins de mesures pour lutter contre la douleur et les autres symptômes.

La formation aux soins de fin de vie et aux soins palliatifs elle-même n'est d'ailleurs pas toujours optimale. Or un médecin sensibilisé aux soins palliatifs multidisciplinaires reconnaît à temps quand ils deviennent nécessaires et les met en place plus rapidement.

Les soignants doivent parler mais surtout écouter, écouter, écouter...

Les soignants ont un rôle majeur dans la réussite des soins de fin de vie. Mais les pressions de travail auxquelles ils sont soumis ne leur permettent pas souvent de trouver assez de temps pour discuter avec les patients de leurs souhaits. Au-delà des seuls soignants, c'est toute l'institution de soins – hôpitaux, maisons de repos et soins à domicile – qui devrait considérer qu'être à l'écoute des patients, parler avec eux et être présent auprès d'eux fait partie du travail quotidien normal.

Mais les soignants n'ont pas toujours les aptitudes de communication nécessaires.

Qu'est-ce que la planification anticipée des soins ?

La planification anticipée des soins ou Advanced Care Planning (ACP) est un processus de concertation entre le patient, ses proches et les dispensateurs de soins en vue de définir une orientation commune des soins et des traitements à mettre ou non en œuvre. L'ACP vise à fixer un objectif thérapeutique basé sur les valeurs et les priorités du patient. C'est une démarche proactive et anticipative, qui facilite les prises de décision dans les situations d'urgence ou lorsque le patient n'est plus en état

d'exprimer clairement ses volontés. (...) Dans le décours d'une ACP, le patient peut, s'il le désire, remplir et signer un ou plusieurs document(s) de directives anticipées (par exemple sur l'euthanasie, les traitements médicaux que l'on ne souhaite pas/plus recevoir, etc.). Ces documents et un résumé écrit de l'ACP seront consignés dans le dossier médical. Ils sont révocables à tout moment et n'entreront en ligne de compte que si le patient devient incapable de faire connaître sa volonté. (...)

Le soignant doit être prêt à respecter les valeurs philosophiques, culturelles et sociofamiliales de chaque patient et lui permettre de s'exprimer librement sur la signification qu'il donne à sa vie, sur la façon dont il définit sa qualité de vie, sur ses attentes, ses préférences, ses craintes et ses préoccupations, les soins qu'il désire et ceux qu'il refuse.

(D'après la Fédération bruxelloise des soins palliatifs et continus www.fbsp-bfpz.org)

Leur formation devrait mieux les préparer à échanger sur des sujets aussi émotionnellement intenses.

C'est parfois compliqué de collaborer !

Les médecins sont de plus en plus spécialisés. Or en devenant les super-spécialistes d'une pathologie particulière, ils peuvent perdre de vue le patient et sa qualité de vie dans leur globalité. Lorsque différentes disciplines, voire différentes organisations de soins, sont impliquées dans les soins de fin de vie, la collaboration peut devenir vraiment compliquée. Quoi qu'il en soit, il est essentiel que, à côté des problèmes médicaux, la qualité de vie du patient reçoive aussi la pleine attention des soignants, ainsi que le soutien psychologique et spirituel du patient et de sa famille.

La formation et le financement à l'acte incitent au « faire » plutôt qu'au « laisser faire ». Les médecins sont formés à soigner en vue de guérir ; pour certains d'entre eux, ne pas traiter, ou traiter autrement, peut être vu comme un échec. Le financement actuel des soins de santé va dans le même sens, car les institutions de soins et les médecins sont souvent payés « à l'acte », ce qui peut pousser davantage dans le sens du « faire » que du « laisser faire ». Il serait donc préférable de chercher à faciliter financièrement la planification anticipée des soins et certains aspects des soins de fin de vie, comme la présence, l'écoute et la collaboration interdisciplinaire.

« Ne rien faire » n'est pas une option dans la société actuelle

Parler de la fin de vie est tabou pour tout le monde : les patients, les soignants,

les proches et la société en général. En outre, l'idée d'« abandonner » et de « ne rien faire » n'est pas une option facilement acceptée aujourd'hui ; le patient est souvent encouragé à « continuer à se battre ». Les attentes vis-à-vis de la médecine sont irréalistes, nourries entre autres par les médias (sociaux) qui relayent parfois sans aucun recul de soi-disant progrès scientifiques spectaculaires.

Le KCE préconise donc des initiatives visant à sensibiliser tant les soignants que le grand public à réfléchir à ce que l'on veut/ne veut pas lorsque la fin de la vie approche, et à en parler avec ses proches, son médecin de famille et les autres soignants.

Quelques témoignages tirés de l'enquête

« Notre oncle a été hospitalisé pendant 3 semaines dans un centre de soins palliatifs, où il a été soigné et choyé, et où il a été écouté... Il était traité comme une personne et pouvait décider à tout moment s'il voulait ou non recevoir des soins, s'il voulait manger... Mais surtout il n'a jamais souffert et il a pu communiquer avec nous jusqu'à 24 heures avant sa mort. L'équipe lui a apporté beaucoup de soutien, ainsi qu'à nous et à ses fils. Ils ont même pris en compte le décalage horaire pour qu'il puisse parler avec l'un en Asie et l'autre aux États-Unis... Bref, il a été traité comme une personne. » (un membre de la famille)

« Pour cette résidente, nous ne disposions pas d'une demande anticipée ou d'un testament de vie, et sa famille était divisée sur la question. Comme sa démence ne lui permettait plus d'exprimer elle-même ce qu'elle aurait voulu, elle a été maintenue en vie pendant plusieurs mois à l'aide d'une alimentation par sonde et de médicaments. Les derniers mois, elle était grabataire, souffrait de graves escarres au

niveau du coccyx et des chevilles et ne communiquait plus du tout. Vers la fin, elle n'était plus guère qu'un squelette émacié... Lors des soins, nous pouvions clairement voir qu'elle souffrait. Mais aucun traitement antalgique efficace n'était disponible et de plus, la nuit, comme il n'y avait pas toujours d'infirmière sur place à la maison de repos, l'administration des antidouleurs n'était pas optimale. La famille ne voulait plus qu'elle soit hospitalisée. Elle a finalement connu une mort lente et douloureuse. » (un prestataire de soins)

« En tant que médecin, j'aimerais qu'il y ait davantage de soirées d'information sur la planification anticipée des soins. Je pense que cela permettrait d'évacuer bien des malentendus. Apprendre aux parents et aux enfants à parler de leurs attentes, réapprendre à communiquer et ne pas attendre que les premiers se retrouvent en maison de repos. Ce sont des questions qu'il faut pouvoir aborder beaucoup plus rapidement, d'autant que ce sont des discussions qui doivent aussi pouvoir mûrir et évoluer. Il ne faut

pas attendre l'âge de la retraite. Aborder la planification anticipée des soins donne souvent l'impression d'être malvenu et désagréable parce qu'on ne le fait généralement qu'à l'entrée en maison de repos. C'est un thème que l'on associe beaucoup trop à la vieillesse. Cela représenterait un guide précieux pour les prestataires de soins, mais aussi un grand soutien pour les enfants dont un parent sombre dans la démence, qui sauraient ainsi beaucoup mieux quel était l'avis de leurs parents sur la fin de vie. Ce serait un grand soulagement pour bien des enfants qui, aujourd'hui, ne savent pas quelles décisions prendre lorsque leurs parents arrivent au terme de leur existence. Il faudrait organiser beaucoup plus de séances d'information sur ce à quoi il faut s'attendre dans le processus qui mène au décès, sur ce que l'on peut faire à côté des traitements médicamenteux, sur ce que la famille peut faire elle-même. Rapprocher à nouveau ce processus des gens, veiller à ce qu'il soit à nouveau connu. » (un prestataire de soins)

Un mois sans alcool ? Chiche !

Manon Gobeaux

La Tournée Minérale, c'est un projet lancé par la Fondation contre le Cancer en 2017. Sa thématique ? L'alcool. Son public cible ? Les Belges actifs de 25 à 65 ans. Certainement déjà bien connus, les effets néfastes de l'alcool sur la santé sont tout de même toujours bons à rappeler. La consommation de ce dernier majore le risque de cancer de nombreux organes : bouche, gorge, foie, côlon, sein... mais aussi à plus de 200 problèmes de santé de manière générale. Entre bilan de la première édition en 2017 et démarrage de ce nouveau mois de février tout en sobriété, on vous raconte l'histoire de ce projet !



- 80 % des participants n'ont pas bu d'alcool pendant le mois de février.
- 40 % ont découvert de nouvelles alternatives à l'alcool
- 44 % ont cité les occasions sociales comme principal obstacle
- 40 % se sont sentis soutenus par leur famille et leurs amis
- 86 % sont prêts à recommencer en 2018

Bilan de la première édition

La Tournée Minérale, c'est une aventure d'un mois où on choisit de ne pas consommer d'alcool. Qu'elle se fasse seule ou en équipe, les objectifs initiaux de la Tournée Minérale sont :

- 1 Faire prendre conscience à la population de sa consommation d'alcool
- 2 Sensibiliser aux dangers de l'alcool
- 3 Faire baisser la consommation
- 4 Récolter des fonds pour la recherche contre le cancer

- Une participation majoritaire des néerlandophones (75 %)
- L'âge moyen des participants était de 40,6 jours pour les femmes et 43,4 jours pour les hommes
- Les principales motivations à participer étaient (par ordre décroissant) : faire une pause d'alcool, se sentir mieux, faire un don, perdre du poids¹, mieux dormir
- 51 750 followers sur Facebook
- Plus de 420 mentions du projet dans la presse
- Plus de 800 000 visiteurs uniques sur le site web de Tournée Minérale

« On ne veut pas dire aux consommateurs 'vous ne pourrez plus jamais boire'. C'est une prise de conscience, parce que maintenant beaucoup de gens boivent par habitude. »

Une étude en trois phases, avec plus de 15 000 participants, a été menée avec l'Université de Gand : au début de la tournée, juste après et 6 mois après (soit septembre 2017). Effet positif sur le poids, regain d'énergie, meilleure qualité de sommeil... 9 participants sur 10 disent ressentir au moins un de ces effets positifs sur la santé. Il ressort également que les participants réalisent à quel point l'alcool peut occuper une place importante dans le quotidien, de façon souvent inconsciente. D'autres chiffres parlants ont été énoncés :

L'édition 2017 en quelques chiffres, c'est :
- 122 460 participants dont 60 % étaient des femmes

La donnée la plus importante est que 6 mois après la Tournée Minérale, les participants déclarent avoir changé leur consommation d'alcool. **Passant ainsi de 10 verres par semaine à 8 !**

Éducation Santé a rencontré la Fondation contre le Cancer...

Et c'est Martine Ceuppens, communication manager, qui travaille sur la Tournée Minérale qui nous parle de ce projet d'ampleur.

ES : La Tournée Minérale c'est dire « non » à l'alcool pendant 28 jours. D'où est né ce projet ? Et pourquoi avoir choisi le mois de février pour faire la campagne ?

Le concept initial vient de « Cancer Research UK » où le projet existe sous le nom « Dryathlon », au mois de janvier et qui fonctionne très bien. Je les ai rencontrés il y a trois ans. Nous pensions aussi faire ce projet en janvier en Belgique. Mais nous sommes une ONG avec des moyens limités. Cela voulait dire de lancer une telle campagne

¹ NDLR : ce critère ne sera plus pris en compte dans l'édition 2018.

en novembre-décembre pour démarrer le 1^{er} janvier. J'ai donc contacté beaucoup de médias pour obtenir de l'espace gratuit. En décembre, je n'en aurais jamais eu car le projet se serait noyé entre les périodes de Noël et de Nouvel An. Même en payant de l'espace publicitaire, je n'aurais pas eu le même impact car on se serait retrouvé entre la publicité pour le foie gras, le champagne et les cadeaux de Noël. Je me serais perdue dans la masse de la communication. Nous nous sommes donc dit que janvier était un mois plus calme du point de vue médiatique et que les gens en auraient marre des produits de fête, ils seraient donc plus enclins à écouter notre discours. C'est l'argument le plus important. D'autant plus qu'en janvier, il y a encore beaucoup de drinks dans les entreprises ou des gens qui se retrouvent parce qu'ils n'ont pas pu le faire pendant les fêtes.

Nous avons donc fait une petite enquête il y a deux ans pour déterminer quel mois serait le plus propice à la réussite du projet. 95 % des gens étaient d'accord avec le mois de février, les autres mois étaient mars, octobre et novembre.

Nous avons choisi le thème de l'alcool car nous connaissons ses effets sur la santé, d'autant plus graves quand on le lie au tabagisme. Cela nous permettait aussi de toucher un public différent, plus jeune, que notre public habituel. Pour toucher ces jeunes, nous sommes passés par le digital! De plus, l'alcool est un sujet qui touche beaucoup de gens et de tous les milieux sociaux.

Nous nous sommes aussi aperçus que la consommation autour de nous augmente : le binge drinking chez les adolescents de 13-14 ans, le petit apéritif quotidien... L'alcool est devenu plus accessible, moins cher. Nous estimons que la consommation moyenne est de 10 verres d'alcool (tous confondus) par semaine. Il est assez simple d'arriver à ce chiffre. Prenons l'exemple d'un repas au restaurant : un apéritif, deux verres de vin. Ce n'est pas une consommation exagérée pour un repas comme celui-là et pourtant nous sommes déjà à trois verres en un seul repas et le reste peut s'accumuler rapidement.

ES : Y-a-t-il des collaborations autour de Tournée Minérale ?

Nous collaborons avec le CLPS et la FEDITO à Bruxelles et en Wallonie. En Flandre, c'est avec la VAD (centre d'expertise flamand sur l'alcool et autres drogues) ainsi que De Dru-glijn pour la deuxième année consécutive. L'an dernier, des personnalités publiques et des *social media influencers* avaient participé. Cette année ce sera également le cas mais nous ne pouvons pas encore révéler les noms.

Des marques et grandes enseignes s'associent aussi au projet comme Spa[®], Basic-Fit[®], JIMS[®] ou encore Kinépolis[®] en offrant des lots ou des espaces de publicité.

« On va s'amuser mais avec une tête lucide »

ES : Avez-vous identifié des freins pendant la construction ou la mise en place du projet ?

Ça a été un boulot monstre à réaliser! Vraiment, un boulot monstre! C'est toute la mécanique du projet. On peut le constater quand on s'inscrit. Une fois que c'est fait, il y a beaucoup de choses qui se mettent en place (une cascade d'e-mails, des conseils, des recettes, des encouragements...) et ça, ça implique énormément de construction technique, digitale. Il y a aussi par exemple une campagne Facebook qui s'organise autour de certains profils de consommateurs, d'utilisateurs, il y a un ciblage. Tout ceci rend la campagne complexe. Nous avons dû démarrer à zéro puisque le Dryathlon est un projet équivalent mais construit et lié à un système différent, au serveur de Cancer Research UK.

Le temps aussi a été un frein. En 2017, nous étions une équipe de 4-5 personnes mais pas à temps plein sur le projet, ainsi que deux personnes de la VAD. Cette année nous sommes un petit peu moins, 2-3 personnes mais nous avons travaillé sur les bases de l'an dernier.

ES : À l'inverse, y a-t-il eu des éléments facilitateurs ?

Le fait que tout au long de la campagne on suive le même fil rouge : « le fun ». La campagne est fun, attrayante, on a un le sourire quand on parcourt les différentes étapes du site! Nous ne voulions souligner que les éléments positifs, enthousiasmer les gens à participer. À titre personnel, j'ai toujours dit que je voulais que cette campagne ait la notoriété d'une campagne BOB. Le bureau d'étude Profact a fait une enquête de façon tout à fait spontanée : sur un échantillon de 1 150 Belges, 95 % ont entendu parler de Tournée Minérale... Après une seule vague de communication, avoir ce taux de notoriété, je ne l'ai jamais vu!

Il faut garder en tête que nous pouvons avoir un discours et une attitude fun parce que notre public cible n'est pas constitué des personnes avec un problème d'alcoolisme avéré. Nous devons aussi penser à ne pas choquer quand nous communiquons autour de ce thème.

Cette année, en plus de pouvoir relever le challenge qu'est la Tournée Minérale comme l'an dernier, vous pouvez défier vos amis, votre famille ou encore vos collègues! L'idée est de dire : « si tu réussis la Tournée Minérale, je verse 10 euros à la Fondation », et ainsi de suite. En plus d'être une idée stimulante, c'est une opportunité de récolter des dons.

ES : A-t-on observé ou craint un effet rebond de ce projet (une consommation excessive d'alcool après le mois d'abstinence) ?

Non. Pour nous, la question importante était d'avoir un changement de comportement à long terme. Ici, on constate que la moyenne de 10 verres d'alcool par semaine est descendue à 8 verres, c'est un succès. On n'exclut pas que des personnes aient pu avoir une consommation excessive après Tournée Minérale mais ça n'a jamais été rapporté à la Fondation, sur les réseaux sociaux ou dans la presse. On sait, en revanche, que beaucoup de gens ont prolongé la campagne. Soit en commençant plus tôt en janvier dès

l'inscription, soit en finissant après le mois de mars, voire parfois les deux.

ES : 2018, c'est l'année de la seconde édition, peut-on espérer voir ce projet se réorganiser dans l'avenir ?

Peut-on attendre d'autres projets similaires sur d'autres thématiques ?

Oui, on veut vraiment continuer Tournée Minérale mais à l'heure actuelle nous ne prévoyons pas d'autres projets similaires. Ce qui est aussi encourageant, c'est que nous savons qu'il y a plus de participants que ceux recensés via les inscriptions. Une partie de la population a encore peur de donner son adresse mail en s'inscrivant et d'être bombardée de mails ou de publicité. Ce n'est pas du tout le cas, inscrivez-vous!

Vous voulez participer à l'édition 2018 ?



Vous pouvez encore vous inscrire jusqu'au 15 février sur le site : <https://www.tourneeminerale.be/fr>.

Vous y trouverez aussi des flyers, logos ou encore des affiches à télécharger.

RÉFLEXIONS

Tirez votre plan ! Une analyse de « Plans » pour promouvoir la santé en Flandre, en France, au Québec et en Suisse

Ségolène Malengreaux, service universitaire de promotion de la santé UCL-IRSS-RESO

Les acteurs de la promotion de la santé de la Région wallonne et de la Région Bruxelles-Capitale n'auront probablement jamais autant entendu parler de *Plans* que depuis ces dernières années. Dans le jargon de la profession, ce mot a désormais une signification bien spécifique. Il est même possible qu'il faille éviter ce mot pour les 15 prochaines années à venir au risque de voir ces acteurs pâlir ou être victimes d'une crise d'angoisse. De fait, avec l'élaboration des nouvelles politiques régionales de promotion de la santé – que nous appelons « *Plans* de promotion de la santé » – c'est tout un secteur qui ressent les conséquences du processus long et complexe d'élaboration d'un *Plan*. Malgré tout, ce contexte aura

constitué une circonstance opportune pour le secteur de se réaffirmer et de se fédérer. Le service universitaire de promotion de la santé de l'Université catholique de Louvain, le **RESO**, s'est attelé à la réalisation d'une analyse de quelques politiques nationales et régionales afin d'alimenter les réflexions amorcées lors de la construction des *Plans* bruxellois et wallon. Cette analyse a fait l'objet de la rédaction d'un rapport de synthèse que nous avons appelé, en bon Belges que nous sommes¹ : « Tirez votre *Plan* ! Une analyse de « *Plans* » pour promouvoir la santé en Flandre, en France, au Québec et en Suisse ».

Ce rapport de synthèse s'adresse aux politiques, experts et professionnels belges

et d'ailleurs qui, dans le cadre de l'élaboration d'une politique de promotion de la santé, seraient susceptibles de participer ou d'être directement impliqués dans celle-ci.

Il s'est rapidement avéré que la dénomination *Plan* n'était pas généralisée dans tous les pays... Nous en avons donc donné la **définition** suivante : « *Toute production des politiques (stratégies, politiques, programmes...), autant nationales que régionales, visant à structurer le secteur de la santé hors soins, à prioriser les objectifs de santé à atteindre et à guider les actions des associations œuvrant pour améliorer la santé et le bien-être des populations dans une vision de la santé faisant écho à la charte d'Ottawa.* »²

¹ L'expression « tirez votre plan » est un belgicisme qui signifie « débrouille-toi ».

² Malengreaux Ségolène, « Tirez votre plan ! Une analyse de « Plans » pour promouvoir la santé en Flandre, en France, au Québec et en Suisse », Woluwé-Saint-Lambert : RESO, 2017, p. 9. Téléchargeable sur <https://uclouvain.be/reso>

APPROCHE DE FORMULATION DES OBJECTIFS	THÈMES CENTRAUX DES OBJECTIFS	PLAN NATIONAL FRANÇAIS	PLAN RÉGIONAL FRANÇAIS	PLAN NATIONAL QUÉBÉCOIS	PLAN RÉGIONAL QUÉBÉCOIS	PLAN NATIONAL SUISSE	PLAN RÉGIONAL SUISSE	PLAN FLAMAND
		PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ	Alimentation					
Activité physique								
Drogues								
Tabac								
Alcool								
Autres substances psychoactives								
Santé mentale et psychosociale								
Maladies et risques infectieux								
Santé affective, sexuelle et reproductive								
Santé environnementale								
Chutes des personnes âgées								
Jeux de hasards et d'argent								
Santé buccodentaire								
Nutrition prénatale et postnatale								
Cancer								
Problèmes d'adaptation sociale								
Diabète								
Perte d'autonomie								

pays (et province) suivants : la Suisse^{4,5}, la France^{6,7} et le Québec^{8,9}. Ce qui fait un total de **7 Plans analysés**.

Généralement, les *Plans* suivent un développement similaire : ils commencent par des éléments de contexte et de conception, continuent sur un diagnostic de l'état de santé de la population, poursuivent sur les priorités du *Plan* (en matière d'objectifs et d'actions), abordent la mise en œuvre de ces priorités et terminent par la présentation des méthodes et démarches d'évaluation du *Plan*. L'objectif de ce rapport de synthèse est de mettre en exergue des **faits saillants** des *Plans* sélectionnés en ce qui concerne la conception, le contenu, la mise en œuvre et l'évaluation. Ces 4 parties constituent le corps du rapport et de cet article.

La démarche d'élaboration

Premier constat en matière de conception, les *Plans* analysés sont tous sous la tutelle du ministre ou de l'instance publique responsable de la santé. Deuxième constat, il y a une volonté d'adopter une **approche inclusive et participative** de la part des décideurs. Bien que les méthodes d'élaboration soient succinctement développées dans les *Plans*, tous ont bénéficié de moments de concertation avec les différentes parties prenantes (professionnels, usagers, etc.). Cette approche inclusive prend la forme de groupes de travail ou de mise en consultation du *Plan*.

Le contenu des Plans

Le cœur d'un *Plan*, ce sont ses priorités de santé. Celles-ci permettent d'éviter un éparpillement des ressources afin de les concentrer sur des sujets auxquels la préséance est donnée. Pour choisir les **priorités de santé**, diverses méthodes

L'étape ultérieure a été de sélectionner les *Plans* que nous allons analyser. Notre premier choix s'est porté sur le *Plan* de la Région flamande³ pour son ancrage dans un contexte similaire à celui des Régions bruxelloise et wallonne. Ensuite,

nous avons préféré choisir des pays francophones, afin de bien comprendre les nuances liées à la langue, et proches du contexte socio-économique de la Belgique. Ce qui nous a amenés à sélectionner un *Plan* national et un *Plan* régional pour les

3 « Strategisch plan – de vlaming leeft gezonder in 2025 », Agentschap Zorg & Gezondheid, 2016. Téléchargeable sur : https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Strategisch_Plan_GezLev_vGCCorr.pdf

4 « Stratégie Nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017-2024 », Berne, Office fédéral de la Santé Publique et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2016. Téléchargeable sur : https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html?_organization=317

5 « Stratégie cantonale de prévention et de promotion de la santé 2016-2026 », République et canton de Neuchâtel. Téléchargeable sur http://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/prevention/Documents/Strat%C3%A9gie_cantonale_pr%C3%A9vention_promotion_sant%C3%A9_rapport%20complet.pdf

6 « Stratégie Nationale de Santé, feuille de route », Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, septembre 2013. Téléchargeable sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille_de_route.pdf

7 « Projet Régional de Santé des Pays de la Loire », version actualisée du 26 mars 2016, Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. Téléchargeable sur : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-1ere-generation-2012-2016>

8 « Programme national de santé publique pour améliorer la santé de la population du Québec 2015-2025 », Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, 2015. Téléchargeable sur <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>

9 Direction de santé publique de la Montérégie (2016), « Plan d'action régional de santé publique 2016-2020 », Longueuil, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre. Téléchargeable sur <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3858/PAR-VF.pdf>

et sources de données sont utilisées : l'analyse de l'état de santé de la population, les résultats de l'évaluation du *Plan* précédent, un alignement sur les orientations de l'OMS, l'utilisation de critères de priorisation.

Les priorités sont ensuite énoncées sous forme d'objectifs. En ce sens, leur contenu est riche en informations. Les thèmes sur lesquels portent les objectifs des *Plans* analysés se déclinent en 5 grandes catégories : **les problématiques de santé, les déterminants de la santé, les populations spécifiques, les milieux de vie et les stratégies d'action**. Les principaux thèmes au sein de ces grandes catégories ont été répertoriés et présentés sous la forme de tableaux synthétiques pour permettre une comparaison entre les pays. Au terme de ce travail de classification, nous avons donc obtenu 5 tableaux à l'image de celui reproduit en page 10.

Ces tableaux ne sont pas destinés à rapporter les thèmes non abordés par les *Plans* ou à tirer des conclusions sur d'éventuelles omissions. Il s'agit plutôt d'un outil de simplification et de schématisation qui permet d'avoir une vue d'ensemble globale et immédiate des thèmes prioritaires des *Plans*.

Comment lire ce tableau ?

Nous proposons ici l'exemple du tableau portant sur les objectifs ciblant des problématiques de santé. Dans la deuxième colonne, on voit l'ensemble des thèmes qui ont trait à des problématiques de santé. Pour chaque *Plan*, nous avons indiqué si un ou plusieurs de leurs objectifs portaient sur chacun de ces thèmes. Si c'est le cas, la case est en couleur. On remarque par exemple que le *Plan* national français et le *Plan* flamand ne formulent pas d'objectif ciblant des problématiques de santé. Sur base des 5 tableaux, nous nous sommes posés deux questions : par quelle(s) approche(s) les objectifs des *Plans* ont-ils été formulés et quels sont les thèmes prioritaires des objectifs ?



Photo © Fotolia

Sur le plan des **approches de formulation des objectifs**, nous avons observé qu'un même *Plan* peut combiner plusieurs approches. Le *Plan* flamand définit ses objectifs en ciblant presque uniquement des milieux de vie et les *Plans* français adoptent une approche ciblant principalement des stratégies d'action. Au Québec, les *Plans* diversifient beaucoup plus leurs approches, mêlant l'approche par problématiques de santé, par population et par stratégies. Enfin, en Suisse, le *Plan* national utilise une approche par stratégies et par population alors que le *Plan* régional utilise une approche par problématiques de santé.

Nous constatons que les **thèmes prioritaires** ciblés par les objectifs sont assez similaires dans les *Plans*. Par exemple l'alimentation, les assuétudes, la qualité et l'accès aux soins et à la prévention. Toutefois, certains thèmes plus spécifiques (parce que probablement plus dépendants du contexte) sont abordés dans certains *Plans* seulement, par exemple la nutrition prénatale et postnatale dans le *Plan* régional québécois, les problèmes d'adaptation sociale dans le *Plan* national québécois, les personnes en période de rupture dans le *Plan* régional français ou les milieux du loisir pour enfants dans le *Plan* de la Région flamande. Certains objectifs suggèrent une timide ouverture vers la démarche de « santé dans toutes les politiques » en visant l'environnement ou l'enseignement par exemple.

La mise en œuvre des Plans

Dans la suite logique des choses, les *Plans* abordent ensuite la **mise en œuvre** de leurs objectifs. Il s'agit ici de comprendre comment il est prévu d'atteindre les objectifs des *Plans*. Avec la définition des objectifs, cette partie est centrale. Le *Plan* flamand et les *Plans* nationaux suisse et québécois développent du reste la mise en œuvre sous la forme d'un « plan de mesures » plus concret. Le plan régional français est quant à lui décliné en programmes territoriaux. Le *Plan* régional québécois se présente sous la forme de « fiches » détaillées. Le *Plan* régional suisse est mis en œuvre par des contrats de prestations avec les acteurs de terrain. Enfin, le *Plan* national français a été mis en œuvre par une loi¹⁰.

Les dispositifs d'évaluation de la mise en œuvre des Plans

Nous faisons le constat que dans les *Plans* sélectionnés, des indicateurs d'évaluation de l'implémentation et de l'efficacité sont prévus mais il ne semble pas clair cependant si les dispositifs d'évaluation permettraient de vérifier la présence d'effets de contexte. Autrement dit, « dans quelle mesure le contexte (socio-économique, culturel, ethnique, etc.) et les acteurs (professionnels, citoyens, etc.) interagissent avec l'implémentation des *Plans*, affectent leur fidélité et affectent leur potentiel d'efficacité pour la santé des personnes et des communautés »¹¹.

¹⁰ Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de « modernisation de notre système de santé »

¹¹ Malengreux Ségolène, « Tirez votre plan ! Une analyse de « Plans » pour promouvoir la santé en Flandre, en France, au Québec et en Suisse », Woluwé-Saint-Lambert : RESO, 2017, p.46. Téléchargeable sur <https://uclouvain.be/reso>

L'évaluation des programmes et actions de promotion de la santé est au cœur de nombreux débats entre acteurs/chercheurs/décideurs. Nous souhaitons mettre en avant que l'évaluation des interventions de promotion de la santé vise d'une part à permettre de produire des connaissances autant sur les effets de ces interventions que sur leurs processus et d'autre part à mesurer leur efficacité et leur efficience. L'enjeu est de s'appuyer sur ces connaissances pour optimiser les actions de terrain. En réponse à un besoin d'outils et de méthodes adaptés aux réalités des interventions de promotion de

la santé, nous avons relevé quelques **initiatives** présentées dans les *Plans* analysés, par exemple l'outil *quint-essenz* en Suisse, la matrice utilisée en Flandre ou encore la recherche interventionnelle en santé des populations dans laquelle la France et le Québec investissent de plus en plus.

Dans un ouvrage publié en 2013 par Carole Clavier et Évelyne de Leeuw, intitulé « Health promotion and the policy process »¹², les auteures soutiennent qu'en promotion de la santé, les acteurs et les chercheurs auraient tout à gagner de mieux comprendre

comment les politiques publiques sont élaborées afin de les influencer positivement, de les évaluer adéquatement et de les implémenter efficacement. Notre rapport fait écho à leur constat qui souligne que l'axe premier de la charte d'Ottawa « élaboration de politiques pour la santé », manque d'une **base théorique solide** pour appuyer l'action. Les résultats de notre analyse sont un pas dans ce sens.

L'analyse complète est téléchargeable sur le site : <https://uclouvain.be/reso>

12 CLAVIER C. and de LEEUW E., « Health promotion and the policy process », Oxford University Press, 2013.

LOCALE WALLONIE

Une Province et ses communes, amies des aînés

Province de Namur, Administration de la Santé publique, de l'action sociale et culturelle¹

Il est de bon ton de commencer un article sur un sujet qui concerne les aînés par quelques données sur le vieillissement de la population. Est-il cependant nécessaire de rappeler que les plus de 65 ans sont et seront de plus en plus nombreux au sein de nos communautés ? Insister sur ces données, c'est souvent mettre en évidence le poids économique et social que représente ce phénomène inéluctable... Et si on abordait la question sous un angle plus optimiste² ? Par exemple, en observant ce qui se fait déjà avec succès avec et pour les aînés, et pourrait être intensifié.

La Province de Namur cherche depuis longtemps à améliorer le bien-être de la population de son territoire, avec une attention particulière pour les aînés³. En 2014, elle s'y est engagé plus intensément encore en développant le concept « Ville amie des aînés » (VADA)⁴ proposé par l'Organisation mondiale de la Santé. Ce positionnement est en phase avec la priorité qu'elle s'est donnée de réduire les inégalités sociales et de santé de la population à toutes les étapes de la vie. Et l'an dernier, elle a officiellement rejoint le réseau mondial OMS des Villes et des Communautés amies des aînés et le Réseau francophone Villes Amies des Aînés.

À l'échelon communal

Pour devenir « amie des aînés », la Province de Namur a choisi de travailler avec les communes, qui représentent les lieux de décision les plus proches des citoyens, surtout en milieu rural. Concrètement, la Province a proposé aux 38 communes de son territoire d'entrer dans le processus « Ville amie des aînés », dans le cadre d'un partenariat. Elle a ainsi organisé des formations interactives à destination des acteurs locaux pour qu'ils se familiarisent avec la démarche VADA et puissent ensuite jouer un rôle actif dans sa mise en œuvre.

La première formation s'est tenue en septembre 2016. Neuf communes namuroises

y étaient représentées : Andenne, Assesse, Jemeppe-sur-Sambre, Namur, Philippeville, Ohey, Profondeville, Sambreville et Rochefort. Après un exposé sur le vieillissement à l'échelle de leur territoire et sur les effets du vieillissement actif, **Pierre-Olivier Lefebvre**, Délégué Général du Réseau francophone Villes Amies des Aînés a expliqué et illustré, avec enthousiasme et de nombreux exemples concrets les expériences VADA en France. La démarche de diagnostic participatif proposée par la Province a finalement été présentée aux représentants des communes. Cette formation était accompagnée de la diffusion d'un *Guide pratique* « Ville amie des aînés » à l'intention des acteurs locaux rédigé par la Province⁵.

1. Ont contribué à la rédaction de cet article : Pascale Dupuis, Véronique Tellier, Anne-France Hubaux, Lise Bouko

2. Pour ceux qui veulent quand même des chiffres, le Tableau de Bord de la Santé de la Province de Namur et les profils locaux de santé sont disponibles sur simple demande à cellule.observation@province.namur.be

3. Les actions et services de la Province de Namur en faveur des aînés : « Catupan », le numéro gratuit à destination des séniors et de leur entourage (0800/23147); « Avec nos aînés » un service de santé mentale spécialisé pour les aînés; le service de télégérontologie Télépronam; l'organisation de la plate-forme des conseils consultatifs communaux des aînés et l'opération « Carrefours des générations ».

4. http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_network/fr/

Les « arbres causaux »

Fortes de leurs nouvelles connaissances, quatre communes se sont engagées dans la réalisation d'un diagnostic participatif, avec le soutien méthodologique de la Province. Les groupes se sont rassemblés à plusieurs reprises pour établir un diagnostic partagé de la situation propre à chaque commune. C'est la méthode de l'approche causale, outil diagnostic d'une méthode de planification plus globale et participative (Comprehensive Participatory Planning and Evaluation en anglais, ou CPPE)⁶ qui a été adoptée pour la réalisation de ces diagnostics.



Photo © Fotolia

Publiée par l'OMS en 1988 dans le cadre d'interventions nutritionnelles⁷, cette approche vise à élaborer un « arbre causal », représentant un jeu hiérarchisé de déterminants, à partir d'une question centrale – dans ce cas-ci, celle de l'isolement des personnes âgées de plus de 65 ans. En rassemblant l'ensemble des parties prenantes, on croise les regards selon un mode très structuré et bien accompagné par un animateur pour énoncer rapidement les principales hypothèses qui expliquent la situation observée. Ces hypothèses sont ensuite validées par d'autres méthodes plus classiques. Les arbres causaux qui présentent une vision synthétique de la problématique abordée permettent ensuite d'identifier les ressources existantes, les besoins à combler et les pratiques inspirantes observées ailleurs et de les relier aux déterminants identifiés. La méthode propose en outre une manière de prioriser les actions pertinentes identifiées, à partir de critères définis et classés par ordre d'importance de manière consensuelle.

Facteurs et sous-facteurs

À Andenne, par exemple, les participants au groupe de diagnostic VADA ont déterminé que l'isolement des aînés vivant à domicile dépendait de la capacité à entrer en relation, de l'état de santé et de la mobilité. Ils ont ensuite « décortiqué » chacun de ces facteurs en sous-facteurs. Par exemple, la mobilité est influencée par l'utilisation

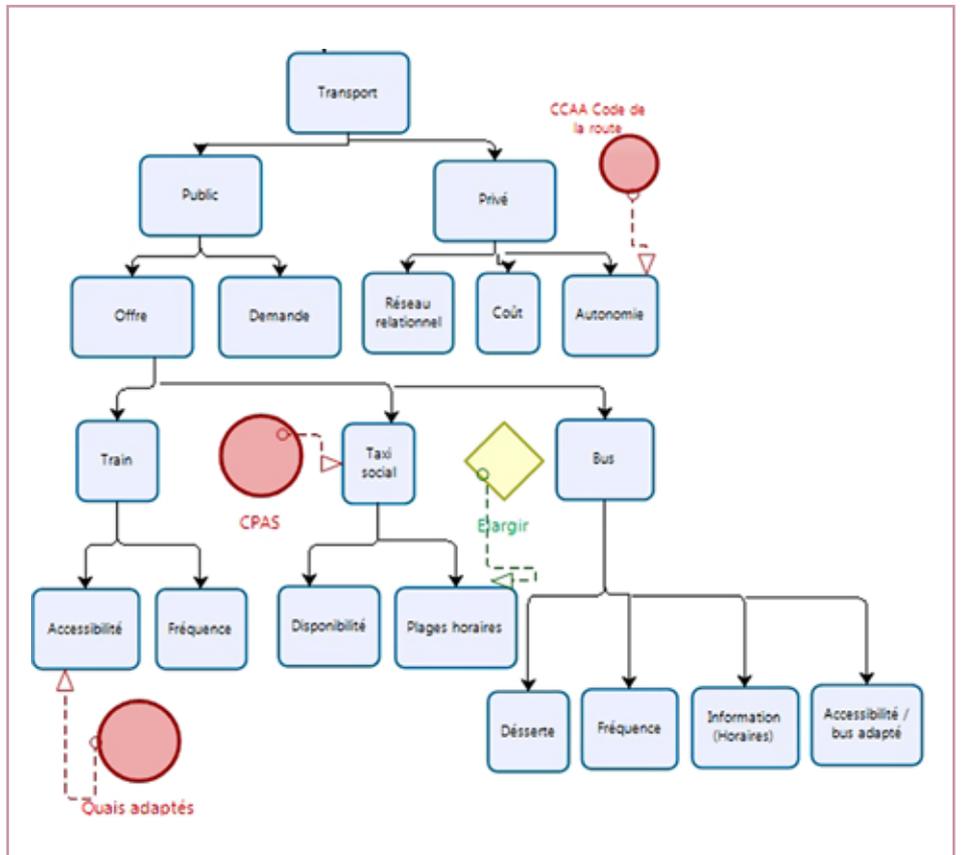
des moyens de transport, par la localisation de l'habitat et par l'urbanisme. L'analyse a révélé jusqu'à six niveaux de cause pour certains facteurs.

Le petit échantillon de l'arbre causal dressé à Andenne, portant sur les facteurs sous-jacents à l'utilisation des moyens de transport est ci-dessous.

Outre les déterminants eux-mêmes, on

trouve en rouge sur le schéma les interventions et services existants et en vert les interventions souhaitables. La démarche permet en effet de rendre compte des besoins mais aussi des ressources disponibles, ce qui rend le diagnostic rapidement opérationnel.

Il est important de relever que le schéma, qui illustre les représentations des participants



⁵ Disponible sur demande à vada@province.namur.be

⁶ Lefèvre P, Kolsteren P, De Wael M-P, Byekwaso F, Beghin I. Comprehensive participatory planning and evaluation (CPPE). Antwerp : Nutrition Unit – Institute of Tropical Medicine ; 2000.

⁷ Beghin I, Cap M, Dujardin B. A Guide to Nutritional Assessment. [Internet]. Geneva : World Health Organization ; 1988 [cité 22 sept 2017] p. 202202. Disponible sur : <http://doi.wiley.com/10.1002/food.19890330223>

sur les causes du phénomène et sur les liens entre elles, est une production à un moment donné, avec un groupe donné. La même analyse réalisée quelques mois plus tard ou avec d'autres participants pourrait résulter en un autre modèle causal : si les hypothèses identifiées resteraient sans doute les mêmes, la manière de les représenter graphiquement serait sans doute différente puisque chaque modèle représente une vision partagée. Néanmoins, le nombre (de 6 à 15), la diversité des participants et leur proximité avec le terrain permettent d'augmenter la finesse et la validité du modèle diagnostic.

L'ensemble de la démarche a fait l'objet d'une publication par commune qui rappelle les étapes et présente l'ensemble des résultats, afin de les mettre à disposition du plus grand nombre et de disposer d'une base de discussion pour la suite, c'est-à-dire l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'un plan d'action local.

L'ensemble des parties prenantes

Dans une démarche de diagnostic « bottom-up » comme celle-là, comme dans les études de type qualitatif en général, on ne parle pas de représentativité mais de richesse et diversité des regards croisés. Dans le cas qui nous intéresse, les aînés sont évidemment présents au sein des comités VADA communaux. Ce sont souvent des membres du Conseil consultatif communal des Aînés, ou d'un mouvement social ou d'une association. À leurs côtés, les travailleurs de terrain sont également au cœur de la démarche : ici un agent communal ou de CPAS, là un employé de la Fondation rurale de Wallonie, ou un représentant d'un Groupe d'action locale... Enfin, à Andenne, Assesse et Namur, le comité de diagnostic VADA incluait aussi des élus communaux ou des membres de leur cabinet. Les débats et le processus de construction se déroulent de manière strictement égalitaire : chacun participe de la même manière, avec son vécu et sa compréhension de la question, sans être dans une position hiérarchisée ou de « défense d'un secteur ».

Pour mener à bien leurs diagnostics, les communes ont été guidées par le personnel de la Province, en collaboration avec le Centre local de Promotion de la Santé de Namur. Les équipes ont apporté aux communes une expertise et un appui méthodologique, qui leur ont permis de coconstruire un diagnostic riche, nuancé et proche de leur réalité locale.

De la promotion de la santé ?

La démarche « Ville amie des aînés » en tant que telle, tout comme la manière dont elle est développée en province de Namur, repose sur les principes chers à la promotion de la santé.

D'abord, la participation des bénéficiaires est réelle et active. Les aînés sont impliqués depuis le début dans la démarche. Dans toutes les communes, le Conseil consultatif communal des aînés a apporté une immense contribution au travail de diagnostic. À Namur, les habitants du quartier Germinal visé par l'action sont associés à toutes les étapes de la démarche.

Ensuite, la réduction des inégalités sociales et de santé est au cœur des attentions, puisque les projets visent en priorité les aînés souffrant d'isolement. Le territoire choisi pour l'action à Namur est un quartier densément peuplé et peu favorisé socioéconomiquement.

Par ailleurs, différentes stratégies de promotion de la santé sont activées :

- **Le renforcement de l'action communautaire** : Selon la Charte d'Ottawa, « la promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions. (...) » C'est bel et bien ce qui guide la démarche VADA : la conviction profonde que les communautés locales – citoyens, professionnels et élus – sont

en mesure de déterminer leurs besoins et les moyens d'y répondre.

- **La création d'environnements favorables** : De l'installation de bancs publics à la réfection de trottoirs en passant par l'augmentation de l'accessibilité des transports publics, la plupart des actions qui sont envisagées visent des améliorations du milieu et des conditions de vie.
- **L'élaboration de politiques pour la santé** : Trois groupes de diagnostic sur quatre comprennent des élus communaux ou leurs représentants. Lorsque ceux-ci sont partie prenante de la réflexion, les chances que les besoins identifiés dépassent les constats pour déboucher sur de véritables changements sont plus grandes.

Perspective de réseautage au niveau wallon

Du point de vue régional aussi, le concept VADA – ou plutôt WADA pour « Wallonie amie des aînés » – est fortement appuyé. Six communes wallonnes se sont déjà engagées dans le processus avec le soutien de la Région. Les objectifs et la démarche proposée par l'AVIQ sont relativement semblables à ceux que développe la Province de Namur, puisqu'ils s'inspirent des mêmes référentiels de l'OMS.

Les deux apports sont complémentaires, tant sur le terrain que dans le domaine du pilotage. Dans le quartier Germinal à Namur, la Région et la Province ont croisé leurs expertises, en co-construction avec d'autres acteurs locaux et avec une équipe de la faculté d'architecture et d'urbanisme de l'UCL : la méthode des arbres causaux a fait émerger un éventail d'hypothèses expliquant la situation des aînés, tandis que la « marche exploratoire » menée par l'UCL et financée par la Région a permis d'explorer plus en profondeur et de vérifier certaines de ces hypothèses. D'un point de vue plus stratégique, la Province de Namur est désormais représentée au sein du Comité de pilotage de WADA, ce qui encourage également les synergies et permettra de mettre en exergue les diagnostics déjà réalisés dans les communes namuroises.

Du diagnostic au plan d'action... et au-delà

Si l'on se réfère à ces sept étapes-clés, les communes d'Andenne, d'Assesse, de Sambreville et de Namur sont sur le point d'aborder la quatrième étape : elles ont achevé un important travail de diagnostic et sont en passe de se lancer dans l'élaboration d'un plan d'action. Il s'agira peut-être d'installer des bancs le long de l'eau, d'aménager les trottoirs aux abords d'un carrefour central, d'étendre les horaires du taxi social, de mettre en place une ligne d'information communale sur les droits sociaux des seniors, de créer une plaine de jeux intergénérationnelle... Cette étape sera assumée par chaque comité de pilotage VADA local,

en partie constitué des personnes ayant pris part au diagnostic. Pour cette nouvelle phase, les quatre communes ont à nouveau sollicité la collaboration de la Province de Namur et du CLPS. La Province apportera son soutien méthodologique, mais aussi un appui à la recherche de financements, qui ne sera pas superflu pour permettre aux projets rêvés de devenir réalité.

La Ville de Namur, qui avait mené la phase de diagnostic sur un quartier particulier, envisage maintenant d'amener le groupe à une autonomie progressive et de répéter le travail dans un nouveau quartier. Par ailleurs, afin de favoriser le partage des informations et des expériences entre

communes dans une dynamique de supra-communalité⁸, le Département Séniors de la Province prépare pour 2018 la mise en place d'une plate-forme provinciale VADA. Enfin, deux communes qui avaient déjà manifesté un intérêt en 2013 (Jemeppe-sur-Sambre et Profondeville) et de nouvelles communes (Gesves et Fosses-la-Ville) ont répondu positivement au nouvel appel de la Province et souhaitent à leur tour faire pousser des arbres et des marguerites avec et pour leurs citoyens aînés.

Pour en savoir plus, contactez le Département Séniors de la Province de Namur : vada@province.namur.be – 081 77 54 55

Un réseau mondial

À travers 37 pays du monde, plus de 500 villes et communautés tentent d'adapter leurs structures et leurs services afin que les aînés puissent pleinement participer à la vie de la société. Elles constituent ensemble le Réseau mondial OMS des villes et des communautés amies des aînés (VADA), créé en 2010. En mai 2017, l'OMS a accepté la candidature de la Province de Namur à ce réseau mondial. Une belle reconnaissance pour l'action développée par l'institution. Pourtant ce label n'est pas un trophée : il est surtout le signe d'un engagement. Celui d'aller plus loin, de continuer à soutenir les communes, afin qu'elles soient encore davantage à l'écoute des besoins des seniors et qu'elles continuent à travailler à la création d'espaces accessibles, d'environnements sociaux inclusifs et d'une offre de service adaptée. Par son adhésion au réseau VADA de l'OMS, la Province bénéficie – et peut faire bénéficier ses communes partenaires – de toutes les ressources du réseau : experts du vieillissement, ressources documentaires, appuis techniques, formations...

Elle profite aussi de l'expérience et des bonnes pratiques des autres membres, ce qui constitue une précieuse source d'inspiration. En retour, elle s'engage à partager ses propres réalisations et enseignements. Les communes peuvent aussi rejoindre le réseau en leur nom propre. Ainsi, la commune de Sambreville y a adhéré en juin 2017, tandis que deux autres communes namuroises attendent la réponse de l'OMS à leur candidature. Enfin, parce que l'on est plus fort ensemble, la Province a également récemment adhéré au Réseau francophone Villes Amies des Aînés⁹.

Une marguerite et 7 étapes

Une ville ou une communauté amie des aînés encourage le vieillissement actif et la cohabitation harmonieuse des citoyens de tous les âges : si les aînés vont bien, l'impact sera positif pour tout le monde. Elle s'engage à créer un environnement participatif et accessible pour sa population âgée. Elle applique le processus « Vieillir en restant actif » défini par l'Organisation des Nations Unies (ONU)¹⁰

qui aborde huit thématiques représentées par la célèbre marguerite VADA : Le processus VADA comprend par ailleurs sept étapes-clés :

- 1 L'adhésion des élus
- 2 La création d'un comité de pilotage local
- 3 Le diagnostic
- 4 L'élaboration du plan d'action
- 5 La mise en œuvre
- 6 La communication à toutes les étapes de la démarche VADA
- 7 L'évaluation



⁸ Pour la Province de Namur, la supra-communalité est définie comme une collaboration entre la Province et une ou plusieurs communes pour répondre à des besoins communaux s'inscrivant dans les priorités provinciales, au bénéfice des communes et dans l'intérêt du citoyen.

⁹ www.villesamiesdesaines-rf.fr

¹⁰ Organisation mondiale de la Santé. Vieillesse et qualité de la vie ? : Réseau mondial OMS des villes et des communautés amies des aînés [Internet]. [cité 6 juin 2017]. Disponible sur : http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_network/fr/



ÉDUCATION SANTÉ

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

Sommaire

INITIATIVES

- 2 JPAAM : des outils pour ne pas s'oublier!, par *Manon Gobeaux*
- 4 Comment voulez-vous être soigné en fin de vie ? Parlez-en à temps! par le *KCE*
- 7 Un mois sans alcool ? Chiche!, par *Manon Gobeaux*

RÉFLEXIONS

- 9 Tirez votre plan! Une analyse de « Plans » pour promouvoir la santé en Flandre, en France, au Québec et en Suisse, par *Ségolène Malengreaux*

LOCALE WALLONIE

- 12 Une Province et ses communes, amies des aînés, par la *Province de Namur*

Sur notre site www.educationsante.be

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

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 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 : le KCE, Ségolène Malengreaux, la Province de Namur.

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

Secrétariat de rédaction : Manon Gobeaux.

Journaliste : Manon Gobeaux, Juliette Vanderveken.

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, 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.

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.

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.

