

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé – www.educationsante.be
N° 388 / MAI 2022

bpost
PB-PP
BELGIE(N)-BELGIQUE



La FWPSanté
actrice dans l'évaluation
du Plan WAPPS

Sommaire



3

STRATÉGIES

Plan Wallon de Prévention et de Promotion de la Santé: des

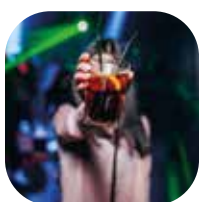
indicateurs d'évaluation
des objectifs transversaux
co-construits avec les
acteurs



7

INITIATIVES

Les Pâtes au beurre: un nouveau lieu d'accueil pour les familles



10

RÉFLEXIONS

Les violences sexuelles facilitées par la consommation de drogues



14

RÉFLEXIONS

Limiter autant que possible la séparation parents - nouveau-né

Le choix d'utiliser l'écriture inclusive est laissé à l'appréciation de chaque auteur.e. Pour une question d'accessibilité et de confort de lecture, l'usage du masculin peut être choisi pour évoquer les personnes, quel que soit leur genre et dans le respect de chacun.e.

Epinglez pour vous

- ▶ Campagne « Écoles Futées au Soleil », la Fondation contre le Cancer
- ▶ L'OMS lance une série d'aide-mémoire consacrés aux inégalités en matière de santé environnementale en Europe, OMS/Europe
- ▶ l'Alliance pour une Société sans Tabac salue la stratégie pour une génération sans tabac, Alliance pour une Société sans Tabac

Retrouvez tous nos articles et les inédits sur notre site www.educationsante.be



Retrouvez-nous aussi sur:
www.facebook.com/revueeducationsante

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**: Estelle Georgin, Rajae Serrokh, Clémentine Stévenot, KCE. **RÉDACTRICE EN CHEF**: France Gerard (education.sante@mc.be). **ÉQUIPE**: Rajae Serrokh, Maryse Van Audenhaege, Juliette Vanderveken. **CONTACT ABONNÉS**: education.sante@mc.be. **COMITÉ STRATÉGIQUE**: Martine Bantuelle, Emmanuelle Caspers, Martin de Duve, Christel Depierreux, Dominique Doumont, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Marie Lefebvre, Denis Mannaerts, Daphné Scheppers, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Chantal Vandoorne. **COMITÉ OPÉRATIONNEL**: Pierre Baldewyns, Nathalie Cobbaut, Dominique Doumont, Anne-Sophie Poncelet, Juliette Vanderveken. **ÉDITEUR RESPONSABLE**: Alexandre Verhamme, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **MISE EN PAGE**: Émerance Cauchie. **ISSN**: 0776 - 2623. Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord de la revue et moyennant mention de la source. **POUR TOUTES RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**: Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET**: www.educationsante.be. **COURRIEL**: education.sante@mc.be. Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé: www.pipsa.be. Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be. Notre site adhère à la plate-forme www.promosante.net. Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt: Bruxelles X - ISSN 0776-2623. Numéro d'agrégation: P401139. Crédit photos: AdobeStock.

Plan wallon de Prévention et de Promotion de la santé : indicateurs d'évaluation des objectifs transversaux co-construits avec les acteurs



STRATÉGIES

Depuis 2019, ESPRist-ULiège accompagne la Fédération wallonne de promotion de la santé (FWPSanté) pour définir des indicateurs d'évaluation pertinents, qui permettent de rendre compte des pratiques de ses membres auprès du pouvoir subsidiant. Ce dernier avait proposé un canevas d'évaluation dans lequel les acteurs peinaient à refléter leurs activités. L'appui à l'évaluation réalisé par ESPRist se traduit par la conduite de la réflexion en concertation avec la Fédération, depuis la construction d'une culture commune en matière d'évaluation jusqu'à la construction d'un canevas commun de collecte des informations.

► **ESTELLE GEORGIN** (ESPRist-ULiège) en collaboration avec le GT évaluation de la FWPSanté¹

Contexte et origine de la démarche

En 2019, la FWPSanté a lancé une réflexion sur l'évaluation avec ses membres. Un groupe de travail (GT) évaluation a alors été mandaté pour formaliser le travail sur la définition d'indicateurs communs et concertés pour les objectifs transversaux du Plan wallon de Prévention et de Promotion de la santé (WAPPS). Le groupe de travail est composé d'une dizaine de membres aux activités et publics variés. Ainsi, les trois niveaux d'intervention sont représentés : la première ligne au contact direct avec la population, la deuxième ligne agissant auprès des professionnels et relais, et enfin la troisième ligne à l'interface entre les acteurs de première et seconde ligne et les politiques et administrations. Ainsi, le GT est représentatif de la diversité qui constitue

le secteur de promotion de la santé, de façon transversale au niveau des pratiques et également de façon spécifique sur les thématiques et champs d'action qu'il couvre (assuétudes, tabac, drogues, milieu carcéral, rue...).

Ce travail a été réalisé à un moment charnière pour le secteur de la promotion de la santé en Wallonie. **Alors que les opérateurs sont dans l'attente d'une révision du Décret Promotion de la Santé et de sa traduction opérationnelle dans un arrêté du Gouvernement, ils se sont engagés dans une réflexion commune sur les modalités d'une évaluation qui soit porteuse de sens pour chacun en regard de ses principes d'actions, des activités et des thématiques privilégiées. L'objectif du GT évaluation était aussi de trouver une façon de rendre compte**

¹ Les membres du GT Évaluation de la FWPSanté sont : Patricia Bernaert (Prospective Jeunesse asbl), Manu Condé (Comme chez nous asbl), Martin de Duve (Univer santé asbl), Christian Dongmo (Observatoire du Sida et des Sexualités), Amandine Felten (Service éducation pour la santé asbl), Estelle Georgin (ESPRist-ULiège), Valérie Hubens (Fédération des maisons médicales), Hélène Lambert (UCL-Réso), Philippe Mouyart (CLPS - Charleroi-Thuin), Maryline Nicolet (CLPS Brabant wallon), Caroline Rasson (FARES asbl), Chantal Vandoorne (ESPRist-ULiège), Rocco Vitali (Infor Drogues asbl)



des actions qui offre un juste reflet des pratiques et fondamentaux de la promotion de la santé, et ce, en cohérence avec le WAPPS.

Une méthodologie de co-construction inductive et itérative

En 2019, la FWPSanté a sollicité l'appui méthodologique et scientifique d'ESPRist-ULiège, afin d'amorcer la construction d'une culture d'évaluation commune. À cet effet, une enquête en ligne a été adressée aux membres afin d'avoir une vision des informations quantitatives ou qualitatives dont ils disposent selon le type d'activités qu'ils mènent (réseaux, formation, accompagnement, construction d'outils, centre de ressources, etc.). Les résultats ont été enrichis par l'organisation d'une journée de rencontre. Au cœur des discussions, étaient : les buts et finalités de l'évaluation, les modalités utilisées pour rendre visibles les actions et les résultats, les critères d'évaluation, et enfin les outils et démarches d'évaluation.

En 2020, le pouvoir subsidiant a soumis aux membres un canevas standardisé de plan d'action dans lequel les opérateurs ont peiné à refléter la complexité de leurs interventions. Le GT de la FWPSanté oriente alors son travail sur la proposition d'une alternative, un dénominateur commun à tous. La piste de travail dans laquelle s'engage le GT est la formulation d'indicateurs d'évaluation pour les 12 objectifs transversaux du Plan, délaissés par les autorités par manque de substance objectivable. En effet, **ces objectifs reflètent les pratiques diversifiées de la plupart des opérateurs en promotion de la santé, en revanche, bon nombre d'opérateurs ne peuvent refléter les interventions transversales au travers des objectifs thématiques du Plan.** Cela est symptomatique de la difficulté qu'ont les opérateurs de visibiliser les effets de leurs pratiques sur la santé des populations.

En 2020, le GT évaluation s'est réuni régulièrement lors de rencontres préparées par ESPRist-ULiège. **Pour chaque objectif transversal, une série de dimensions-clés (critères de qualité)**, identifiées dans la littérature scientifique et grise, étaient proposées et soumises à la réflexion du GT.

Dans un premier temps, ces dimensions étaient expliquées, sélectionnées puis reformulées. Très vite, la nécessité d'utiliser un vocabulaire commun pour parler d'évaluation a été identifiée. Le GT s'est alors accordé sur une proposition de glossaire qui a balisé la rédaction des dimensions-clés. Ce glossaire a été transmis aux membres de la Fédération et aux autorités de tutelle.

Dans un second temps, ESPRist-ULiège a réalisé une sélection de ces dimensions-clés afin d'en limiter le nombre et d'éviter les doublons, des reformulations ont de nouveau été nécessaires. Vingt-deux dimensions ont finalement été sélectionnées. Le GT a alors travaillé sur base de propositions d'indicateurs au départ des données d'enquête auprès des membres de la FWPSanté ainsi que de la littérature

Les 12 objectifs transversaux du WAPPS

1. Promouvoir la santé dans toutes les politiques
2. Adapter les stratégies pour faire face aux inégalités sociales de santé
3. Favoriser l'accessibilité et veiller à une bonne couverture territoriale en matière de promotion de la santé et de prévention
4. Veiller à l'efficacité des actions et instaurer une culture de l'évaluation dès le départ
5. Intégrer les priorités de santé dans une approche selon les parcours de vie
6. Intégrer les priorités de santé dans une approche selon un continuum global et pas que de soins, de l'éducation à la santé en passant par la promotion de la santé et la prévention ainsi que le soin
7. Renforcer l'action communautaire (bottom-up), promouvoir la participation citoyenne et l'empowerment
8. Développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel
9. Créer des milieux de vie et environnements favorables à la santé
10. Inscrire la promotion de la santé dans une perspective durable
11. Promouvoir l'innovation au service de la santé
12. Tenir compte de la dimension de genre

grise et scientifique. Il était demandé aux membres du GT de se positionner par rapport à la pertinence des indicateurs et à leur portée quantitative ou qualitative. ESPRist-ULiège a recueilli l'ensemble du travail réalisé par le GT et proposé **un canevas contenant 86 indicateurs d'évaluation, assortis d'un document descriptif de chaque dimension-clé.** Ces fiches descriptives des dimensions-clés reprennent une courte description de la dimension-clé ainsi qu'un tableau avec les critères et les indicateurs associés. **Les critères sont les caractéristiques plus précises qui, ensemble, permettront de juger de la rencontre de la dimension-clé par les opérateurs. Les indicateurs sont les manifestations concrètes de ces critères.** Les indicateurs définis sont de trois types : indicateurs de processus, indicateurs de réalisations et indicateurs de résultats. Ils peuvent être quantitatifs ou qualitatifs.

La logique est renversée par rapport à la proposition de l'administration compétente. **Le point d'entrée ne sera plus les objectifs mais bien les dimensions-clés.**

Le canevas se présente sous la forme d'un tableau qui reprend les indicateurs par dimension-clé. L'opérateur a le choix de les documenter ou non en fonction de leur adéquation à ses projets, activités ou actions. Pour limiter les ambiguïtés et homogénéiser le remplissage du canevas, le type d'indicateur y est directement spécifié. Dans la

mesure du possible, des catégories d'informations ou des questions sont suggérées afin de guider l'opérateur dans la façon de rendre visibles et concrètes les caractéristiques de ses actions.

Les objectifs de santé tout comme les objectifs transversaux, y seront associés dans un second temps. Les membres de la FWPSanté ont pu prétester le canevas durant l'été 2021.

Implication des membres de la Fédération

Dès le départ, il importait que **ce travail soit porté et validé par les membres de la Fédération wallonne de promotion de la santé**. C'est pourquoi, deux rencontres ont été organisées pour les membres et leurs équipes. Une première rencontre avait pour objectif de présenter le travail du GT évaluation et son aboutissement sous forme d'un canevas d'indicateurs. La seconde rencontre avait pour objectif de présenter le prétest du canevas et d'amorcer l'appropriation du canevas proposé lors d'ateliers en sous-groupe. Les membres participants ont pu prétester le canevas durant l'été 2021.

Ces rencontres, au même titre que le prétest, ont permis de préciser la description des dimensions-clés pour qu'elles soient le juste reflet des pratiques du plus grand nombre.

Les principaux résultats et enseignements du prétest

Le prétest a permis d'identifier les points forts et les points faibles de la proposition de canevas d'indicateurs. Quatorze opérateurs aux activités variées ont prétesté le canevas. Cet exercice consistait à sélectionner quelques actions au sein d'un projet et à documenter les indicateurs jugés pertinents pour en rendre compte. Le nombre d'indicateurs à documenter n'était volontairement pas précisé afin de laisser aux opérateurs l'occasion de s'approprier pleinement le contenu du canevas. Il ressort que certaines dimensions ont été plus documentées que d'autres. Les dimensions moins documentées ne sont pas pour autant à éliminer de la liste, il restera à définir pourquoi elles ont été moins sélectionnées. *Permettent-elles de refléter les spécificités de certains opérateurs ? Sont-elles trop écartées des actions mises en place par les opérateurs ? Est-il pertinent de mieux les développer à l'avenir ?*

Les dimensions les plus documentées reflètent les stratégies de promotion de la santé largement partagées au sein du secteur, parmi lesquelles : la santé dans toutes les politiques au travers des relations qui se créent avec des organismes qui ne sont pas issus du secteur de la promotion de la santé, les interventions universelles, le renforcement des aptitudes de professionnels-relais sur les déterminants sociaux de la santé, la couverture territoriale des activités, le partenariat et le travail en réseaux sur des aspects de diversité et de participation.

La plus-value de l'exercice a été soulignée par les testeurs, d'une part pour **sa valeur formative** et d'autre part, pour **l'utilité de disposer d'une liste d'indicateurs comme réservoir d'idées** dont il n'est pas obligatoire de se servir dans son entièreté. En effet, cet exercice a permis aux opérateurs et à leurs équipes de **marquer un temps d'arrêt et de questionner leurs projets et activités**. La liste d'indicateurs devient alors un soutien à la formalisation structurée de ce temps d'arrêt.

La volonté n'est pas d'imposer aux opérateurs de s'astreindre à un travail fastidieux de rapportage en dépit des activités de terrain qu'ils mènent au quotidien. Les testeurs ont par ailleurs relevé le caractère chronophage du passage systématique par tous les indicateurs et la perte de vision globale qui en relève. De plus, certains indicateurs nécessitent une collecte de données en routine que tous les opérateurs ne sont actuellement pas en mesure de réaliser, faute de temps ou d'accessibilité aux données. Le modèle adopté pour le prétest se devra d'être revu afin de permettre un remplissage plus dynamique et spontané. L'idée d'une plateforme informatique a par ailleurs été soulevée par les testeurs.

À la suite de ce prétest, le GT a pu finaliser la liste des indicateurs d'évaluation pour les objectifs transversaux du plan. Cette liste prend la forme de fiches descriptives par dimension-clé. Une fois le travail validé par l'AG de la Fédé-



ration wallonne de promotion de la santé, il a été transmis au pouvoir subsidiant, accompagné de certaines balises en vue de sa mise en œuvre concrète pour les opérateurs de promotion de la santé.

Un canevas d'indicateurs d'évaluation, pour qui, pour quoi ?

L'évaluation est toujours synonyme de questionnements pour les opérateurs. **Quelles sont les finalités de l'évaluation ? À quoi et à qui vont servir les résultats ? En vue de quelles décisions évalue-t-on ? S'agit-il d'un monitoring ou d'une évaluation des projets ?**

Ces questions ont également coloré le travail du GT Évaluation de la FWPSanté. En effet, l'enjeu était de définir **des indicateurs qui soient porteurs de sens pour les opérateurs et leurs publics, et utiles au pilotage du WAPPS pour les autorités de tutelle**. Dans la réflexion sur les instruments qui seront envisagés dans les futurs arrêtés d'application, l'utilité du prétest serait d'anticiper les écueils qu'un tel outil pourrait soulever.

Afin d'éviter les difficultés dans l'adoption d'un tel outil, les membres de la FWPSanté ont défini quelques balises à adopter. **La contextualisation des projets s'avère primordiale et déterminante** dans le rapportage et l'évaluation réalisées par les opérateurs. **L'appropriation d'un set d'indicateurs conséquent demande un temps d'appropriation** non négligeable qui nécessitera sans doute un accompagnement. La réponse à un nombre limité d'indicateurs (une dizaine) semble réaliste pour les opérateurs. **Ces indicateurs pourraient être choisis en concertation** avec l'Administration. Chaque opérateur pourrait alors répondre aux indicateurs pertinents en regard de ses projets, actions ou activités. De cette façon, l'évaluation du WAPPS reviendra à interpréter une constellation d'indicateurs qui seraient fournis par un ensemble d'opérateurs. Le choix de ces indicateurs pourrait dès lors évoluer en cours de projet.

L'intégration des indicateurs proposés par la FWPSanté est dans les mains des autorités compétentes. Avec le soutien des opérateurs, cette liste pourrait prendre pleinement sa place dans le pilotage du WAPPS.

Références

- Gouvernement wallon (2014). Plan prévention et promotion de la santé en Wallonie. Partie 1 : Définition des priorités en santé horizon 2030 : 105.
- Gouvernement Wallon (2018). Plan wallon de prévention et de promotion de la santé. Ensemble pour une vie de qualité en Wallonie ! Rapport Prévention et Promotion de la Santé. Horizon 2030. Partie 2 :
- Référentiel pour l'action. Belgique : 116.
- World Health Organization (2012). Intersectoral Governance for Health in All Policies. Structures, actions and experiences. Danemark, Copenhagen. 221p. [En ligne] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171707/Intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf

Une ligne du temps

2019

Un travail sur l'évaluation s'amorce au sein de la FWPS

- **Février** : le Groupe de Travail (GT) définit la méthodologie et la présente aux membres de la FWPS.
- **Avril – Mai** : 22 organismes membres de la FWPS répondent à l'enquête en ligne du GT.
- **Juin** : le GT analyse les résultats, et une journée de réflexion collective pour les membres de la FWPS est organisée, à laquelle participent 19 organismes.
- **Septembre** : un premier rapport de synthèse suite à l'enquête en ligne et aux consultations est rédigé. Mais ce même mois, l'AViQ envoie aux membres de la FWPS un « projet de modèle de plan d'action 2020 pour les opérateurs en prévention et en promotion de la santé disposant d'une subvention facultative ».
- **Octobre** : suite à la réception de ce document, un nouveau mandat est octroyé au GT par les membres de la FWPS : travailler sur une proposition porteuse de sens pour les acteurs et l'administration.

2020

Le GT s'empare de son nouveau mandat et co-construit les indicateurs

- **Mars** : les membres de la FWPS envoient à l'AViQ un avis sur le « projet de modèle de plan d'action » proposé.
- **De Juin à Septembre** : le GT construit la méthode de travail pour répondre à son nouveau mandat.
- **Entre Octobre et Janvier 2021** : le GT définit les dimensions-clés pour chacun des objectifs transversaux.

2021

- **Mars** : le GT rédige un glossaire pour parler d'évaluation. Ce glossaire est envoyé à toutes les parties-prenantes (les membres de la FWPS et l'AViQ).
- **Entre Mars et Juin** : le GT rédige les fiches descriptives de chaque dimension-clé, comprenant la sélection des critères et indicateurs. Ce travail est ensuite présenté aux membres de la FWPS.
- **Juillet-Août** : les membres de la FWPS pré-testent le canevas des indicateurs.
- **Septembre** : le GT analyse les résultats du pré-test et ajuste les fiches descriptives.
- **Octobre** : les membres de la FWPS valident ces fiches. Elles sont envoyées à l'AViQ, avec des balises pour leur utilisation.

Les Pâtes au beurre : un nouveau lieu d'accueil pour les familles à Bruxelles

INITIATIVES

Le 19 novembre dernier a eu lieu le lancement officiel de l'antenne belge *Les Pâtes au Beurre Bruxelles*. Éducation Santé vous présente ce projet de soutien à la parentalité et ses spécificités. Un projet au plus proche des familles et des quartiers.

► RAJAE SERROKH

Au départ, des parents, un réseau, une rencontre...

Le Groupe Santé Josaphat est un centre de planning familial situé à Schaerbeek. Depuis plusieurs années, l'équipe mène un projet de soutien à la parentalité, avec la double volonté de territorialiser son action et de travailler en réseau avec des partenaires hors du champ médico-social. L'équipe propose ainsi aux parents concernés un accueil collectif avec une prise en charge globale et davantage psycho-sociale. En effet, l'aspect collectif permet d'éviter l'individualisation des difficultés et de tenir compte, entre autres, de la dimension culturelle du public. L'équipe a ainsi mené de nombreuses animations de soutien à la parentalité au sein des institutions partenaires, ce qui lui a permis d'élaborer une série de constats et de lancer le projet Atouts Parents en 2016¹ : des groupes de soutien à la parentalité, un comité de pilotage et un travail en réseau lors de séminaires et de journées de réflexion.

Depuis 2019, le projet a évolué : en plus des groupes de soutien pour les parents, une permanence complémentaire a été mise en place avec un accueil sans rendez-vous, gratuit et anonyme. Encadrées par deux accueillants soucieux de partir des ressources des parents, cet espace se veut plus convivial, plus « contenant » et sécurisant. L'équipe, attentive à l'évolution du projet, ses atouts et ses limites, a poursuivi sa réflexion et a eu la chance de croiser la route de Sophie Marinopoulos, fondatrice du dispositif *Les Pâtes au Beurre*, en 1999, à Nantes. Ce nouveau lieu d'accueil des parents et familles *Les Pâtes au beurre* répondant aux attentes et questionnements du Groupe Santé Josaphat, un nouveau chapitre s'ouvre pour l'équipe du planning.



Les premiers pas du lieu d'accueil *Les Pâtes au Beurre*

Inspirée des travaux de Selma Fraiberg², pour qui prendre soin de l'enfant, c'est d'abord soigner la parentalité, Sophie Marinopoulos crée le premier lieu d'accueil *Les pâtes au beurre*. Psychologue, psychanalyste, spécialisée dans les questions de l'enfance et de la famille, elle est également présidente de la Fédération Nationale (française)

¹ Le projet « Atout Parents » a été financé dans le cadre de l'appel à projet de la Ministre Frémault sur le burn-out parental
² <https://www.cairn.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2003-2-page-75.htm>



pour la Prévention et Promotion de la Santé Psychique³. Intervenant dans un centre médico-psychopédagogique à l'époque, elle est interpellée par les listes d'attente et les demandes de soutien importantes de la part des familles. Un lieu d'accueil pour toutes les familles lui semblait plus que nécessaire : un espace où les familles peuvent trouver écoute, soutien et pouvoir y déposer leurs préoccupations en toute confiance avec des professionnels.

À ce jour, le lieu d'accueil *Les Pâtes au beurre* est présent dans 14 villes françaises, et sa première antenne belge vient d'être inaugurée à Bruxelles.

Le concept *Pâtes au beurre*

Les Pâtes au beurre est un lieu d'accueil collectif de prévention où les familles peuvent venir gratuitement, de manière anonyme, avec ou sans enfant (sans limite d'âge) et sans rendez-vous. C'est un lieu favorisant l'échange et prenant en compte la personne dans son devenir et son être parent.

Le lieu d'accueil est composé de trois pièces : l'espace cuisine, l'entre deux et la pièce pour les enfants. Les parents sont accueillis par des professionnels dans un espace cuisine autour d'un café et d'une collation. Le choix du lieu et sa symbolique ne sont pas anodins : la cuisine est une pièce familière, remplie d'objets du quotidien. Comme l'explique Sophie Marinopoulos, elle joue un rôle important dans l'appui aux parents. « *C'est un espace d'accueil où l'on peut exercer une éthique du care : être disponible à la vulnérabilité de l'autre. Cette pièce familière permet une présence à la dimension relationnelle, une disponibilité psychique et une ouverture* ».

Pendant ce temps, les enfants peuvent circuler d'une pièce à l'autre. L'espace enfants n'est pas surveillé. Cela peut être une source d'anxiété pour certains parents, mais aussi une occasion de se séparer de son enfant, de le découvrir dans un autre environnement.

Une « santé du lien » avant tout

Pour Sophie Marinopoulos, l'attention est accordée à la restauration des liens parents-enfants et au soutien aux parents pour qu'ils prennent un temps de qualité avec leur enfant. Chaque parent qui pousse la porte du lieu vient chercher à comprendre ce qu'il vit dans la relation à son enfant : ses doutes, ses crises, ses conflits, ses problèmes de communication, pour améliorer la qualité de leurs relations. Dans ces lieux, on parle de vulnérabilités, de bouleversements (celui de devenir parent, d'être envahi...)

Les lieux d'accueils *Les Pâtes au beurre* ont retenu de Selma Fraiberg les notions d'« étayage » et de valorisation des ressources parentales, au travers de l'empathie mais aussi de la fonction « contenante ». Il s'agit de « restaurer les parents dans leur capacité de penser, à distance de tout modèle parental normatif et disqualifiant et en contact avec les ressources singulières de leur parentalité en devenir »⁴.

L'étayage peut prendre plusieurs formes. Être présent, à côté, c'est déjà de l'étayage. Montrer plusieurs fois, répéter, c'est de l'étayage. Il faut emmener son enfant un peu au-delà de ce qu'il sait faire mais pas trop, l'aider à se dépasser dans sa zone d'apprentissage, dans sa « zone proximale de développement ». C'est à dire qu'il faut l'amener un peu plus loin mais en lui proposant toujours des choses accessibles⁵.

« Quand on perd la capacité d'agir sur son histoire personnelle, on perd l'espérance. Nous sommes des sociétés un peu désespérées. On a besoin de comprendre ce que l'on vit sinon on ne sait plus où on en est. »

(Sophie Marinopoulos)

C'est d'autant plus important, insiste Sophie Marinopoulos, que cette part « relationnelle » de la santé a été fortement estompée par une vision sanitaire dominante.

La place des professionnels

Les professionnels qui encadrent cet accueil aux parents et familles sont des psychologues et des psychomotriciens. Ils exercent un rôle de « reliance » : prendre soin par une disponibilité psychique.

Leur rôle est de rendre le parent acteur : « *nous aidons à mettre des mots, sans parler à la place du parent* » pour aider celui-ci à faire face à certaines situations compliquées, des attitudes, des réflexions, etc. Le professionnel est là en soutien, pour décoder la situation et permettre une ouverture. En effet, les interventions des parents visent à créer les conditions pour que les adultes en position parentale trouvent par eux-mêmes des solutions aux difficultés qu'ils rencontrent et comprennent les effets de

³ <https://www.lespatesaubeurre.fr/la-federation-missions-actions>

⁴ <https://www.cairn.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2003-2-page-75.htm>

⁵ <https://www.gynger.fr/le-jeu-et-la-motricite-dans-le-developpement-de-lenfant>

leur comportement sur celui de leur enfant. Elles visent à créer un contexte de changement en travaillant sur les perceptions et croyances qui concernent leur rôle parental (forces et faiblesses) et les comportements parentaux.

L'intervention du professionnel a pour objectif d'amener « la personne à prendre conscience de son potentiel d'action pour se voir davantage comme un agent de transformation et, par ce biais, permettre la manifestation de ses compétences »⁶.

Les premiers pas des *Pâtes au beurre* Belgique

L'équipe du Groupe Santé Josaphat a ainsi rejoint la Fédération Nationale française *Les Pâtes au beurre*⁷ et ouvert son lieu d'accueil sur la commune de Saint-Josse-Ten-Noode à Bruxelles.

Cette commune fait partie du « croissant pauvre » de la capitale, cette zone où se concentrent les groupes de population les plus défavorisés et formant un croissant autour du centre-ville. C'est dans cette zone d'ailleurs que l'on retrouve un nombre relativement plus important de familles avec enfants.⁸

La permanence parentalité du Groupe Santé Josaphat, devenue ensuite le lieu d'accueil *Les Pâtes au beurre*, a accueilli à ce jour un public composé de deux tiers de parents présentant une configuration familiale monoparentale et un tiers de parents avec une configuration familiale en couple. La majorité des familles étaient accompagnées de leur(s) adolescent(s), âgé(s) (entre 11 et 16 ans), et un tiers étaient accompagnées de leur(s) enfant(s) (entre 3 et 8 ans).

Les questions soulevées par ces parents concernent souvent l'épuisement maternel, la question des limites, de l'autorité, l'équilibre dans les relations conjugales et familiales, les violences intrafamiliales et conjugales. Ces violences étant exacerbées par la promiscuité, la précarité économique notamment. Mais d'autres questions apparaissent aussi, touchant aux relations avec leur(s) adolescent(s), leurs difficultés liées au décrochage scolaire, aux faits de

primo-délinquance, etc. Les accueillants ont également relevé l'anxiété que vivaient ces parents durant la crise sanitaire.

Enfin, la place du réseau d'acteurs tissé au fil du temps par le Groupe Santé Josaphat autour du soutien à la parentalité reste primordiale. Les partenaires (médiateurs scolaires, AMO, ONE, centre d'alphabétisations, SSM, centre d'hébergements, planning familial etc.) orientent certains parents vers le lieu d'accueil mais l'équipe oriente également les parents en fonction des problématiques soulevées vers des acteurs susceptibles de leur fournir un soutien.



Les professionnels des *Pâtes au Beurre* accueillent à La Maison de la Famille de Saint-Josse, Rue de la Poste 51-53, 1210 Saint-Josse-ten-Noode.

Renseignements :

0499 38 75 44

bruxelles@lespatesaubeurre.fr

www.lespatesaubeurre.fr

Découvrez le lieu en images :

<https://www.youtube.com/watch?v=EpzWJQ-DI4g>



⁶ Promouvoir la santé dès la petite enfance, p.96 <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/promouvoir-la-sante-des-la-petite-enfance-accompagner-la-parentalite>

⁷ <https://www.lespatesaubeurre.fr/la-federation-missions-actions>

⁸ https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/tableaux-de-bord-de-la-sante-etat_des_lieux_sante_mentale_bruxelles_fevrier_2020.pdf

Les violences sexuelles facilitées par la consommation de drogues

RÉFLEXIONS

Les violences sexuelles facilitées par la consommation de drogues sont un phénomène partiellement compris et sous-estimé. Comment alors les détecter, les prévenir et mieux soutenir les victimes? Et plus largement, comment changer de paradigme et instaurer une culture du consentement?

► CLÉMENTINE STÉVENOT, Eurotox

La notion de violences sexuelles facilitées par la consommation de drogues englobe à la fois la soumission chimique (par exemple administrer une drogue à une personne, à son insu ou sous la contrainte, pour faciliter un crime à son encontre) et la vulnérabilité chimique (comme l'état de vulnérabilité dans lequel se trouve une personne suite à une consommation volontaire de drogues, alcool compris)¹.

La consommation de drogues, qu'elle soit **volontaire ou involontaire**, modifie les comportements des victimes, affecte leurs **perceptions et capacités** à analyser les situations et leur dangerosité, prendre des décisions, se défendre, exprimer leur consentement ou leur non-consentement, et demander de l'aide. Elle peut mener à la perte de conscience et/ou à une amnésie temporaire ou per-



GHB, «drogue du viol»?

À dose normale, le GHB (et ses précurseurs) a un effet euphorisant, désinhibant et aphrodisiaque, similaire à celui de l'alcool. Mais en cas de forte dose ou de prise combinée d'alcool ou d'autres dépresseurs (benzodiazépines, barbituriques, etc.), son action est hypnotique (avec amnésie voire perte de conscience), et peut même entraîner des convulsions voire un coma (et dans les cas les plus sévères, le décès par dépression respiratoire). Les effets hypnotiques-désinhibants de cette substance en font une substance potentiellement dangereuse et son utilisation dans certains cas pour faciliter les agressions sexuelles explique qu'elle ait été baptisée «drogue du viol». Néanmoins, la recherche épingle d'une part que les agressions sexuelles facilitées par la consommation de drogues sont plus souvent opportunistes, et d'autre part, que le GHB est beaucoup moins souvent détecté que l'alcool, les benzodiazépines et d'autres drogues (cannabis, MDMA, antidépresseurs).



¹ Une étude menée en France par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé a relevé que les agressions sexuelles représentent plus de la moitié (54%) des cas de soumissions chimiques identifiés. Les victimes de soumission chimique et de vulnérabilité chimique sont majoritairement des femmes, représentant respectivement 66% et 91% des cas (CEIPA, 2019).

manente, selon le(s) produit(s) consommé(s) et certaines caractéristiques individuelles (corpulence, habitudes de consommation...). Les violences sexuelles facilitées par la consommation de drogues induisent souvent un **sentiment de vulnérabilité** chez les personnes victimes. Il est dès lors fréquent que ces dernières ne rapportent pas les agressions sexuelles aux autorités ou le fasse tardivement ; or, plus le temps passe, moins les drogues utilisées sont détectables. Ce sentiment de vulnérabilité est de plus aggravé par la complexité administrative et la lenteur du système judiciaire, mais aussi par la crainte de ne pas être cru-e voire d'être blâmé-e, en particulier dans les cas où les victimes ont consommé volontairement des drogues (Garcia et al, 2021 ; Anderson et al, 2017).

Nous n'avons qu'une compréhension partielle du phénomène, et les données disponibles actuellement montrent clairement une **sous-estimation de la réalité**. De plus, il est souvent difficile de distinguer les consommations volontaires et involontaires, notamment dans les contextes festifs, où les consommations récréatives sont courantes. Les données tendent à indiquer que la prévalence de crimes « d'opportunité » serait plus élevée que celle de crimes « proactifs » (voire prémédités), contrairement aux représentations qui circulent au sein de la société (Anderson et al, 2017).

Prévenir, détecter, soutenir

Certaines réactions et actions entendant lutter contre les violences sexuelles facilitées par la consommation de drogues tendent à se focaliser sur lesdites drogues et à les considérer comme le problème à régler. Les substances psychoactives sont toutefois un moyen mobilisé dans le cadre d'un crime. Le réel problème est la perpétuation de violences sexistes et sexuelles.

Il est dès lors nécessaire de mettre en place des dispositifs limitant les risques liés à la consommation (volontaire et involontaire) de drogues, en **adaptant les lieux de rencontre et de fête**. La lutte contre les violences repose aussi sur l'amélioration de nos connaissances et le renforcement des **actions de prévention et de sensibilisation** à la fois en matière de consommation de produits psychoactifs et de consentement. Il est également central d'améliorer **l'aide et la prise en charge des personnes victimes** par les services de soins et par les autorités publiques (police, justice) et d'encourager les victimes à porter plainte.

La lutte contre les violences sexistes et sexuelles reposera enfin et surtout sur une réelle politique de sensibilisation, de prévention et de lutte contre la **culture du viol**. Il est important que des animations d'éducation à la **vie sexuelle et affective** soient dispensées à toutes et tous et puissent aborder (avec une approche critique et de manière adaptée selon l'âge) les notions de genre et de consentement.

Changer de paradigme : la culture du consentement

Les violences sexistes et sexuelles s'ancrent dans un cadre social et culturel qui leur est favorable. Lutter efficacement et durablement contre celles-ci requiert de soutenir un réel changement de paradigme dont la visée est d'atteindre une **culture du consentement**.

Au sein d'une culture reposant sur le consentement, la société et les individus qui la composent placent **l'autonomie**

(Suite en page 13)



Qu'est-ce que la culture du viol ?

La culture du viol regroupe un ensemble d'attitudes et de croyances erronées, qui persistent cependant et sont largement transmises et diffusées au sein des sociétés hétéropatriarcales (c'est-à-dire les sociétés au sein desquelles le genre masculin et l'hétérosexualité dominent les autres genres et orientations sexuelles). Ces attitudes et croyances participent à dénier, justifier, minimiser et banaliser les agressions sexuelles, majoritairement commises par des hommes à l'encontre de femmes, voire à faire reposer la faute et la responsabilité sur les victimes (« la victime a bu de l'alcool/l'a bien cherché/est sortie seule/portait une jupe/a dragué son agresseur », etc.). Elles participent également à instaurer un tabou autour des agressions sexuelles dont les hommes sont victimes, et à perpétuer des représentations racistes et homophobes des sexualités et désirs masculins.

La culture du viol repose notamment sur la croyance selon laquelle les hommes sont des sujets désirants qui ne savent pas contrôler leurs « pulsions sexuelles », qu'ils sont par « nature des prédateurs sexuels », et que leur valeur dépend de leur capital de « virilité » et de « conquêtes sexuelles » ; et que les femmes sont des objets de désir auxquels il revient de « faire attention ». Les stéréotypes de genre masculin et féminin, hétéronormés, sont à la fois nocifs pour les individus (se plier à des normes incompatibles et irréalistes, voire en contradiction avec son identité) et à la vie en société (catégoriser les individus et discriminer celles et ceux qui n'entrent pas dans la norme, voire les sanctionner – notamment les personnes LGBTQI+). Faire reposer la responsabilité et la culpabilité sur les épaules des victimes est une violence supplémentaire et constitue un obstacle dans la libération de la parole, la recherche d'aide, le dépôt de plaintes et l'application de la loi. Il est essentiel de souligner que les victimes de violences ne sont en aucun cas responsables des agissements de leurs auteurs.



Pistes pour lutter contre les violences sexistes et sexuelles²

Adapter les environnements festifs (publics et privés)

- ▶ Renforcer les dispositifs de prévention et de réduction des risques liés à la sexualité, aux violences et à la consommation de drogues (attention à son entourage, testing des produits, *relax zone* en cas de malaise ou *bad trip*, eau gratuite, personne référente en cas de harcèlement ou agression, etc.).
- ▶ Mettre à disposition de l'information et du matériel de réduction des risques liés à la consommation de drogues (tableau des mélanges Trip Sit, pipettes GHB, etc.).
- ▶ Sensibiliser et former le personnel de sécurité et de service (consommation de drogues, consentement, discriminations en raison du genre ou de l'orientation sexuelle, écoute et prise en charge des victimes, gestion des comportements violents, auto-défense verbale et physique, etc.).
- ▶ Sensibiliser les publics festifs (stands, maraudes, etc.).
- ▶ Mettre en place une ligne téléphonique ou un système interne de signalement ou d'urgence.
- ▶ Encourager les personnes victimes, leur entourage et les témoins à intervenir ou à prévenir le personnel de sécurité.
- ▶ Adresser des messages de sensibilisation (en faisant attention à ne pas faire porter la responsabilité sur les – potentielles – victimes).
- ▶ Proposer un dispositif d'écoute et de soutien aux victimes tout au long du moment festif et après.

Prévenir les violences sexistes et sexuelles

- ▶ Soutenir la recherche scientifique afin d'améliorer la compréhension du phénomène et adopter les stratégies de prévention et de santé publique les plus adaptées.
- ▶ Promouvoir les normes sociales protégeant contre les violences (intervenir en tant que témoin, devenir allié·e³).
- ▶ Enseigner les compétences participant à la prévention des violences (apprentissage socio-émotionnel, écoute active, empathie, sexualité saine et positive, compétences pour des relations amoureuses saines, etc.) tout au long de la vie et de manière adaptée selon l'âge.
- ▶ Fournir des opportunités d'empouvoirement⁴ et de soutien aux femmes, minorités sexuelles et de genre, et aux jeunes filles.
- ▶ Créer des environnements sécurisés (écoles, milieu professionnel, communauté...).
- ▶ Soutenir les victimes afin de réduire les dommages sur leur santé physique et mentale.

Renforcer la réponse judiciaire

- ▶ Élaborer, diffuser et garder à jour des directives et protocoles portant sur la prise en charge des crimes de violences sexuelles facilitées par la consommation de drogues (prélèvement d'échantillons, examen clinique, analyse toxicologique, accompagnement non-jugeant, etc.)⁵.
- ▶ Améliorer la connaissance de la loi auprès des professionnel·les en contact avec les victimes.
- ▶ Renforcer les moyens financiers et humains injectés dans l'application de la loi (prévention, accompagnement et soutien, examen clinique, enquête policière, poursuites judiciaires).
- ▶ Améliorer et systématiser le prélèvement d'échantillons toxicologiques pour appuyer les enquêtes policières.
- ▶ Lutter contre le sentiment d'impunité des auteur·es de crimes sexuels.
- ▶ Dissuader les (potentiel·les) auteur·es en promouvant l'amélioration de la détection des drogues et de la réponse judiciaire.

Encourager le dépôt de plainte

- ▶ Informer la population sur le phénomène afin d'améliorer la détection des violences et des cas de soumission chimique.
- ▶ Encourager les victimes à chercher de l'aide au plus vite et à déposer plainte.
- ▶ Lutter contre la crainte des victimes de ne pas être cru·es voire d'être blâmé·es par les autorités pour leur consommation de drogues et/ou leur agression.
- ▶ Améliorer la connaissance de la loi auprès de la population générale (i.e. le caractère criminel des violences sexuelles et de la soumission chimique, les obligations de la police lors du dépôt d'une plainte, etc.).

Soutenir les victimes

- ▶ Renforcer les dispositifs d'aide et de soutien aux victimes de violences sexistes et sexuelles (par exemple, SOS Viol).
- ▶ Améliorer l'accueil et la prise en charge des victimes (non-jugement, explication des procédures...).
- ▶ Améliorer la disponibilité et l'accessibilité de la prise en charge médicale d'urgence par un personnel formé.
- ▶ Renforcer ou créer des unités policières et hospitalières spécialisées (par exemple, en Belgique, les Centres de Prévention des Violences sexuelles).
- ▶ Former les professionnel·les en contact avec les victimes.

2 EMCDDA (2008) et les revues de la littérature scientifique de Garcia et al, 2021 et Anderson et al, 2017. En ce qui concerne les stratégies de prévention des violences sexistes et sexuelles, voir Basile et al (2016).

3 Les allié·es sont des personnes qui ne subissent pas une oppression (racisme, sexisme, homophobie, validisme, etc.) mais qui vont s'associer aux personnes qui en sont victimes pour combattre ensemble le système oppresseur (Mabille, 2019).

4 Du terme anglais « empowerment », désigne le processus d'autonomisation par lequel une personne ou un groupe acquiert davantage de pouvoir d'action et de décision par rapport aux systèmes de domination qui l'oppressent, à son environnement et à sa vie.

5 Voir par exemple la boîte à outils du National sexual violence resource center.



(Suite de la page 11)

corporelle au centre de leurs valeurs et attitudes et considèrent qu'une personne est la mieux placée pour déterminer ses propres désirs et besoins. Une culture du consentement cherche à créer **des solidarités et de l'empathie** envers les victimes de violences sexistes et sexuelles⁶.

Elle ne marque pas la fin de la drague ni celle de la sexualité, mais encourage les relations **saines et égalitaires** basées sur la communication et l'enthousiasme. Elle ne promeut pas non plus l'abstentionnisme sexuel en cas de consommation de drogues, mais invite à adopter une attitude **réflexive et attentive** aux autres et à soi-même. La culture du consentement dépasse même la sexualité et s'applique à l'ensemble des interactions quotidiennes (partager une photo, prendre dans les bras, etc.).

Les vagues féministes successives, les mouvements LGBTQI+⁷ et intersectionnels, ainsi que les mouvements #metoo, #balancetonporc, et plus récemment #balancetonbar et #balancetonfolklore, ont participé à **libérer la parole** autour des violences sexistes et sexuelles, y compris en lien avec la consommation de drogues, à épingler certains dysfonctionnements de l'appareil judiciaire et à conscientiser à l'échelle de la société les mécanismes systémiques qui maintiennent les rapports de domination et les violences qu'ils impliquent.

Changer de paradigme et s'orienter vers une culture du consentement est un travail complexe et long, qui prend son appui sur la conduite de réelles discussions au sujet des stéréotypes de genre, de la sexualité, des rapports de domination, des violences et du consentement, mais aussi sur une **opération préventive** de fond et sur le long terme (des

discriminations et violences sexistes, sexuelles, physiques, économiques, cyber, émotionnelles et institutionnelles) et l'affirmation des **réponses législatives et judiciaires**.



Eurotox asbl est l'Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles. Pour découvrir ses actualités, ainsi que d'autres analyses, rendez-vous sur www.eurotox.org

Références

- ▶ Anderson, L., Flynn, A. & Schumann, J. (2017). A global epidemiological perspective on the toxicology of drug-facilitated sexual assault: A systematic review. *Journal of forensic and legal medicine*. 47. 46-54.
- ▶ Basile, K.C., DeGue, S., Jones, K., Freire, K., Dills, J., Smith, S.G., Raiford, J.L. (2016). STOP SV: A Technical Package to Prevent Sexual Violence. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- ▶ CEIP-A (2019). « Soumission chimique. Résultats de l'enquête 2019 ». Centre d'Évaluation et d'Information sur les Pharmacologie et d'Addictovigilance d'IDF. Document réalisé avec le soutien de l'ANSM. France: Paris.
- ▶ EMCDDA (2008). "Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol" European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon.
- ▶ Fédération Canadienne des Étudiantes et Étudiants (2016). Une vision nationale pour une culture du consentement dans l'éducation post-secondaire.
- ▶ García, M. G., Pérez-Cárceles, M. D., Osuna, E., & Legaz, I. (2021). Drug-facilitated sexual assault and other crimes: A systematic review by countries. *Journal of forensic and legal medicine*, 79, 102151.
- ▶ Mabilie, B. (2019). Les allié-e-s de la lutte antiraciste: Partie 1. BePax asbl. Analyse.

⁶ Fédération Canadienne des Étudiantes et Étudiants (2016). Voir aussi la bande dessinée d'Emma « C'est pas bien, mais... ».

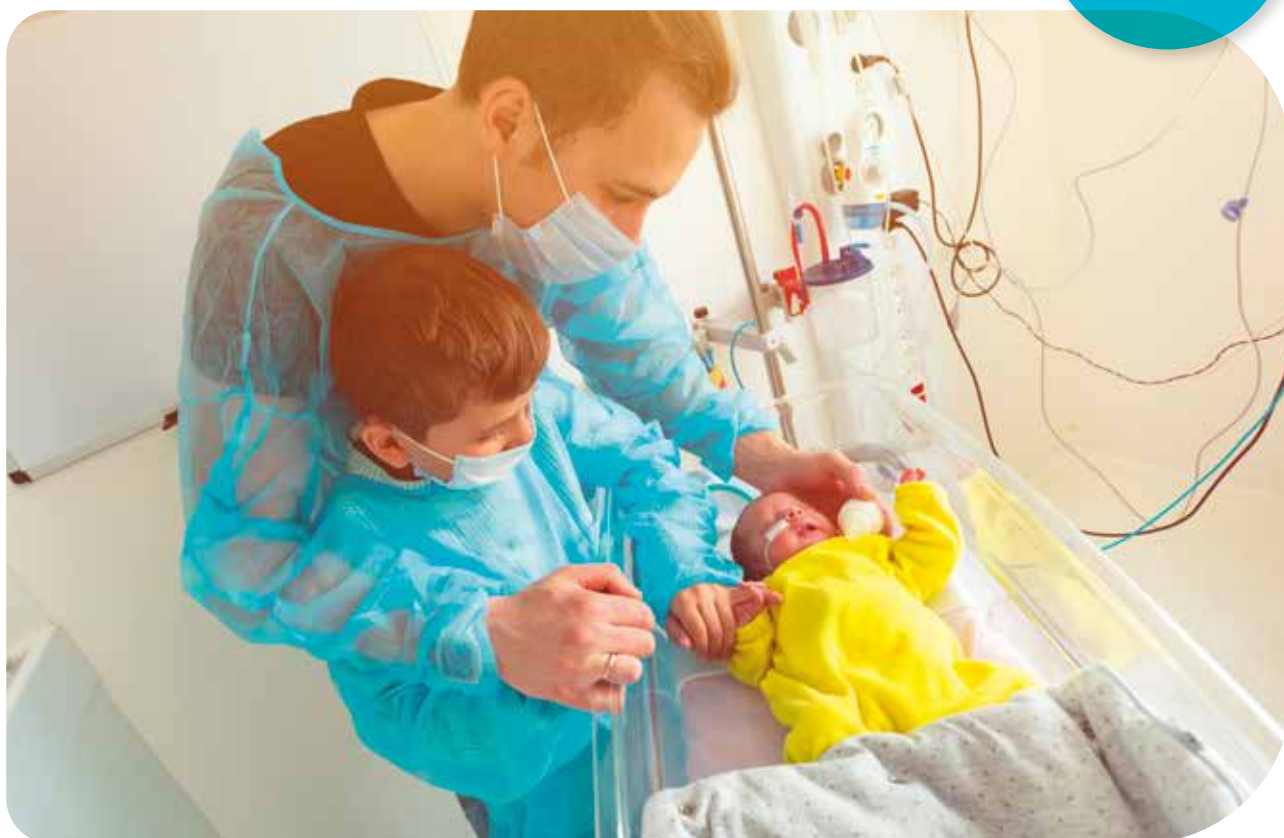
⁷ Lesbiennes, Gays, Bisexuel·les, Trans, Queer et Intersexes. Le signe « + » signifie que le sigle est inclusif de toute identité, orientation sexuelle ou comportements non-hétéronormés ou non-cisgenres.

Limiter autant que possible la séparation parents – nouveau-né

Les premiers jours de vie sont cruciaux pour la création du lien d'attachement entre un nouveau-né et ses parents. Une séparation juste après la naissance peut perturber la constitution de ce lien profond et avoir des conséquences sur le développement ultérieur de l'enfant. Or il n'est pas rare qu'un nouveau-né – surtout s'il est prématuré – doive être hospitalisé en néonatalogie pendant quelques jours ou semaines. Les recherches en psychologie du développement ont été à l'origine des « soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille » qui visent à minimiser la séparation entre un nouveau-né et ses parents et à favoriser les interactions entre eux en toutes circonstances. Ces soins sont déjà proposés dans de nombreux hôpitaux belges, mais pas dans tous. Le Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) publie aujourd'hui un rapport qui analyse les modèles de soins de développement décrits dans la littérature et la manière dont ils pourraient être optimisés en Belgique.

► CENTRE FÉDÉRAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTÉ (KCE)

RÉFLEXIONS



Environ 120 000 bébés naissent chaque année en Belgique, et 12 % d'entre eux doivent être pris en charge en néonatalogie, parfois pour quelques jours, mais parfois aussi pour plusieurs semaines. Les deux tiers sont des prématurés (c'est-à-dire qu'ils sont nés avant 37 semaines de grossesse) et les autres sont des bébés nés à terme mais qui nécessitent des soins intensifs pour d'autres causes (p. ex. une malformation congénitale).

L'attachement, un concept fondamental

Or, on le sait depuis les années 1950, les premiers jours de vie sont cruciaux pour la création du lien d'attachement entre le nouveau-né et ses parents. Tout nouveau-né est biologiquement programmé pour rechercher la proximité physique d'un adulte qui réponde à son besoin de protection, et réciproquement, le bébé stimule ses parents à lui offrir proximité, tendresse et confort. Une séparation précoce du nouveau-né et de ses parents peut perturber la constitution de ce lien profond et avoir des conséquences sur le développement ultérieur de l'enfant, tant en termes de santé physique que de santé mentale.

Les soins de développement centrés sur le nouveau-né et sa famille

Le concept d'attachement a fait l'objet de très nombreuses recherches en psychologie développementale ces trente dernières années, pour mener au déploiement des « soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille ». Ces soins reposent sur un ensemble de principes visant tous à minimiser la séparation entre un nouveau-né et ses parents et à favoriser les interactions entre eux en toutes circonstances. La forme probablement la mieux connue chez nous est le soin « peau à peau » aussi appelée « kangourou » qui consiste à positionner le nouveau-né nu, poitrine contre poitrine et peau contre peau, avec l'un des parents. L'Initiative Hôpital Amis des Bébés, qui a été introduite en Belgique par le SPF Santé publique pour encourager l'allaitement maternel, fait aussi partie de cette démarche.

Mais les soins de développement comprennent beaucoup d'autres dimensions, notamment permettre aux parents d'avoir accès à l'enfant 24h sur 24, les former à comprendre les signaux émis par leur enfant et à y répondre, les familiariser avec des soins potentiellement intimidants et les soutenir dans cette expérience émotionnellement fragilisante, etc.

Pour les soignants, les soins de développement sont très exigeants, car ils nécessitent énormément de temps et de précautions vis-à-vis de l'enfant, mais aussi d'attention et de disponibilité vis-à-vis des parents. Sans parler des nombreuses formations nécessaires pour se maintenir à jour, car les connaissances scientifiques évoluent rapidement dans ce domaine.

Déjà bien présents dans les services de néonatalogie belges, mais pas encore partout

Beaucoup d'hôpitaux belges proposent déjà les soins de développement dans leurs unités de néonatalogie, mais c'est encore loin d'être le cas de tous. C'est pour cette raison que le KCE a réalisé l'étude publiée aujourd'hui. Quels sont les modèles de soins de développement décrits dans la littérature qui sont les plus valables ? Quelles sont les meilleures pratiques mises en œuvre dans d'autres pays pour réduire la séparation entre l'enfant et ses parents ? Comment les parents vivent-ils une telle situation ? Quels sont les obstacles et les facilitateurs à l'expansion des soins de développement en Belgique ? Comment solutionner les problèmes identifiés ? L'accent a été mis dans ce rapport sur les nouveau-nés prématurés mais ces résultats sont bien sûr valables pour tous les bébés admis en soins néonataux, et ce tout particulièrement dans le contexte actuel de raccourcissement des durées de séjour des mamans en maternité.

Des recommandations à court et à long terme

Les recommandations du KCE portent à la fois sur le court et le long terme. C'est en effet un travail de longue haleine qui sera nécessaire pour favoriser la diffusion de cette philosophie dans les hôpitaux. Par exemple, c'est dès aujourd'hui qu'il faut repenser l'architecture des services néonataux pour y faire plus de place aux parents, ou objectiver la charge de travail des soignants afin de mieux définir le cadre du personnel nécessaire. C'est aussi maintenant, dans la foulée de la réforme des hôpitaux, qu'il faut clarifier le financement des unités néonatales intensives (NIC) et locales (N*) et des transferts entre elles.

Mais en attendant ces changements qui prendront du temps – et des moyens –, certaines mesures peuvent déjà être mises en place. Elles nécessiteront une certaine créativité pour pouvoir réduire au minimum la séparation entre les parents et leur enfant et prévoir pour eux des solutions d'accompagnement et d'hébergement. S'y ajoutent quelques recommandations qui dépassent le cadre strict de services de néonatalogie et qui ont une portée plus sociétale, comme le renforcement des services d'aide aux familles à domicile ou la prolongation du congé de naissance pour les pères ou les co-parents dont l'enfant est hospitalisé à la naissance.



Retrouvez le rapport sur le site du KCE :
<https://kce.fgov.be/fr/limiter-autant-que-possible-la-separation-parents-nouveau-ne>

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

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

