

ÉDUCATION SANTÉ

JUILLET-AOÛT 2016

324

*Le bulletin de santé
des jeunes en âge scolaire*

Christian De Bock

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

www.educationsante.be

INITIATIVES

L'accès aux soins pour les personnes sans-papiers : un chemin parsemé d'embûches

Marie Dauvrin, Julie Gysen et Vincent Lorant, Institut de recherche santé et société, Université catholique de Louvain

Être sans-papiers en Belgique, c'est n'avoir aucun titre de séjour légal délivré par les autorités compétentes, ce qui inclut les personnes entrées sans permis de séjour légal, celles dont le statut de séjour a été invalidé ou a expiré, les demandeurs d'asile déboutés et les enfants nés de parents sans-papiers. Il est estimé que près de 1,1 % de la population résidant sur notre territoire est en séjour irrégulier, soit entre 85.000 et 160.000 personnes, avec comme seule possibilité d'assistance publique l'accès aux soins de santé.

En effet, depuis 1996, la Belgique garantit l'accès aux soins de santé pour les personnes sans-papiers via la procédure d'aide médicale urgente (AMU)¹. Si, en théorie, l'AMU doit couvrir les besoins en santé de la quasi-totalité de la population étrangère en séjour irrégulier, il apparaît qu'en pratique, de nombreuses failles empêchent les personnes sans-papiers d'accéder aux soins appropriés. Dans la ligne du livre vert sur l'accès aux soins publié par l'INAMI et Médecins du Monde en 2014, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) en collaboration avec des chercheurs de l'Université catholique de Louvain et de l'Université de Gand a réalisé une évaluation de l'AMU en vue d'optimiser les pratiques actuelles. Les équipes universitaires se sont plus particulièrement intéressées au vécu des personnes sans-papiers, des professionnels de santé et des parties prenantes². Notre article présente les perspectives des personnes sans-papiers afin de comprendre leur vécu lorsqu'il s'agit d'accéder à l'AMU et/ou d'obtenir une couverture de soins dans le cadre de cette même procédure.

La parole des sans-voix

Des 33 entretiens réalisés entre avril et mai 2015, dans 5 grandes villes (Anvers, Bruxelles, Charleroi, Gand et Liège), quatre problématiques émergent : la définition de l'AMU, l'information et la communication, la complexité des procédures et le pouvoir discrétionnaire. Si ces thèmes sont également présents dans les

groupes focaux réalisés avec des professionnels de santé, certains aspects sont plus spécifiques aux personnes sans-papiers.

« Parce que, quand tu es en séjour illégal, tu as peur tout le temps, pour ta vie, pour tes enfants, pour tout... »

Les trente-trois personnes rencontrées (autant d'hommes que de femmes) sont âgées majoritairement de 26 à 55 ans, célibataires ou en couple et ayant des enfants pour la plupart (n=21). Parmi ceux-ci, douze seulement ont déclaré que leurs enfants vivaient en Belgique. Parmi ces douze personnes, trois ont déclaré ne vivre qu'avec certains de leurs enfants.

Les personnes interviewées sont soit sans-papiers depuis leur arrivée sur le territoire belge, soit ont bénéficié d'une protection subsidiaire³ ou se sont vu refuser leur demande d'asile avant de devenir sans-papiers. La majorité des répondants vit depuis plus de cinq ans sur le territoire belge et vient essentiellement de pays d'Afrique subsaharienne et du Nord de l'Afrique. Alors que la moitié des personnes interrogées perçoivent leur état de santé comme étant « bon » ou « ni bon, ni mauvais », les deux tiers souffrent cependant d'au moins une maladie chronique. Un tiers souffre également d'un problème de santé mentale diagnostiqué, même s'il est probable que cette proportion soit en réalité plus élevée car, dans les discours des personnes rencontrées, de nombreux termes font écho à des troubles du sommeil, de l'anxiété, ou du stress. Les problèmes de santé mentale sont également ceux pour lesquels l'accès aux

soins est perçu comme le plus difficile. Parmi les femmes interrogées, pratiquement un tiers attendait un enfant au moment de l'entretien.

« J'ai laissé tomber, je me soignais moi-même parce que c'était trop compliqué. »

Toutes les personnes rencontrées ont éprouvé à un moment ou à un autre de leur parcours dans l'AMU des difficultés à accéder aux services de santé et/ou à recevoir des soins appropriés. Dans certaines situations, les difficultés vécues ont retardé voire empêché l'accès aux soins, quand ceux-ci n'ont pas purement et simplement été arrêtés. Cependant, ces difficultés n'empêchent pas un sentiment très fort de reconnaissance envers les autorités.

« What does it mean ? Do I have to fall dead first ? »

Le manque de clarté de ce qu'est l'AMU et de ce qu'elle couvre constitue la première faiblesse de la procédure : par exemple, certains traitements ne sont pas acceptés ou la prise en charge est refusée car la notion d'urgence fait l'objet d'interprétations variées. Certaines personnes rapportent qu'au sein d'une même famille, tout le monde ne peut pas bénéficier de l'AMU alors que tous se trouvent dans les mêmes conditions d'indigence et d'illégalité nécessaires à l'ouverture des droits. Un traitement commencé dans une commune va être interrompu car la nouvelle commune ne le considère pas comme urgent ou nécessaire.

Quelques personnes sans-papiers ont confié leur souhait de pouvoir travailler pour financer elles-mêmes leurs soins de santé et ne pas dépendre de l'AMU.

1. À ne pas confondre avec l'aide médicale urgente au sens de l'article 1^{er} de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente (Moniteur Belge du 25 juillet 1964) qui stipule qu'« Il faut entendre par aide médicale urgente, la dispensation immédiate de secours appropriés à toutes les personnes dont l'état de santé par suite d'un accident ou d'une maladie soudaine ou de la complication soudaine d'une maladie requiert une intervention urgente après un appel au système d'appel unifié par lequel sont assurés les secours, le transport et l'accueil dans un service hospitalier adéquat ».

2. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), 'Vers une réforme de l'accès aux soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier', Éducation Santé n°319, février 2016, <http://educationsante.be/article/vers-une-reforme-de-lacces-aux-soins-de-sante-pour-les-personnes-en-sejour-irregulier/>

3. La protection subsidiaire est un statut de protection temporaire accordé aux personnes ayant introduit une demande d'asile et ne pouvant pas bénéficier du statut de réfugié car ne répondant pas aux conditions mais qui risquent de subir un préjudice grave si elles devaient retourner dans leur pays d'origine.

« On peut pas me tutoyer parce que je suis sans-papiers, ça je n'aime pas. »

La deuxième faiblesse relative à l'AMU renvoie au manque d'information et de communication.

D'une part, les personnes sans-papiers rapportent des difficultés liées aux barrières linguistiques, que ce soit dans les CPAS ou les services de santé. Elles ne savent pas non plus toujours où aller pour se faire soigner ou ne savent pas ce qu'il faut donner comme information aux professionnels dans les services de santé ou au CPAS.

D'autre part, selon la perception des personnes sans-papiers, les relations avec les travailleurs des CPAS sont souvent difficiles. Ces derniers ne sont pas toujours amicaux et respectueux, ne les aident pas à recevoir l'aide nécessaire voire leur transmettent des informations erronées dans certains cas. De nombreuses personnes sans-papiers ont également déclaré ne pas recevoir de justifications quant aux décisions prises par le CPAS.

Quant aux relations avec les professionnels de santé, si la majorité des personnes sans-papiers déclarent se sentir soutenues et encouragées, certaines ont tout de même rapporté des expériences difficiles. Des attitudes condescendantes, un manque d'empathie et de respect de la vie privée ont été mentionnés. Le sentiment d'une réticence à les soigner a également été perçu par certains.

La présence d'interprètes et la mise en place de formations destinées à conscientiser les professionnels à la dimension interculturelle pourraient faciliter leurs démarches et leur accès à des soins de qualité.

« Ils [Le CPAS] m'ont convoqué pour prouver que j'ai aucune ressource. Mes amis doivent signer des papiers pour prouver que c'est eux qui m'aident à payer mon loyer et pas moi. »

Aux problèmes de communication et d'informations s'ajoute la complexité de la procédure en elle-même : fréquence de renouvellement variable, nombreux allers-retours pour de simples procédures, difficultés à fournir les pièces justificatives demandées par le CPAS, absence d'adresse de référence...

Dans quelques cas, des professionnels de santé ont demandé à rencontrer la personne sans-papiers avant de décider si oui ou non une prise en charge sera assurée. Si l'accès à la première ligne est déjà difficile, l'accès à la seconde ligne nécessite des démarches complémentaires tant auprès du médecin généraliste que du



Photo © Fotolia

CPAS. Pour les personnes sans-papiers, un renouvellement automatique de l'AMU, la provision d'adresse de référence pour les personnes dans des situations de sans-abrisme ou de logement précaire, et une couverture de la famille plutôt que de l'individu isolé sont autant de solutions à mettre en œuvre.

L'absence de soins coûte plus cher à la société et des études ont montré que la restriction de l'accès aux soins pour les personnes sans-papiers augmentait les dépenses au lieu de les réduire.

« Il y a des moments où vous arrivez à la pharmacie et on vous dit 'Ah non pas avec cette carte'. Puis vous revenez 30 minutes après et c'est un autre qui dit 'Ok'. »

Conséquence directe des trois problèmes susmentionnés, les personnes sans-papiers rapportent de nombreuses situations où la décision est prise sur base discrétionnaire, ce qui augmente l'incertitude et l'anxiété autour de la procédure d'AMU. Certaines d'entre elles rapportent que le CPAS modifie les traitements prescrits par leur prestataire. De nombreux récits illustrent également que l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des services fournis sont soumises à l'appréciation de l'interlocuteur en face du sans-papiers.

Face au pouvoir discrétionnaire, les personnes

sans-papiers soulignent le rôle positif et soutenant joué par un professionnel de santé, un travailleur social ou associatif en vue de leur faciliter l'accès à l'information ou à certaines prestations.

« Ce n'est que quand je suis allé avec X de MedImmigrant qu'ils étaient gentils et qu'ils expliquaient la situation tout de suite. C'est bizarre, non ? (...) »

Quel futur pour l'accès aux soins pour les sans-papiers ?

Les problèmes relevés par les personnes sans-papiers ne sont pas nouveaux et ont déjà fait l'objet de plusieurs rapports, tant de la part de chercheurs que du monde associatif. Le plus grand défi sera d'amener à une harmonisation des pratiques respectueuse des différentes parties concernées, qu'il s'agisse des travailleurs sociaux des CPAS, des professionnels de santé et des personnes sans-papiers. Cette harmonisation nécessitera un travail de fond au niveau fédéral mais peut également commencer au niveau local. Professionnels de santé et CPAS peuvent déjà travailler en collaboration en vue de simplifier les procédures au niveau communal, avec le soutien des acteurs associatifs, tel l'asbl *MedImmigrant* et des centres locaux d'intégration.

À l'heure où d'aucuns se posent la question de la nécessité pour la Belgique d'accueillir des migrants, il convient de rappeler que prendre soin des personnes sans-papiers répond à deux impératifs.

Le premier est utilitaire : assurer l'accès aux soins permet de protéger la population belge contre des risques sanitaires liés à la présence des personnes sans-papiers. C'est tout le sens de rappeler que l'AMU comprend aussi bien



Les grandes villes sont les premières concernées (ici Anvers)

les soins préventifs que curatifs et donc la vaccination.

Le second impératif est humanitaire : l'accès aux soins est un droit, garanti par la Déclaration des Droits de l'Homme et de nombreux autres traités internationaux, traités ratifiés par la Belgique.

Un troisième argument peut aussi être avancé : l'absence de soins coûte plus cher à la société et des études ont montré que la restriction de l'accès aux soins pour les personnes sans-papiers augmentait les dépenses au lieu de les réduire. En conséquence, l'accès à la prévention pour les personnes sans-papiers devrait constituer une priorité de santé publique.

Au travers des récits des personnes sans-papiers, des micro-violations du droit émergent, qu'il

s'agisse des droits du patient ou du droit de l'aide sociale. Absence de justification des décisions, de libre choix du prestataire, d'informations dans un langage clair, de respect du secret professionnel, modifications des prescriptions médicales par des non-médecins, recours à la police dans le cadre de l'enquête sociale... sont autant de situations alarmantes de non-respect du droit, impactant l'accès et la qualité des soins pour les personnes sans-papiers.

Si ces pratiques sont rapportées avec des personnes sans-papiers, prises dans un système complexe avec peu de possibilités de recours, qu'est-ce qui empêche la perpétuation de ces pratiques avec d'autres personnes en situation de précarité ?

Références choisies

- Dauvrin M, Lorant V, Sandhu S, Deville W, Dia H, Dias SF, et al. Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe. A qualitative study. BMC Research Notes. 2012 ; 5 :99-108.
- INAMI - RIZIV, Médecins du Monde - Dokters van de Wereld. Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique. 2014. Bruxelles.
- Romero-Ortuno R. Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned ? European Journal of Health Law. 2004 ; 11:245-72.

Les auteurs remercient toutes les personnes sans-papiers et les professionnels qui ont accepté de participer à cette enquête.

Ils remercient également leurs collègues de l'Université de Gand (**Ines Keygnaert, Ilse Derluyn et Birgit Kerstens**) et du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (**Dominique Roberfroid, Anja Desomer, Cécile Camberlin et Dominique Paulus**).

En savoir plus ?

Le rapport complet et sa synthèse sont accessibles sur le site du KCE à l'adresse : <http://kce.fgov.be/publication/report/what-health-care-for-undocumented-migrants-in-belgium#.Vvvd43rcBSA>

Personne de contact :
marie.dauvrin@uclouvain.be

Dans les coulisses de la vaccination

Christian De Bock

Plus de 200 personnes étaient présentes à l'assemblée annuelle du Conseil Supérieur de la Santé (CSS), le 18 mai dernier. Un succès dû non seulement à la qualité de l'expertise accumulée par le Conseil depuis... 1849 mais aussi au sujet du jour, qui ne laisse personne indifférent.

Le **Prof. Yves Van Laethem** (CHU Saint-Pierre), président de séance, rappela d'entrée de jeu que l'hésitation vaccinale ne date pas d'hier, puisqu'elle apparut dès les premiers travaux d'**Edward Jenner** (1749-1823) !

L'intervention phare de l'après-midi revint à la Canadienne **Noni MacDonald**, du Centre

canadien de vaccinologie, une remarquable avocate de la cause : « *Je crois que les vaccins sont sûrs et efficaces et que de sérieuses maladies peuvent apparaître si on n'est pas immunisé* ».

Son plaidoyer convaincant et plein d'humour insista sur quelques évidences bonnes à rappeler en santé publique, par exemple le fait que c'est la

vaccination qui sauve des vies et non les vaccins eux-mêmes comme outils de protection individuelle.

Sur les stratégies de communication par rapport à la frange du public qui partage des doutes sur le bien-fondé de l'immunisation, il vaut mieux selon elle consacrer les efforts de conviction aux 'hésitants' plutôt qu'aux opposants radicaux¹.

Elle reconnaît à ces derniers une meilleure maîtrise du principal moteur de recherche que par la communauté scientifique elle-même, ce qui leur donne une audience bien supérieure à leur poids réel.

Noni MacDonald nous offrit aussi une douzaine de pistes permettant d'améliorer l'acceptation de la vaccination par l'opinion publique, que ce soit au niveau de la gestion des programmes ou au niveau individuel.

Questions éthiques

Pour suivre, nous bénéficiâmes d'une primeur, la présentation la veille de sa publication de l'avis du Conseil consultatif de Bioéthique de Belgique relatif à l'obligation vaccinale² (avis 64 du 14/12/2015).

Cet avis a été élaboré suite à quatre questions posées par le CSS : est-il justifié que les autorités rendent obligatoires certaines vaccinations ?

Est-il justifié que les autorités refusent l'accès aux crèches aux enfants qui ne sont pas vaccinés ? Est-il justifié qu'une personne refuse de se faire vacciner ? Est-il justifié qu'un parent refuse de faire vacciner son enfant ?

Au cœur de ces questions, il y a l'équilibre délicat à trouver entre le droit individuel (de se protéger ou non) et le devoir collectif (de protéger la population ou des groupes vulnérables).

Voici le résultat des réflexions du Conseil, obtenu par consensus, ce qui n'est pas le cas de tous les avis qu'il rend.

Question 1 - Est-il éthiquement acceptable que les autorités imposent certaines vaccinations ?

Maintenir à niveau le degré de vaccination d'une population en faveur de la santé publique, est une tâche essentielle des pouvoirs publics. Ils disposent de divers moyens pour remplir cette mission. Pour commencer, il leur incombe d'assurer la bonne organisation de la politique de vaccination (accessibilité, coût individuel, enregistrement...).

Les autorités peuvent aussi prendre ou soutenir les initiatives incitant la population à se faire vacciner. Les statistiques de vaccination dans notre pays montrent que cette stratégie donne de très bons résultats, du moins chez les enfants, et qu'il n'est dès lors pas nécessaire, ni opportun, d'élargir l'obligation légale. Le taux de vaccination relevé pour certains vaccins fortement recommandés n'est pas beaucoup plus bas que

celui du vaccin obligatoire contre la polio.

Les membres du Comité consultatif estiment toutefois que les autorités pourraient imposer une obligation de se faire vacciner s'il y avait de sérieuses raisons pour différents motifs.

Il pourrait s'agir d'un recul du taux de couverture par vaccination volontaire dans certains sous-groupes de la population ou d'indices réels d'une épidémie grave.

Si les pouvoirs publics prennent l'initiative de recommander fortement une vaccination, voire de la rendre obligatoire, ils doivent prévoir une juste indemnisation pour les cas rarissimes dans lesquels cette vaccination entraînerait de graves effets indésirables.

Il y a l'équilibre délicat à trouver entre le droit individuel de se protéger ou non et le devoir collectif de protéger la population ou des groupes vulnérables.

Question 2 - Est-il éthiquement acceptable que les autorités refusent l'accès aux crèches aux enfants qui ne sont pas vaccinés ?

Les membres du Comité consultatif pensent que la motivation et l'encouragement à se faire vacciner doivent l'emporter sur la sanction du refus d'accès à la crèche.

Si toutefois un problème de santé publique risque de se poser – en raison, par exemple, d'un taux de couverture trop faible contre une maladie grave pour laquelle la vaccination offre une protection efficace –, les membres du Comité consultatif estiment acceptable, d'un point de vue éthique, que les autorités imposent cette vaccination comme condition d'accès à une crèche, parce que le bénéfice de la vaccination (accueil sécurisé des enfants) peut être lié au fait d'être disposé à participer activement à la préservation de ce système.

Question 3 - Est-il éthiquement acceptable qu'une personne refuse de se faire vacciner ?

Tout dépend du vaccin, de la maladie et de la situation.

L'un des buts de la vaccination est de protéger la personne elle-même contre une maladie donnée. Dans notre société, chaque personne jouit de l'autonomie voulue pour déterminer pour elle-même si et dans quelle mesure elle recourra à des interventions médicales préventives. La liberté de ne pas se faire vacciner est défendable du point de vue éthique. De plus, cette liberté a reçu un ancrage légal au travers de la loi relative aux droits du patient. Chaque adulte est ainsi libre de se faire vacciner ou pas contre le tétanos, par exemple (en effet, seule la personne qui décide de ne pas se faire vacciner en supportera les conséquences).

La loi restreint toutefois cette liberté dans des circonstances spécifiques. La vaccination contre la fièvre jaune est obligatoire pour certains voyages et certains contrats de travail exigent une vaccination contre l'hépatite B. Le refus de se faire vacciner dans ces cas est certes défendable sur le plan éthique, mais aura des conséquences pratiques préjudiciables (impossibilité de voyager ou d'exercer un emploi donné).

Une autre finalité de la vaccination concerne la protection d'autrui, dont les concitoyens malades, les patients, l'ensemble de la collectivité. D'un point de vue éthique, il est très important de contribuer à cet objectif.

Après une réflexion approfondie, les autorités peuvent rendre obligatoire la vaccination contre des maladies graves très contagieuses contre lesquelles la vaccination offre une protection efficace, par exemple la poliomyélite. Les membres du Comité consultatif considèrent le respect de cette obligation comme un devoir juridiquement contraignant de chaque citoyen, mais aussi comme un devoir éthique visant à protéger ses concitoyens, qui existe même sans obligation légale.

Le même raisonnement peut s'appliquer aux vaccinations facultatives qui ont pour but de protéger autrui. Pour les membres du Comité consultatif, il est difficilement compréhensible et éthiquement interpellant que seule une fraction limitée des prestataires de soins actifs dans les hôpitaux et les établissements de soins se fasse vacciner contre la grippe tous les ans.

Question 4 - Est-il éthiquement acceptable qu'un parent refuse de faire vacciner son enfant ?

Ici encore, tout dépend du vaccin, de la maladie et de la situation.

1. On en eut une illustration dans le bref débat qui clôtura l'après-midi, une participante adversaire bien connue de la vaccination s'en prit nommément à l'oratrice, qu'elle qualifia de 'manipulatrice'. C'était attendu et nous ne fûmes pas déçus... Noni MacDonald nous confia avoir l'habitude : après chaque conférence qu'elle donne aux États-Unis, elle reçoit des courriels haineux.

2. Qui concerne pour le moment la seule vaccination contre la poliomyélite, l'obligation de se faire vacciner ayant été instaurée en 1967 dans notre pays.

Il est éthiquement inacceptable qu'un parent prive son enfant d'un vaccin efficace contre une maladie grave et évitable, telle que la poliomyélite ou le tétanos. En revanche, il est éthiquement acceptable qu'un parent refuse la vaccination de son enfant lorsque le rapport des risques vaccination/maladie n'est pas scientifiquement déterminant.

Les parents doivent toujours prendre leurs décisions dans l'intérêt de l'enfant et il n'est

pas acceptable, légalement et éthiquement, qu'ils prennent des décisions qui portent manifestement préjudice à leur enfant. À propos de la protection d'autres personnes, la réponse à la question 3 ci-dessus reste valable.

Succès de la vaccination

On notera aussi les présentations du **D^r Béatrice Swennen** (Provac) de la couverture vaccinale

chez les nourrissons en Fédération Wallonie-Bruxelles en 2015 et du **D^r Geert Top** (Agentschap Zorg & Gezondheid Vlaanderen) faisant le bilan de 5 ans de vaccination contre le virus HPV en Flandre. Au départ des données enregistrées dans la base Vaccinet, le résultat est impressionnant avec près de 84 % de couverture pour les filles nées en 2002.

Une 'méthode miracle' pour réduire son risque de cancer de plus d'un tiers !

Christian De Bock, d'après un communiqué de la Fondation contre le Cancer

Cette 'méthode miracle', qui s'appelle Prolongitudine, se présente comme une boîte de médicament et promet à l'utilisateur de réduire son risque de cancer de plus d'un tiers. Dans la boîte, pas de pilule, mais bien une 'notice' contenant les 12 recommandations du Code européen contre le cancer.

Le code européen

Le Code européen contre le cancer est une initiative coordonnée par l'IARC (International Agency for Research on Cancer - OMS) et soutenue financièrement par le Programme Santé de l'Europe.¹ Il fait la synthèse des comportements à adopter pour limiter son risque de cancer. Son objectif est de faire reculer l'incidence des cancers et de réduire la mortalité. En effet, selon l'IARC, plus d'un tiers des décès dus au cancer pourraient être évités si tout le monde suivait les recommandations de ce code. Il est donc primordial de le faire connaître auprès du grand public. La première édition du code a été publiée en 1987. Ici, il s'agit de la 4^e version qui intègre les dernières publications et découvertes scientifiques sur le sujet. L'objectif est de fournir à chacun des repères clairs et prouvés pour adapter son mode de vie et réduire ainsi ses risques potentiels.

La campagne

La campagne 'Prolongitudine' de la Fondation contre le Cancer se focalise sur le code dans son ensemble, car aucun conseil unique ne peut être suffisant de manière isolée. Grâce à la collaboration d'associations professionnelles de première ligne, l'Association pharmaceutique Belge (APB), la Société Scientifique de Médecine



Générale (SSMG) et son équivalent flamand Domus Medica, l'information peut être diffusée dans les pharmacies et dans les salles d'attente des médecins généralistes. En outre, il y aura une campagne média grand public. Dans un second temps, toujours en se référant au code dans son ensemble, chaque thème sera approfondi pendant une période de quelques mois et fera notamment l'objet d'un film d'animation et d'un quiz, ainsi que d'informations sur le site de la Fondation.

Tout le monde aimerait croire en des méthodes miracles pour limiter son risque de cancer. D'où la nécessité de remettre les pieds sur terre, ne serait-ce que pour éviter les arnaques... Avec sa nouvelle campagne 'Prolongitudine', la Fondation contre le Cancer veut montrer que chacun peut effectivement diminuer son risque de cancer, en adaptant son style de vie au quotidien. Ça, c'est prouvé!

Des réserves

Afin de s'assurer que le message de cette campagne passe bien auprès de la population, le concept a été testé sur un échantillon de la population du pays. Les conclusions du test ont montré que le message était bien passé. Cela dit, le recours à une 'fausse' boîte de médicaments pour attirer l'attention du public ne renforce-t-il pas l'idée selon laquelle la solution à tous nos problèmes de santé est nécessairement là? Dans un pays champion de la surconsommation médicamenteuse, est-ce bien utile d'en rajouter, même pour la 'bonne cause'? À propos de bonne cause, sans contester le bien-fondé des recommandations du code, comme la vie serait triste pour celles et ceux qui arriveraient à les appliquer toutes les 12! En savoir plus sur www.prolongitudine.be

1. <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/disease-prevention/pages/news/n...>

RÉFLEXIONS

Promotion de la santé et santé mentale : un check-up en demi-teinte

Julie Luong

Dans son dernier 'check-up' de notre système de santé, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), en collaboration avec l'INAMI et avec l'Institut scientifique de santé publique (ISP), a examiné 106 indicateurs sur la période 2008-2013.

Le tableau est mitigé : si la qualité des soins se situe dans la moyenne européenne, 34 signaux d'alarme ont été identifiés.

Les constats en matière de promotion de la santé et de santé mentale interpellent particulièrement.

La promotion de la santé enfin évaluée

Les liens entre promotion de la santé et performance du système de santé sont très épineux à évaluer. À la demande des autorités, le KCE avait déjà tenté l'exercice dans le rapport 2012 lors d'une phase exploratoire qui considérait le cadre défini par **Don Nutbeam** comme un outil descriptif approprié, grâce à la classification des indicateurs de promotion de la santé en plusieurs grandes catégories, des plus proximaux (actions de promotion de la santé) aux résultats sanitaires et sociaux finaux (santé physique et sociale). Cette phase exploratoire avait déjà montré ses limites, la conclusion étant que le rapport sur la performance du système de santé ne pouvait par définition s'en tenir qu'à une description très limitée de la situation en matière de promotion de la santé.

« Une évaluation exhaustive du champ de la promotion de la santé nous obligerait à mesurer des dimensions cruciales des interventions dans ce domaine (la participation, l'autonomisation, la soutenabilité, l'approche multistratégique, l'équité et la multisectorialité), ce qui sort des objectifs originaux de ce rapport », mentionnent ainsi les auteurs.

Conscients des limites de l'exercice, ceux-ci soulignent la nécessité d'une évaluation distincte pour ce champ qui excède largement le cadre du système de santé, notamment si l'on considère les actions menées à l'école, dans le milieu professionnel, en matière de sécurité routière etc. Dans le rapport 2015, 13 indicateurs ont donc été finalement retenus, afin de permettre une description partielle représentative des catégories proposées par le cadre de Nutbeam,

dans la lignée de la Charte d'Ottawa.

Bien que les paramètres les plus éloignés de l'action (résultats de santé ou modes de vie) soient plus faciles à documenter, des indicateurs plus proximaux, comme les connaissances en matière de santé, ont également été pris en compte. Dans la mesure du possible, la préférence a par ailleurs été donnée aux indicateurs pour lesquels le système de santé pouvait influencer, au moins partiellement, le résultat. « On estime généralement que la santé ne présente qu'un lien ténu avec le système de soins, celui-ci n'étant qu'un élément parmi la multitude de déterminants qui la façonnent (biologie, mode de vie, conditions sociales, environnement, politiques de santé...) », rappelle en effet le rapport. Un lien de cause à effet d'autant plus compliqué à élucider dans le champ de la promotion de la santé.

13 indicateurs pour la promotion de la santé

Dans le Rapport Performance 2015 du KCE, les trois premiers indicateurs de la promotion de la santé sont aussi des indicateurs utilisés pour mesurer 'l'état de santé'. Il s'agit de la santé perçue par le patient, de l'espérance de vie sans invalidité à l'âge de 65 ans et de la mortalité évitable grâce aux politiques de santé.

Près de 78 % des Belges s'estiment ainsi en bonne ou très bonne santé, avec un fort gradient socio-économique. L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est quant à elle de 11,2 ans pour les hommes et de 12,3 ans pour les femmes, avec une augmentation significative entre 2001 et 2013 (+2 ans environ). Concernant la mortalité évitable grâce

aux politiques de santé (décès liés au tabac, à l'alcool, aux accidents de la route etc.), les résultats de la Belgique sont médiocres et contrastent avec ses résultats plus qu'honorables en termes de mortalité évitable grâce au système de soins proprement dit (appendicites, pneumonies, ulcères gastro-duodénaux, etc.). Les dix autres indicateurs pris en compte sont spécifiques à la promotion de la santé. Le premier concerne la prévalence de l'obésité chez les personnes adultes, proche de la moyenne UE-15¹, avec 13,7 % de la population présentant un IMC égal ou supérieur à 30. Des disparités régionales significatives apparaissent, puisque 16,1 % des Wallons sont concernés contre 12,6 % des Flamands. Le gradient socio-économique est lui aussi significatif.

Le deuxième indicateur, qui porte sur la prévalence du surpoids chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents, est plus favorable : la Belgique est mieux classée que la plupart des pays européens, même si l'on peut s'inquiéter de la stabilisation des chiffres, en dépit des efforts engagés pour encourager une alimentation saine et une activité physique suffisante, « ce qui laisse à penser que ces efforts pourraient encore être intensifiés ».

Le troisième indicateur concerne le taux de diagnostic du VIH qui reste stable, avec 10 nouveaux diagnostics par 100.000 habitants en 2013. Un résultat jugé peu satisfaisant, compte tenu du fait que l'on connaît pertinemment les moyens de prévenir cette infection.

Les indicateurs 4, 5, 6 et 7 concernent différents aspects du mode de vie. Premièrement, le tabagisme. Le rapport révèle que la Belgique compte 18,9 % de fumeurs quotidiens, une moyenne proche de l'UE-15. Globalement, le

1. L'UE-15 correspond à l'ensemble des pays membres de l'Union européenne entre 1995 et 2004, par opposition à l'Union européenne actuelle (UE-28). Elle fait ainsi référence aux pays européens les plus économiquement développés, à savoir l'Allemagne, la Belgique, la France, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas, le Danemark, l'Irlande, le Royaume-Uni, la Grèce, l'Espagne, le Portugal, l'Autriche, la Finlande et la Suède.

tabagisme est en recul chez les deux sexes, ce qui est une bonne nouvelle.

En revanche, il apparaît que le degré d'activité physique est nettement trop faible et même en baisse par rapport à 2008, en particulier chez les femmes. Rappelons que le manque d'activité physique est pourtant considéré par l'OMS comme le 4^e facteur de risque de mortalité dans le monde. Le rapport révèle par ailleurs que la consommation d'alcool à risque n'est pas alarmante mais que les nouvelles pratiques de 'binge drinking' sont en revanche très inquiétantes. Défini comme la consommation de plus de 6 unités de boissons alcoolisées à une même occasion, et ce au moins une fois par semaine, ce phénomène concerne 8,5 % de la population belge, en majorité des hommes jeunes. À noter que si le gradient socio-économique intervient dans la consommation d'alcool, il est inversé pour les femmes : celles qui sont le mieux placées sur l'échelle sociale sont aussi plus nombreuses à avoir une consommation problématique.

L'indicateur 8 prend en compte l'utilisation du DMG+ (22 % des 45-75 ans), module ajouté au dossier médical global géré par le médecin généraliste et contenant des données relatives à la promotion de la santé et aux soins préventifs. Rappelons à ce propos que le DMG+ n'est plus financé depuis le 1^{er} janvier 2016 (suppression du code de nomenclature) mais que des recommandations spécifiques de prévention devraient être intégrées dans une nouvelle définition du DMG en préparation. La liste des recommandations devrait d'ailleurs être étendue aux plus de 75 ans.

L'indicateur 9 mesure pour sa part les connaissances en santé, essentielles à l'alphabétisation en santé, autrement dit à l'autonomisation du patient. Et pour le coup, les résultats sont sans appel : une étude réalisée en 2012 via internet met au jour des connaissances insuffisantes chez près de 40 % de la population. Enfin, en matière de contrôle du tabac (indicateur 10), paramètre qui se réfère aux politiques publiques visant à maîtriser la consommation tabagique, il apparaît que la Belgique se classe au milieu de l'échelle européenne. « *Aucun des indicateurs sélectionnés dans le domaine de la promotion de la santé et du mode de vie ne livre de bons résultats. Nombre d'entre eux affichent même un score médiocre voire franchement mauvais* », concluent les auteurs du rapport.

Suicides et antidépresseurs

Parallèlement à ce constat inquiétant, il apparaît que le secteur de la santé mentale peine lui aussi à évoluer. Comme pour la promotion de la santé, le Rapport Performance souligne la difficulté d'une évaluation optimale, notamment concernant l'impact des récentes réformes qui vont dans le sens de la désinstitutionalisation : hospitalisations plus courtes, insertion et réintégration des patients psychiatriques dans la société, services alternatifs au sein de la communauté. Compte tenu de l'absence de données disponibles pour évaluer les impacts de cette mutation qui touche la plupart des pays industrialisés, le rapport Performance estime qu'« *il n'a pas été possible de développer des indicateurs pertinents pour le suivi de ces évolutions (p.ex. gestion de cas)* ». Il a donc fallu se rabattre sur des indicateurs généraux – comme le taux de suicide – ou relatifs aux hospitalisations psychiatriques – comme le nombre de jours d'hospitalisation dans un centre psychiatrique ou les admissions sous contrainte. Dix indicateurs ont ainsi été examinés. Avec 18,3 suicides pour 100.000 habitants, la Belgique – malgré un léger recul – se situe bien au-dessus de la moyenne des pays européens (10,6 dans l'UE-15). « *Il n'est pas possible de tirer des conclusions claires de ces résultats – le suicide n'est en effet qu'un indicateur de substitution pour l'état de la santé mentale d'une population et doit être considéré en combinaison avec d'autres paramètres* », nuance le rapport qui reconnaît néanmoins l'existence d'une marge d'amélioration. Exemple ? Un rapport récent des mutualités socialistes révèle que 27 % de leurs affiliés hospitalisés suite à une tentative de suicide (environ 4.000 personnes entre 2011 et 2013) n'ont pas bénéficié d'une consultation de suivi chez un médecin généraliste ou un psychiatre au cours des trois mois suivant la sortie !

Les différences sont par ailleurs très marquées entre régions, avec un taux de suicide sensiblement plus élevé en Wallonie (21,9/100.000 habitants) qu'à Bruxelles (11,9) et en Flandre (17,4). « *Le taux apparemment faible enregistré à Bruxelles pourrait toutefois découler d'un artefact de données (p.ex. communication tardive des causes de morts violentes par le procureur)* », précisent les auteurs du rapport. Autre dossier sensible en santé mentale : les prescriptions d'antidépresseurs. En augmentation partout en Europe, elles

atteignent des records en Belgique, avec 71 DDD (doses quotidiennes déterminées) par jour pour 1000 habitants contre 64,6 DDD en moyenne dans les autres pays européens.

On observe par ailleurs une consommation nettement plus élevée en Wallonie (88,1) qu'en Flandre (65,1) ou à Bruxelles (54,7). « *Il conviendrait d'examiner si cette différence s'explique par des différences socioéconomiques et démographiques ou si elle découle d'autres causes (culture médicale, diffusion des directives evidence-based...)* », avancent les auteurs.

En regard du rapport 2012, deux indicateurs supplémentaires livrent des informations intéressantes sur ces prescriptions. Le premier concerne le pourcentage d'adultes ayant pris des antidépresseurs au cours de l'année écoulée : celui-ci était en diminution au cours des dernières années mais s'avère aujourd'hui relativement stable (13,4 % en 2013). Sans surprise, les taux de prescription les plus élevés sont observés parmi les seniors bénéficiant de soins de longue durée : 37,4 % chez les patients traités à domicile, 47 % chez les patients vivant en MRS/MRPA et 16,6 % chez ceux qui ne reçoivent pas de soins de longue durée...

L'autre nouvel indicateur est la mesure du respect des recommandations concernant ces médicaments. Il apparaît en effet que, si la dépression majeure nécessite au moins trois mois de traitement par antidépresseurs avant de connaître une amélioration significative, un pourcentage élevé d'adultes sous traitement – 47,4 % en 2013 – prennent ces médicaments pendant une période plus courte. Par ailleurs, cet indicateur prend également en compte la prescription de certains antidépresseurs connus pour leurs effets secondaires anticholinergiques (cause potentielle de chutes) chez les personnes âgées : elle est stabilisée à 15 % mais atteste, comme le point précédent, d'une consommation encore largement inappropriée d'antidépresseurs. Voilà peut-être la forêt que cache l'arbre de la 'surconsommation'.

Au vu de ces chiffres, il apparaît très clairement que les prescriptions d'antidépresseurs s'accompagnent d'une information parcellaire du patient, ce qui ne promet pas son autonomie.

La désinstitutionalisation invisible ?

Malgré les réformes récentes, le nombre de journées d'hospitalisation psychiatrique de 2008 à 2013 reste élevé. Paradoxalement, le nombre

de jours d'hospitalisation en psychiatrie par année semble même avoir augmenté entre 2000 et 2012, passant de 304 pour 1000 habitants à 336 pour 1000 habitants. Deux autres variables qu'on s'attendrait à voir diminuer restent également stables : les passages aux urgences pour des problèmes sociaux, mentaux ou psychologiques (1,5 % des admissions aux urgences dans les hôpitaux généraux en 2008 et 2012) et le nombre d'hospitalisations sous contrainte dans une structure psychiatrique (6,8 pour 10.000 habitants en 2008 ; 7,0 en 2012). Ici, c'est la Flandre qui affiche un nombre plus élevé de jours d'hospitalisation en psychiatrie.

« *Nous ne savons pas si ces admissions sont appropriées ou si elles résultent de lacunes dans l'offre de services (p. ex. manque d'alternatives au sein de la communauté, gestion des cas insuffisante)* », expliquent les auteurs du rapport. À noter que les données flamandes révèlent qu'une proportion non négligeable de patients (37 % en 2013) doit par ailleurs attendre un mois ou plus pour un premier contact avec un centre de santé mentale ambulatoire et que ce nombre a légèrement augmenté au fil du temps – ce qui tendrait à crédibiliser la seconde hypothèse.

« *Les résultats des indicateurs touchant à la santé*



Photo © Fotolia

mentale et aux soins dans ce domaine restent alarmants. Le fruit des réformes passées n'est pas (encore) suffisamment visible et les taux de suicide demeurent élevés. De plus, le suivi de la performance reste délicat car les systèmes de données devraient idéalement permettre un monitoring de l'ensemble du parcours de soins (y compris au niveau ambulatoire), ce qui n'est pas encore suffisamment le cas », conclut le rapport.

Nul doute que l'enjeu de l'évaluation reste central

pour ces domaines de la promotion de la santé et de la santé mentale, qui pâtissent, dans leur exercice quotidien, d'un manque de données aisément valorisables. Mais un système de santé 'performant' se doit d'autant plus de les intégrer que les 'maladies de civilisation' gagnent du terrain.

L'auteure remercie **Françoise Renard** et **France Vrijens** pour leur aide.

LOCALE WALLONIE

Outils pédagogiques et démarche en promotion de la santé : rôle et place du professionnel

Emmanuella Lonardo et Philippe Mouyart, CLPS Charleroi-Thuin

Dans le cadre de ses missions, le Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin (CLPS), met régulièrement des outils pédagogiques à disposition des intervenants de terrain, en moyenne 200 outils par an. Ceux-ci permettent d'aborder des thématiques comme l'alimentation, la prévention des assuétudes, le logement, le renforcement des compétences psychosociales, etc. Lors de l'acquisition des outils qui sont mis à disposition, l'équipe du CLPS veille à sélectionner ceux qui vont proposer une vision globale et positive de la santé, et qui vont soutenir des démarches participatives, favorisant l'autonomisation, la valorisation des compétences et/ou l'expression du vécu des publics concernés.

L'accompagnement des professionnels de terrain montre que, lors de chaque rencontre, il est important de partir de la demande, traditionnellement formulée en termes de 'simple' acquisition d'un outil (« *nous avons eu un cas de grossesse précoce, nous avons constaté une consommation de cannabis, nous sommes*

confrontés à des personnes qui ne savent pas gérer leur logement... quels sont les outils qui existent pour solutionner ce problème ? »).

La tâche du CLPS est de resituer la demande dans un contexte de promotion de la santé : d'où vient la demande, quelles sont les spécificités du public concerné, quels sont les objectifs de l'intervention,

comment y intégrer les stratégies de promotion de la santé, comme l'action communautaire, l'amélioration du milieu de vie et le développement des aptitudes individuelles et sociales... Pour pouvoir partager les acquis de ces accompagnements, le CLPS a sollicité un partenariat auprès d'acteurs qui partagent les



Outil interactif réalisé par l'asbl Espace Environnement pour aborder les liens entre santé et habitat

mêmes préoccupations autour de l'utilisation des outils pédagogiques en promotion de la santé : la Mutualité chrétienne, la Mutualité socialiste Solidaris, le Centre régional d'intégration de Charleroi, le Service santé de la Ville de Charleroi et le service PIPSa (Pédagogie Interactive en Promotion de la Santé). Ensemble, ces partenaires ont organisé un colloque à Marchienne-au-Pont le 8 décembre 2015, qui a réuni un peu plus de 80 professionnels et étudiants issus de différents secteurs (social, logement, assuétudes, environnement, etc.). Les objectifs de cette rencontre étaient, au travers d'interventions plénières et de temps d'échange d'expériences en ateliers, de permettre aux personnes présentes :

- d'identifier les spécificités d'un outil pédagogique utilisé dans le cadre d'une démarche de promotion de la santé ;
- de faire des liens entre les outils pédagogiques et les besoins des publics concernés ;
- d'intégrer la question de la réduction des inégalités sociales de santé dans le cadre de l'utilisation d'outils pédagogiques.

Ce colloque s'est déroulé sur base des interventions suivantes :

- critères de qualité d'un outil de promotion de la santé et lien avec la réduction des inégalités sociales de santé (**Catherine Spiece** – service PIPSa) ;
- dans quelle mesure et avec quels moyens le professionnel parvient-il à mettre un public en débat et en réflexion ? Illustration avec l'outil *Et toi t'en penses quoi ?* (**Aline**

Franssen et Julie Hayette – Infor Santé Mutualité chrétienne) ;

- six ateliers avec des présentations d'outils et de démarches sur l'alimentation, les assuétudes, l'EVRAS, le logement, la santé environnementale, les déterminants de la santé, l'hygiène et l'interculturalité ;
- *Raconte-moi ton quartier*, expérience de construction de projet autour du collectage de conte : **Muriel Durant** (Conteurs en ballade) et **Élisabeth Mertens** (asbl ARC, Actions et Recherches Culturelles).

De l'ensemble des interventions et des échanges, plusieurs éléments sont à retenir.

L'outil pédagogique...

Tout d'abord, il faut avoir à l'esprit que l'outil pédagogique n'est rien à lui seul. Il est l'initiateur d'un projet et il 'existe' seulement dans les conditions où il rencontre un utilisateur. Il n'y a finalement pas de bons... ni de mauvais outils. Ensuite, il faut retenir que les outils, au sens étymologique du terme, sont des 'objets fabriqués pour réaliser une opération déterminée' (Larousse). Ils ne représentent donc pas une fin en soi, mais ils peuvent être mis au service de multiples objectifs : informer, aider à comprendre des phénomènes, construire des compétences, favoriser une analyse critique, identifier des représentations, stimuler l'acquisition d'habiletés personnelles, stimuler l'action sur l'environnement, etc. L'enjeu réside donc dans le choix de l'outil en fonction des objectifs que l'utilisateur s'est fixés, et pas l'inverse.

D'autre part, l'outil, au-delà de ses objectifs pédagogiques, va également servir de médiateur pour favoriser la participation, pour créer des liens et permettre à l'utilisateur de se décentrer par rapport aux échanges, de construire un cadre sécurisant et de rester fixé sur l'objectif visé.

... et son utilisateur¹

Dans le cadre d'une démarche de promotion de la santé, un questionnement sur le rôle et la place de l'utilisateur d'un outil pédagogique doit prendre en compte plusieurs éléments.

Par rapport à lui-même :

- connaissance du public avec lequel il va travailler : ses besoins et ses demandes, ses compétences, ses représentations de la problématique, son cadre de vie, etc.
- type de relations entretenues avec ce public ;
- influence de ses propres représentations (du public, de la problématique) sur l'action.

Par rapport à sa posture en tant qu'animateur :

- importance de rester humble, faire preuve de bienveillance et de compréhension ;
- être le garant d'une discussion riche et constructive, faciliter les échanges et favoriser l'émergence des points de vue ;
- gérer les débats de manière démocratique, maintenir un cadre évitant le non-respect et le jugement ;
- développer ses compétences en gestion de dynamique de groupe.

Par rapport à son rôle, l'utilisateur doit veiller à remplir trois fonctions :

- production, dans laquelle il soutient le groupe dans la réalisation de ses objectifs ;
- organisation, pour laquelle il planifie et met en place la manière dont l'expression collective va prendre forme ;
- régulation, qui permettra de gérer la vie du groupe dans sa dynamique affective et émotionnelle.

Temps d'échanges d'expériences et de pratiques

Les temps d'échanges en ateliers ont permis aux participants de compléter les interventions plénières en mettant en lumière les points suivants :

- au départ de la connaissance du public et des objectifs fixés, l'utilisateur doit pouvoir

1. Pour aller plus loin sur le rôle de l'utilisateur d'un outil pédagogique :

- Inégalités sociales de santé. L'outil pédagogique : la scie pour les réduire ou le marteau pour mieux les fixer ?, Service Promotion Santé – Mutualité socialiste Solidaris, Bruxelles, décembre 2011.
- Douillier A. et coll., 25 techniques d'animation pour promouvoir la santé, Édition Le Coudrier, Brignais, 2012.

choisir l'outil adéquat mais également pouvoir l'adapter et l'actualiser en fonction de cette connaissance ;

- l'utilisateur d'outils pédagogiques doit en permanence travailler ses compétences d'animateur : capacité d'écoute, de gestion des groupes, souplesse (capacité d'adaptation, capacité d'articuler la théorie avec les réalités du travail de terrain), capacité à valoriser les compétences et les savoirs des publics concernés, capacité à construire l'avant et l'après de l'utilisation d'un outil pédagogique, etc.
- l'utilisateur doit pouvoir anticiper les différents freins relevés dans le cadre de l'usage d'un outil pédagogique dans une démarche de promotion de la santé, notamment la

temporalité des interventions qui ne permet pas toujours de travailler sur du long terme, la difficulté de passer de la plainte individuelle à l'action collective, la gestion des agendas dans le cadre d'un travail en partenariat ;

- l'importance d'identifier les ressources et les partenaires locaux. Et comme perspective à ce colloque, ils suggèrent la mise en place d'un réseau d'échange sur les expériences d'utilisation d'outils pédagogiques (enrichissement mutuel).

Le conte... un outil de promotion de la santé

Pour clôturer la journée, les partenaires ont souhaité faire découvrir la manière dont le conte

peut être mis au service d'une démarche de promotion de la santé. À travers l'expérience du projet *Raconte-moi ton quartier*², deux conteuses ont mis en avant en quoi le conte peut être un outil qui permet aux gens d'ouvrir leur imaginaire et de s'approprier une parole. La préoccupation des partenaires a été : comment donner la parole aux bénéficiaires du projet, comment les transformer en acteurs du projet au moyen de dispositifs propres à la création en général et à l'art du conte en particulier ? En somme, comment transformer le spectateur en *spectACTEUR* ?

2. Éducation Santé vous présentera prochainement ce projet de manière détaillée.

OUTILS

Un nouveau kit d'animation sur les CPAS : informer, accompagner, dialoguer, éduquer, critiquer

Denis Mannaerts et Maïté Cuvelier, Cultures&Santé

Cultures&Santé a publié dernièrement un kit d'animation qui vise à expliquer le fonctionnement d'un centre public d'action sociale (CPAS), ses missions et toutes les étapes de la procédure liée à une demande d'aide.

Pourquoi un kit d'animation sur les CPAS ?

L'intérêt de pouvoir disposer d'un outil d'animation sur les CPAS est d'abord apparu chez les acteurs de première ligne, actifs notamment dans les maisons de quartier, les cours d'alphabétisation, l'insertion socio-professionnelle...

Ces professionnels ou bénévoles observent chez leur public une précarité de plus en plus grande, vécue comme un équilibre extrêmement fragile. Un équilibre dans lequel un imprévu peut totalement bouleverser le quotidien d'une personne : une perte d'emploi, une séparation, une hospitalisation... Cet événement peut l'amener à se retrouver sans les ressources nécessaires pour mener une vie conforme à la dignité humaine : se loger, se nourrir, se vêtir, assurer son hygiène, avoir accès aux soins de

santé... Autant de besoins de base ayant un impact direct sur le bien-être des individus et sur leur santé physique, psychique et sociale. Beaucoup d'exclusions du chômage ont eu lieu ces derniers temps, dues à la réforme des allocations d'insertion. D'autre part, pas mal de demandeurs d'asile récemment arrivés en Belgique ont obtenu le statut de réfugié. Conséquence, ils sont de plus en plus nombreux à se heurter aux obstacles qui parsèment la voie d'accès à l'aide sociale. Le récent rapport du service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale¹ indique que seuls 35 % des exclus du chômage se sont présentés dans les CPAS. Même si on suppose qu'une partie d'entre eux a pu trouver d'autres solutions et d'autres ressources, on peut logiquement se poser la question de savoir ce qu'il est advenu des autres. D'où l'importance

d'accompagner ces publics et de travailler en collectif sur les croyances, les représentations, les appréhensions et les freins qui peuvent exister quand on aborde les CPAS et plus largement l'aide sociale.

Ce kit d'animation vient donc en soutien aux professionnels, bénévoles et relais...et à leurs publics. Il permet d'avoir une meilleure connaissance des procédures, d'informer sur les missions et le fonctionnement des CPAS mais invite également à mieux comprendre le rôle de l'aide sociale dans la société et donne des clés pour débattre autour des enjeux qui lui sont liés.

Les CPAS : une action au plus près des déterminants de santé

Si l'octroi du revenu d'intégration est souvent évoqué comme leur rôle par excellence, les

1. 'Services publics et pauvreté. Contribution au débat et à l'action politiques'. Rapport bisannuel 2014-2015. Bruxelles : Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2015, p. 111.

CPAS sont aussi actifs dans de nombreux autres domaines. Ils développent des partenariats (avec des associations, des organismes de formations...) et créent un ensemble de services et d'institutions (maisons de repos, crèches, épiceries sociales...) en fonction des besoins locaux.

En raison de la multiplicité de leurs missions, leur rôle est prépondérant dans l'amélioration des conditions de vie des populations les plus fragilisées. Leurs actions touchent à de nombreux déterminants de la santé que sont le logement (exemples : prime d'installation, constitution de la garantie locative...), l'emploi (exemple : article 60), l'énergie (exemple : fonds social mazout), le revenu, et enfin l'accès aux soins de santé, par le biais notamment, de la carte médicale, dispositif indispensable pour assurer une meilleure accessibilité de ces soins aux usagers des CPAS. Dans ce kit d'animation, nous souhaitons mettre en avant les différentes aides en lien avec ces déterminants.

Les aides préventives mises en place par les CPAS sont également moins connues du grand public. De plus, ces services comme la médiation de dette ou l'accompagnement à la réduction de consommation d'énergie sont souvent accessibles à un public plus large que le public bénéficiaire du CPAS.

Un support de littératie en santé

La création et la diffusion du kit CPAS s'inscrivent dans une perspective de développement de la littératie en santé des personnes. Ce concept-clé pour Cultures&Santé désigne l'ensemble des capacités qui permettent à l'individu d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer une information qui s'avère stratégique pour sa santé et celle de ses proches voire de sa communauté. Les informations relatives au fonctionnement de l'aide sociale entrent bien dans ce cadre-ci. Le kit se compose de divers supports illustrés : une affiche, une ligne du temps, un guide reprenant des repères théoriques et un guide proposant des pistes d'utilisation. Il est destiné aux professionnels et relais de l'éducation, de la santé, de la culture et du social qui souhaitent amener la thématique de l'aide sociale octroyée par les CPAS auprès de groupes d'adultes, également dans un souci de promouvoir leur santé.



L'animation a pour vocation, à travers la création d'un espace d'information mais aussi de dialogue², de fournir des clés de compréhension du système, des clés utiles pour pouvoir accéder à cet ensemble de services contributeurs de santé.

Les personnes qui sollicitent l'aide du CPAS sont confrontées à des procédures complexes, souvent peu accessibles au citoyen lambda et encore moins à celui qui vient d'un autre pays, qui est peu alphabétisé, qui ne maîtrise pas la langue française ou qui dispose de moins de repères pour évoluer dans la complexité de notre société. Agir pour la littératie en santé, c'est donc aussi adapter la communication.

Pour cette raison, une attention particulière a été portée à l'accessibilité du support : communication appuyée par des visuels, utilisation de pictogrammes assurant une certaine neutralité, agencement des informations favorisant leur rétention, intégration dans le kit d'un *support mémoire* à remettre à chaque participant, guide d'animation incluant des repères permettant à l'animateur de répondre aux questions les plus fréquemment posées, pistes d'animation proposées pour susciter l'échange d'expériences et la mise en situation... Cette élaboration s'est appuyée, en amont, sur un recueil des besoins et des préoccupations au

sein de plusieurs groupes cibles et en aval sur des expérimentations de l'animation et en testant la compréhension des supports dans différentes associations d'alphabétisation.

Lors de la réalisation de ce support et des échanges menés avec de nombreux experts, nous avons pu nous rendre compte du labyrinthe que constitue ce système : pas d'uniformisation entre les différentes régions du pays, présence de multiples exceptions aux règles principales, critères d'accès toujours plus nombreux, offres de services variant d'une commune à l'autre... Nous avons dû faire de nombreux arbitrages dans le contenu à présenter afin de rendre tout cela plus lisible pour l'animateur et les participants. L'idée est ici de proposer une information de base permettant à tout un chacun de frapper à la porte d'un CPAS avec un minimum de connaissances. Mais, cette situation pose tout de même question en termes d'accessibilité. Nous aurons beau faire tous les efforts de communication possibles et imaginables, ceux-ci s'avéreront vains si la tendance ne va pas vers une simplification du système en tant que tel. Toutefois, cette simplification ne devra pas se faire au détriment de l'approche individualisée des aides proposées.

Pour une éducation critique

En tant qu'association d'éducation permanente, nous nous devons également de donner à l'animateur quelques repères pour qu'il puisse mener avec son groupe une réflexion critique et citoyenne sur les tenants et aboutissants du système belge de l'aide sociale. Il s'agit de mettre en avant le fait que ce système est le fruit d'options politiques prises au cours de l'histoire et qu'il repose sur des mécanismes démocratiques³. Il nous paraissait important de pouvoir restituer le sens de ce service public : il existe pour permettre à tout un chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine. Toutefois, l'aide sociale en Belgique est un droit résiduaire c'est-à-dire qu'elle ne peut être accordée qu'après que la personne ait fait valoir ses droits à la sécurité sociale. Alors que la sécurité sociale est fondée sur un principe de solidarité (tout le monde y contribue et en bénéficie), l'aide sociale repose sur une autre approche⁴ et d'autres mécanismes de financement⁵.

2. Même si certains de ses éléments peuvent venir en appui à une communication interindividuelle (exemple : utilisation de l'affiche par une assistante sociale en consultation), le kit a été créé pour être utilisé dans un groupe. En effet, le collectif constitue, selon nous, un excellent moteur pour informer les personnes et développer leur capacité à exercer leurs droits.

3. Par exemple, les organes de décisions des CPAS (conseil et comités) sont constitués sur base des résultats des élections communales.

4. Contrairement à la sécurité sociale, qui est octroyée indépendamment des ressources dont la personne dispose, l'aide sociale, constitue un dernier filet de protection offrant une réponse individualisée aux situations de précarité. Elle est donnée au cas par cas en fonction de l'état des besoins de la personne.

5. Les CPAS sont financés par l'État fédéral et les communes alors que la sécurité sociale est financée majoritairement par les cotisations sociales.

Or actuellement, avec la montée en puissance de l'État social actif et l'hégémonie des politiques libérales, on assiste à la fois à un phénomène d'érosion de la sécurité sociale⁶ qui entraîne un recours plus important des personnes à l'aide sociale, et à un conditionnement toujours plus accru du droit à cette aide. Pour pouvoir en bénéficier, le demandeur doit prouver qu'il

en a réellement besoin et qu'il fait des efforts pour la mériter. Avec ces choix politiques, on en arrive très vite, sous couvert d'une plus grande responsabilisation individuelle, à jeter le blâme sur la victime, plutôt qu'à agir sur les causes sociales de la précarité et des inégalités. Vous l'aurez compris, par la réalisation de ce kit, nous ne légitimons aucunement le recul de l'État

providence mais nous souhaitons, tout en suscitant une réflexion critique, rendre plus explicite à tous les publics le fonctionnement d'un dispositif répondant à des besoins individuels essentiels dans la quête d'une meilleure qualité de vie. *Le kit d'animation est disponible gratuitement sur demande auprès de Cultures&Santé : www.cultures-sante.be*

6 La réforme sur les allocations d'insertion entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2015 en est un exemple.

La santé dans tous ses états



Description

Matériel

Trousse pédagogique (PDF) 'La santé dans tous ses états : les déterminants sociaux de la santé' par Paquette, J. ; Leclerc, B.-S., Bourque, S.

La liste des outils :

- Questionnaire 'Testez vos connaissances sur les déterminants sociaux de la santé'.
- Vidéo 'La santé dans tous ses états : les déterminants sociaux de la santé' (13').
- Thèmes pour l'animation d'une discussion sur les déterminants sociaux de la santé.
- Vignette clinique - Analyse d'une situation sous l'angle des déterminants sociaux de la santé.
- Questionnaire 'Les déterminants sociaux de la santé dans ma pratique'.
- Plan de développement professionnel pour agir sur les déterminants sociaux de la santé.

Concept

Cette trousse pédagogique comprend de nombreux outils (vidéo, questionnaires, etc.) qui vous aideront à soutenir la réflexion et la discussion chez les intervenants et futurs intervenants quant aux impacts des facteurs sociaux sur les problèmes de santé.

Objectifs

- Initier les acteurs de la santé et des services sociaux aux impacts que peuvent avoir les facteurs sociaux sur les problèmes de santé ;
- Les sensibiliser à l'importance de la prise en compte de ceux-ci dans leurs interventions.

Où trouver l'outil ?

Chez l'éditeur : Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville-Laurent-CAU, Montréal, Canada, <https://www.csssbcstl.qc.ca>
Dans les centres de prêt des centres locaux de promotion de la santé de Verviers, du Brabant wallon, du Hainaut occidental et de Namur, ainsi que chez Cultures & Santé et au centre de ressources documentaires provincial de Namur.

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

La Cellule d'experts de PIPsa a accordé la mention 'coup de cœur' à cet outil en 2015.

Appréciation globale

Cet excellent document clair et concis permet de toucher le cœur des difficultés entre santé, social et soins, tout cela avec des mots simples. Il permet de former des (futurs) professionnels aux impacts des facteurs sociaux sur les problèmes de santé en suscitant un travail collectif et communautaire. Il simplifie le concept des déterminants sociaux de

la santé et permet à chacun de mieux percevoir son rôle en relation avec les autres.

L'outil permet de réfléchir à une vision politique et citoyenne du social et de la santé, soutenante et très pertinente par rapport aux besoins actuels. Les différentes activités, orientées vers la pratique, permettent de se donner un cadre de référence partagé et constituent donc un bel outil de développement professionnel.

Cependant, le document présuppose la connaissance par le lecteur d'un certain nombre de concepts liés à la santé et ses déterminants. Les novices s'initieront via le très explicite référentiel 'La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir', Québec, Gouvernement du Québec, 2012.

Objectifs

- Soutenir la réflexion collective des professionnels de la santé sur l'importance des facteurs sociaux pour une bonne santé ;
- Démontrer l'influence de l'organisation sociétale sur la santé ;
- Illustrer l'impact des facteurs sociaux sur la santé.

Public cible

Formateurs et acteurs relais des différentes disciplines (professionnels de la santé, du social, de la culture, de l'éducation permanente...).

Utilisation conseillée

Outil de réflexion collective, de développement professionnel en équipe.

Outil de formation

Les activités avec les questionnaires doivent être adaptées en fonction du contexte spécifique vécu dans le pays des utilisateurs.

Le 15 mars était présenté à Bruxelles le rapport international de l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2014. Effectuée tous les quatre ans sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé, elle en est à sa 7^e édition. Elle a recueilli de nombreuses données auprès de quelque 200.000 participants âgés de 11, 13 et 15 ans dans 40 pays ou régions européennes (plus le Canada et Israël).

À l'échelle internationale

Au rayon des bonnes nouvelles, la proportion des ados de 15 ans qui ont commencé à fumer

à 13 ans est en diminution significative depuis l'enquête précédente en 2010. Elle est passée de 24 % en 2010 à 17 % en 2014, étant plus

marquée chez les filles (de 22 à 13 %) que chez les garçons (de 26 à 22 %).

Si 80 % des répondants s'estiment heureux, des

Grandir dans l'inégalité : différences de genre et socioéconomiques en matière de santé et de bien-être chez les jeunes en âge scolaire

Cet ouvrage en anglais de près de 300 pages est le plus récent d'une série de rapports sur la santé des jeunes établis dans le cadre de l'enquête sur les comportements des enfants d'âge scolaire en matière de santé (HBSC), une étude internationale collaborative de l'OMS qui, depuis plus de 30 ans, livre des informations sur la santé, le bien-être, le milieu social et les comportements des filles et garçons de 11, 13 et 15 ans en matière de santé.

Ce livre présente les constatations tirées de l'enquête de 2013-2014 concernant les influences démographiques et sociales sur la santé de près de 220.000 jeunes dans 40 pays et régions de la Région européenne de l'OMS, du Canada et d'Israël. Ses résultats ont été analysés par 340 chercheurs et coordonnés par l'International Coordinating Centre de l'Université de St Andrews (Écosse) et le Data Management Centre de l'Université de Bergen (Norvège). Réagissant dans le cadre de l'enquête, les jeunes ont décrit leur contexte social (relations avec leur famille, leurs camarades et l'école), leurs résultats sanitaires (santé subjective, traumatismes, obésité et santé mentale), leur comportement en matière de santé (habitudes alimentaires, brossage des dents et activité physique) et leurs comportements à risque (tabagisme, consommation d'alcool et de cannabis, comportement sexuel, bagarres et harcèlement).

Pour la première fois, ce rapport englobe des thématiques comme le soutien apporté par la famille et les camarades, les migrations, la cyberintimidation et les traumatismes graves. Des analyses statistiques ont été effectuées pour déceler les différences significatives dans la prévalence des indicateurs sanitaires et sociaux selon le sexe, le groupe d'âge et le niveau de richesse de la famille. Les conclusions mettent en lumière d'importantes inégalités en matière de santé et contribuent à une meilleure compréhension des déterminants sociaux de la santé et du bien-être chez les jeunes.

Dans ce rapport international consacré aux résultats de leur dernière étude, les auteurs de l'enquête HBSC entendent fournir les informations mises à jour dont ont besoin les responsables politiques à divers niveaux de pouvoir, les organisations non gouvernementales et les professionnels des secteurs tels que la santé, l'éducation, les services sociaux, la justice et les loisirs, afin de protéger et de promouvoir la santé des jeunes. Fait qui mérite d'être souligné, les responsables de l'étude citent des interventions mises en place dans certains pays alertés par des données préoccupantes récoltées lors des éditions précédentes. Les résultats positifs de ces initiatives se reflètent dans les chiffres récents. C'est le cas, par exemple, de la consommation

d'alcool par les ados allemands. L'étude HBSC 2003 révéla une augmentation très spectaculaire de cette dernière, les ventes ayant plus que triplé en un an avec un marketing agressif visant les jeunes. Le Ministère fédéral de la santé prit l'initiative d'une forte taxe et d'une information claire quant à l'interdiction de vente aux jeunes. Le produit de la taxe fut utilisé pour mettre en place des programmes de prévention. En 2006, l'enquête HBSC objectiva une forte diminution de la consommation, tendance qui s'est maintenue jusqu'à aujourd'hui. Les données présentées dans ce rapport peuvent être consultées (en anglais seulement) sur le portail d'information sanitaire du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et via l'application pour téléphones mobiles reprenant des statistiques sur la santé dans la Région européenne de l'OMS.

Growing up unequal : gender and socioeconomic differences in young people's health and well being, sous la direction de : Jo Inchley, Dorothy Currie, Taryn Young, Oddrun Samdal, Torbjørn Torsheim, Lise Augustson, Frida Mathison, Aixa Aleman-Diaz, Michal Molcho, Martin Weber et Vivian Bamekow, Health Policy for Children and Adolescents n° 7, 2016, xiv + 277 pages. Prix : 60,00 CHF/72,00 USD (pays en développement : 42,00 CHF/50,40 USD).

écarts préoccupants apparaissent entre jeunes de genre, d'âge et de statut socioéconomique différents. Ainsi, le sentiment de bonheur diminue avec l'âge et est moins présent chez ceux qui proviennent de familles moins favorisées.

Ce même sentiment de bonheur est rapporté par de plus en plus d'écoliers dans des pays comme la Croatie, l'Estonie, la Lettonie, la Lituanie, la Fédération de Russie et l'Ukraine, dont le score se rapproche maintenant de celui des pays de l'Ouest de l'Europe.

« *Les comportements de santé acquis pendant cette période critique dans l'existence d'un jeune peuvent se prolonger dans sa vie d'adulte. Un bon départ peut exercer ses effets toute la vie* » selon le **Dr Zsuzsanna Jakab**, Directrice régionale de l'OMS pour l'Europe. Elle ajoute : « *Malgré des progrès considérables notamment en matière de consommation de tabac, beaucoup d'adolescents sont confrontés à d'énormes inégalités. Ainsi, les filles issues de familles à revenu modeste déclarent une santé physique et mentale de moins bonne qualité et témoignent d'un niveau d'activité physique inférieur aux jeunes de familles plus aisées. Les résultats de l'enquête pointent la nécessité d'interventions de nature à réduire ce fossé. Nous ne pouvons plus considérer les jeunes comme un groupe homogène dont les besoins peuvent être rencontrés par des interventions uniformes. Les adolescents sont aussi divers que les adultes ; ils requièrent un ensemble d'interventions qui reflètent leur diversité et prennent pleinement en considération leur âge, genre, environnement social et culturel. Les jeunes nous disent les choses telles qu'ils les ressentent et ce qui est important pour eux. Nous devons nous montrer dignes de cette confiance.* »

En Fédération Wallonie-Bruxelles

Responsable de l'étude en Fédération Wallonie-Bruxelles, le SIPES – École de Santé publique, Université libre de Bruxelles – en a profité pour publier ses premiers résultats. Les chercheurs soulignent une évolution plutôt favorable de certains comportements de santé, mais des inégalités sociales importantes sont également observées pour de nombreux indicateurs.



Des points positifs...

Plus des trois quarts des jeunes de FWB se déclarent « heureux » ou « très heureux ». Le tabagisme suit une tendance à la baisse, moins de 10 % des adolescents du secondaire fument quotidiennement. Plus de 9 adolescents sur 10 en secondaire supérieur ont utilisé une protection lors de leur dernier rapport sexuel. Enfin, plus de la moitié des jeunes consomment des fruits et des légumes chaque jour ; ces consommations ont augmenté depuis 2002, et situent les jeunes francophones de Belgique parmi ceux qui en consomment le plus fréquemment au niveau international.

... mais avec des marges d'amélioration importantes...

Les jeunes de la FWB ne sont que 15 % à pratiquer l'équivalent d'au moins une heure d'activité physique au quotidien (recommandation de l'OMS). Les jours d'école, deux tiers des jeunes en secondaire passent au moins 2 heures devant la télévision. Le temps d'utilisation d'internet a fortement augmenté depuis 2010. Dans un tout autre domaine, le niveau de connaissance sur les modes de transmission de l'infection par le VIH est insuffisant. Le stress induit par le travail scolaire a augmenté, pour toucher en 2014 un quart des

enfants de 5^e-6^e primaire et 40 % de ceux du secondaire.

Enfin, 40 % des jeunes déclarent être fatigués en se réveillant au moins quatre jours par semaine.

... et de fortes inégalités sociales de santé

De nombreux indicateurs relevés dans cette enquête varient selon le niveau d'aisance matérielle, avec une situation systématiquement plus défavorable chez les jeunes vivant dans des familles moins favorisées.

Ces inégalités sont particulièrement marquées en ce qui concerne la déclaration de symptômes somatiques ou psychologiques, le sentiment de bonheur, le temps passé devant la télévision, les connaissances des modes de transmission de l'infection par le VIH, ou encore les difficultés d'endormissement, ce qui souligne le besoin d'actions spécifiques sur ces thèmes. La situation en 2014, les évolutions dans le temps, l'analyse des indicateurs par niveau scolaire et genre, et la comparaison avec les pays ayant participé à l'enquête HBS en 2014 sont détaillées dans des fiches de synthèse disponibles sur le site du service Sipes : www.sipes.ulb.ac.be.

HBSC en Belgique francophone, premiers résultats 2014

9 fiches sont d'ores et déjà disponibles :

- ▮ Présentation générale de l'enquête
- ▮ Sentiment de bonheur
- ▮ Consommation de fruits et légumes
- ▮ Activité physique
- ▮ Relations sexuelles, contraception, prévention des IST, connaissances sur les modes de transmission du sida
- ▮ Qualité perçue des résultats scolaires, stress lié à l'école, camarades
- ▮ Sommeil
- ▮ Bagarres, provocations¹
- ▮ Alcool et tabac

Fiches disponibles sur www.sipes.ulb.ac.be

1. Un journal francophone belge en a fait le titre de la page qu'il a consacrée à l'enquête : « L'élève francophone belge est le plus violent d'Europe ». Il aurait pu citer un résultat moins inquiétant mais cela aurait sans doute été moins vendeur... Par exemple, seuls les jeunes Canadiens de 11 ans mangent plus de fruits tous les jours que les Belges francophones. Mais qui irait titrer là-dessus dans un quotidien ? Cela dit, il nous faut bien admettre que pour beaucoup de thèmes, les résultats flamands sont plus favorables que les résultats francophones.



ÉDUCATION SANTÉ

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

Sommaire

INITIATIVES

- 2 L'accès aux soins pour les personnes sans-papiers : un chemin parsemé d'embûches, par *Marie Davurin, Julie Gysen et Vincent Lorant*
- 4 Dans les coulisses de la vaccination, par *Christian De Bock*
- 6 Une 'méthode miracle' pour réduire son risque de cancer de plus d'un tiers !, par *Christian De Bock*

RÉFLEXIONS

- 7 Promotion de la santé et santé mentale : un check-up en demi-teinte, par *Julie Luong*

LOCALE WALLONIE

- 9 Outils pédagogiques et démarche en promotion de la santé : rôle et place du professionnel, par *Emmanuela Lonardo et Philippe Mouyart*

OUTILS

- 11 Un nouveau kit d'animation sur les CPAS : informer, accompagner, dialoguer, éduquer, critiquer, par *Denis Mannaerts et Maïté Cuvelier*
- 13 La santé dans tous ses états

DONNÉES

- 14 Le bulletin de santé des jeunes en âge scolaire, par *Christian De Bock*

Sur notre site www.educationsante.be

Chaque mois, Éducation Santé vous propose des articles inédits, disponibles uniquement sur son site internet. Ce mois-ci :

- La santé au travail, un facteur indispensable pour allonger la vie professionnelle, par l'*Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail*
- Nouveaux paquets de tabac, par la *Fondation contre le Cancer*
- Housing first, la Wallonie renforce sa politique de lutte contre la pauvreté, par *Maxime Prévot*
- Comment améliorer la détection de la maltraitance infantile ?, par le *KCE*
- Bénéfice démontré de l'exercice physique en prévention des chutes chez les personnes âgées, par la *Revue Prescrire*
- Les données de périnatalité à Bruxelles, par l'*Observatoire bruxellois de la santé et du social*
- La syphilis devenue rare partout, sauf en Afrique, par l'*Institut de Médecine Tropicale*
- Revue 'La santé en action', par *Christian De Bock*
- Les défis de la douleur chronique, par les *Éditions Mardaga*
- Festival ImagéSanté 2016, le bilan, par *Carole Feulien*

Surfez donc sans plus attendre sur www.educationsante.be pour en prendre connaissance !

Éducation Santé est aussi présente sur les réseaux sociaux. Vous pouvez y suivre toutes les actualités du secteur, que ce soit sur Facebook ou sur Twitter :

www.facebook.com/revueeducationsante
ou www.twitter.com/EducationSante

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

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

Ont collaboré ce mois-ci : Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, Maïté Cuvelier, Marie Davurin, Fondation contre le Cancer, Julie Gysen, Institut de Médecine Tropicale, KCE, Vincent Lorant, Julie Luong, Emmanuela Lonardo, Denis Mannaerts, Mardaga, Philippe Mouyart, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Maxime Prévot, Revue Prescrire.

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

Secrétariat de rédaction : Christian De Bock

Journaliste : Carole Feulien (carolefeulien@gmail.com).

Relectures : Danielle Beeldens, Carole Feulien.

Recherches iconographiques : Danielle Beeldens.

Site internet : Octopus et Unboxed-Logic (design et développement), Carole Feulien (animation).

Réseaux sociaux : Carole Feulien.

Lettre d'information : Carole Feulien.

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

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

Comité opérationnel : Pierre Baldewyns, Christian De Bock, Carole Feulien, Julien Nève, Anne-Sophie Poncelet, Thierry Poucet.

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Hayez.

Tirage : 1 350 exemplaires. **Diffusion :** 1 250 exemplaires.

Diffusion électronique : 1 700 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Pour tous renseignements complémentaires :

Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles ou Éducation Santé, c/o Centre d'Éducation du Patient, rue du Lombard 8, 5000 Namur.

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.



Wallonie

Avec le soutien financier de la Wallonie



Imprimé sur papier blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

