

ÉDUCATION SANTÉ

MARS
342

*Soins de santé
en prison,
des constats
vers une réforme*

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

www.educationsante.be

INITIATIVES

Soins de santé en prison, en route vers une réforme

Juliette Vanderveken

Éducation Santé a participé à la journée d'étude « Soins de Santé en Prison » organisée par l'asbl I.Care ce 23 janvier. Au centre de l'attention, le transfert de la compétence des soins de santé en prison du SPF Justice vers le SPF Santé publique qui se profile à l'horizon. L'occasion nous est donnée ici de revenir également sur des questions telles que l'indépendance des soins de santé, ses enjeux, ainsi que sur la place de la promotion de la santé en prison et la notion d'*environnement favorable à la santé*.

Au cours de cette journée d'étude, les différents thèmes abordés étaient d'une part la place de l'indépendance des soins de santé en prison, par le Pr Hans Wolff¹ (dont Vinciane Saliez, directrice d'I.Care a porté les propos); et d'autre part, les résultats du rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) sur les soins de santé pénitentiaires et les recommandations et scénarios pour la réforme à venir. S'en sont suivies une table ronde et une intervention des représentants des ministres Koen Geens (Justice), Maggie De Block (Santé) et Cécile Jodogne (Santé pour le Gouvernement francophone bruxellois).

Soins de santé en prison : des constats alarmants

Revenons tout d'abord brièvement sur l'état des lieux général de la santé en prison. (Très) Brièvement... car nous pourrions en dire tellement, tant les voyants sont au rouge dans tous les indicateurs santé. En effet, on ne vous apprend rien, la prison est un environnement délétère pour la santé de la personne. Outre le fait que la santé globale des personnes qui arrivent en prison est moins bonne que celle de la moyenne générale de la population, le séjour en prison génère une dégradation de la santé chez les détenus, des pathologies propres aux conditions de détention, un risque plus élevé de contamination par une maladie infectieuse, etc. La question de la santé des détenus, amenés à réintégrer la population « libre » en fin de peine, ne se limite pas aux murs d'enceinte de la prison.

Les besoins sont donc gigantesques. Qu'en est-il de l'offre de soins ?

Les soins de santé sont gratuits en prison et les professionnels sont souvent très dévoués... Mais il y a un tel dysfonctionnement au sein des établissements lié à une absence de stratégie globale et de coordination, un manque criant de ressources, de formation... que l'on est témoin de situations kafkaïennes en matière d'accès aux soins. Nous avons pris connaissance du rapport final « santé » des Commissions de surveillance pénitentiaire pour 2015 et 2016. Voici – toujours dans les grandes lignes – les principaux problèmes rapportés :

- « *l'accès aux soins de première ligne est un souci majeur* ». Par exemple, la durée d'une consultation auprès d'un médecin généraliste est parfois de quatre, voire deux minutes par patient. Ou encore, les infirmiers sont parfois absents en dehors des heures de bureau et la nuit pour les soins urgents.

- « *les équipes soignantes sont incomplètes, tant en diversité qu'en nombre* ». Au regard des besoins de prise en charge en santé mentale (or « *les problèmes psychiques sont un souci majeur* » souligne à mainte reprise le rapport), on constate que peu de psychothérapeutes font partie de l'équipe, un intervenant dans la salle évoquait même une liste d'attente de près d'un an pour obtenir un rendez-vous chez le psy! Les assistants sociaux ne sont pas non plus nécessairement intégrés dans ces équipes de première ligne.

- Des problèmes multiples dans la continuité des soins, l'accès à la médecine de seconde ligne et en ce qui concerne les traitements sont rapportés. Nous pouvons lire notamment le refus de donner des soins en raison d'une libération prochaine, des refus d'opérer ou un changement de médication.

Et on en passe...

**« Les prisons en Belgique, c'est l'antithèse des environnements promoteurs de santé »
(un intervenant dans la salle)**

Cette situation prend en otage le personnel psycho-médico-social, qui en est réduit à faire du micromanagement, c'est-à-dire à répondre aux crises aiguës, à faire du cas par cas, dans des conditions d'exercice difficiles... mais surtout, ceux qui en font le plus les frais : les patients détenus.

Pourtant, selon l'article 88 de la Loi de principes « concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus » (2005), « Le détenu a droit à des soins de santé *qui* sont équivalents aux soins dispensés dans la société libre et qui sont adaptés à ses besoins spécifiques »... Mais à ce jour, cette loi n'a

¹ Médecin-chef du service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires dans les Hôpitaux Universitaires de Genève, également membre du CPT (Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants).

été que partiellement traduite en Arrêtés royaux d'Application.

La nécessaire indépendance des soins en prison

Depuis plusieurs années déjà, les associations actives dans le milieu carcéral réclament le transfert des compétences « santé » du SPF Justice vers le SPF Santé publique. Elles s'appuient notamment sur les recommandations formulées par l'OMS² et le Conseil de l'Europe³. Les « Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners »⁴ des Nations Unies (appelées « Mandela Rules », 2015) mettent en exergue trois principes fondamentaux : la continuité des soins, leur équivalence par rapport à ceux donnés dans la société et l'indépendance des prestataires. Cette question fut l'objet de la présentation du Pr Hans Wolff (dont Vinciane Saliez fut la porte-parole) lors de la journée d'étude.

En effet, quand les missions sécuritaires et sanitaires sont ainsi mêlées, cela pose toute une série de questions éthiques. Prenons l'exemple du conflit de loyauté envers l'employeur (la Justice) et les difficultés pour un médecin à se positionner quand sa hiérarchie formule des injonctions qui ne sont pas dans l'intérêt du patient. Parfois, le médecin traitant est aussi directement impliqué dans les procédures disciplinaires quand il lui est demandé de remettre un avis pour qu'un détenu soit mis à l'isolement. De plus, on peut se poser la question de la perception du personnel soignant de la part des patients eux-mêmes. Comme le soulignait Vinciane Saliez, « l'indépendance des soignants favorise la confiance et libère la parole des patients détenus ».

Une approche essentiellement curative

Au fil des discussions de cette journée d'étude, nous voyons resurgir un vieux démon : les soins de santé en prison sont abordés sous un angle presque exclusivement biomédical, peu de place est laissée à une approche psycho-médico-sociale

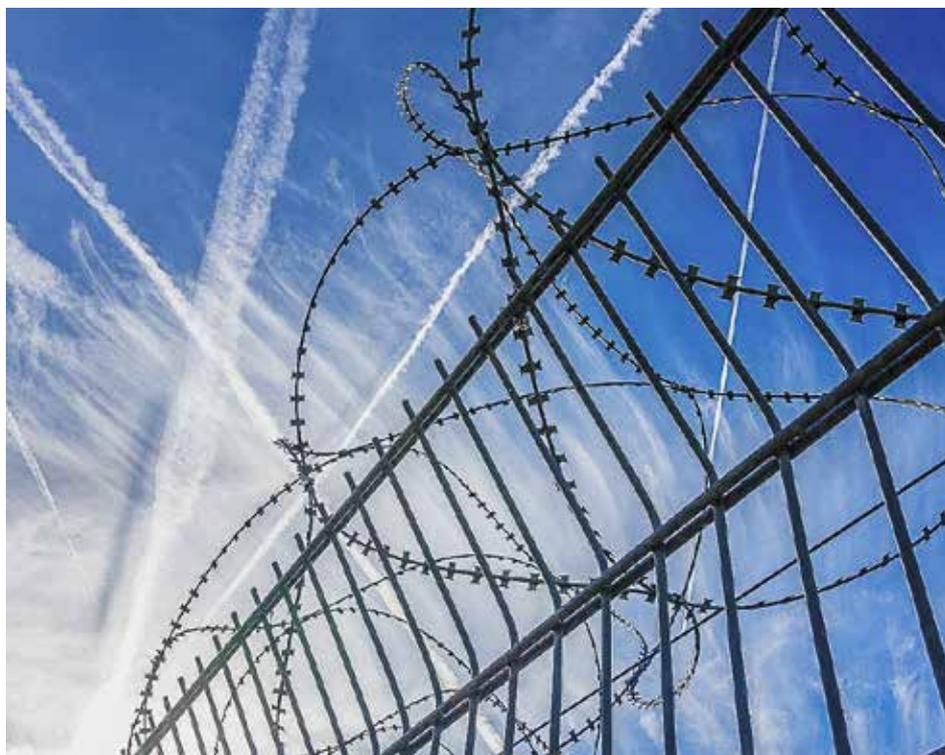


Photo © Fotolia

de la santé. Comme le fait remarquer un médecin pénitentiaire présent dans la salle, cela se traduit aussi par une très grande consommation de médicaments, outre les pathologies lourdes qui le nécessitent parfois.

À ce jour, le curatif en prison relève de la compétence du SPF Justice tandis que la prévention et la promotion de la santé

ont été transférées aux régions, à la suite de la 6^e réforme de l'État. Les régions financent quant à elles une myriade d'acteurs externes à la prison pour prendre en charge ces aspects de prévention et de promotion de la santé. Cela amène à considérer les soins curatifs et la « santé » de manière plus globale comme des compétences distinctes.

Paroles d'un détenu

« Quand tu rentres, soit tu sais comment ça marche et t'arrives à t'en tirer un peu, soit t'es largué. Dans tous les cas tu subis le système, les chefs... et tu attends, seul, toujours seul parfois en duo et là ça peut être pire. T'es non-stop en cellule, c'est pour devenir dingue, et le préau c'est pas toujours facile.

Si tu veux quelque chose, t'écris un billet de rapport et à un moment on t'appelle et tu vois le médecin, vite fait alors que ça fait parfois des jours que tu attends et au mieux tu ressorts avec des médocs.

Ces médocs m'aident à tenir, à m'évader, à acheter aussi des trucs au préau.

Avant de rentrer, mon traitement me permettait de tenir en rue, mais en prison il a changé, je ne sais pas toujours ce qu'on me donne et c'est pas facile. Les agents font des remarques parce que j'ai de la méthadone.

Je suis maqué et les journées ne passent pas. J'ai pas de visite et le temps est long ».

(Luis)

² Voir à ce sujet le rapport « Prisons and Health » (2005) : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1 (en anglais).

³ Voir à ce sujet : <https://www.coe.int/fr/web/cpt/about-the-cpt>

⁴ https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf

Ce morcellement de l'approche « santé » des détenus impacte directement les acteurs de terrain. Comme le souligne le rapport du KCE, il y a un besoin criant d'établir une stratégie globale et une coordination entre les acteurs internes (prestataires de soins, personnel pénitentiaire, assistants sociaux, etc.) et les acteurs externes tels que les associations actives en promotion de la santé. Au sein d'une même structure pénitentiaire, ils ne se connaissent pas toujours entre eux, ne sont pas toujours au courant du travail des uns et des autres... et cela renvoie notamment au problème de la continuité des soins évoqué de nombreuses fois au cours de la journée, avec toutes les conséquences dramatiques que cela peut amener pour le patient.

De manière générale, il y a un manque d'offre en promotion de la santé dans le milieu carcéral.

Le porte-parole de M^{me} Jodogne a toutefois expliqué dans son allocution que l'importance de la promotion de la santé a été soulignée lors de la conférence interministérielle intrafrancophone. Dans le Plan de Promotion de la Santé Bruxellois

(2018-2022), le milieu carcéral est indiqué comme un des milieux prioritaires dans les milieux de vie spécifiques.

Des scénarios pour une réforme à venir

« *La prison doit devenir un milieu favorable à la santé*⁵ ». C'est par ces mots que commence la présentation de Marie Davrin, chercheuse au KCE, pour présenter un modèle qui, dit-elle, « *essaye de tendre vers cet idéal* ».

À la faveur d'un transfert des compétences vers le SPF santé publique, le KCE a été mandaté pour formuler toute une série de recommandations et des scénarios pour une réforme des soins de santé en prison. Ce rapport est sorti à la fin de l'année 2017 et pose les balises pour les différents domaines : les soins de première et de seconde ligne, les soins dentaires et pour la santé mentale. L'interdisciplinarité, indispensable, serait coordonnée par un « coordinateur de soins » dans chaque prison par exemple. Les besoins humains et financiers ont été réévalués et devraient être définis en fonction des besoins des patients détenus. Une autre piste serait l'élaboration d'un plan de soins individuel

réalisé à l'arrivée de chaque personne, ou encore le maintien de la couverture par la mutuelle durant tout le séjour en prison.

Toutefois, une question à l'attention du ministre de la Justice, Koen Geens, posée par un membre de l'assemblée mérite d'être partagée : « *les conditions de détention étant un déterminant majeur de la santé en prison, le SPF Justice est-il prêt à aborder cette question ? Car le transfert des compétences 'santé' n'enlève pas l'environnement néfaste de la prison* ». Rappelons qu'en septembre 2016, la Belgique a été condamnée par la Cour Européenne des Droits de l'Homme pour l'état lamentable de ses conditions d'enfermement.

Affaire à suivre...

Quelques liens utiles :

- Lien vers I.Care : www.i-careasbl.be
- Lien vers l'étude du KCE : <https://kce.fgov.be/fr/soins-de-sant%C3%A9-dans-les-prisons-belges>
- Pour avoir une idée de l'état de santé en prison, voici le lien vers les rapports annuels des Commissions de surveillance pénitentiaire : www.ccsp-ctrj.be/fr/commissions

⁵ La « création d'environnements favorables » est l'une des grandes actions pour promouvoir la santé mises en avant par la Charte d'Ottawa.

LOCALE BRUXELLES

Care.Connexion, un projet de promotion de la santé en prison

Rencontre avec **Vinciane Saliez**, directrice d'I.Care

ES : Comment est né le projet Care.Connexion ?

V.S : L'idée est née en même temps que l'asbl I.Care en 2015 et part des constats de terrain de ses trois fondateurs¹. Nous avons tous les trois l'expérience du travail en prison et nous voulions entre autres mettre en place des projets de promotion

de la santé de longue haleine. C'est dans le cadre d'une conférence interministérielle « prison » que la ministre Madame Jodogne, en charge de la santé à la Cocof, a pris la décision de donner une première subvention à l'asbl.

Peu de projets de promotion de la santé en prison existent, et sont sous-financés.

C'était toujours une articulation difficile avec des financements compliqués. Avant la 6^e réforme de l'État, il y avait un jeu de ping-pong entre les communautés et le SPF Justice, chacun se renvoyant la balle. Désormais, les Régions ont la compétence de la promotion à la santé. Cela dit, nous sommes toujours face à un sous-financement puisqu'on ne peut pas dire que

¹ Vinciane Saliez (infirmière licenciée en travail social, chargée de missions et de projets en santé / précarité. Directrice de I.Care), Gaetan de Dorlodot (médecin-chef du Centre Médico Chirurgical de la prison de Saint-Gilles), Kris Meurant (coordinateur social et responsable du volet prison à l'asbl Transit. Président de I.Care)

l'ensemble des établissements bénéficiaient de projets de promotion de la santé à Bruxelles et en Wallonie.

Ensuite, la plupart des projets existants sont des projets « courts termes ». Il s'agit par exemple de travailler une thématique pendant six semaines avec les détenus. Ces projets sont très pertinents mais nous voulions travailler sur le long terme.

Pour notre asbl, il est essentiel pour nous de **travailler la promotion de la santé à trois niveaux**, allant de questions environnementales aux questions individuelles.

- **Le plaidoyer du côté des pouvoirs publics** parce qu'il faut d'abord que l'environnement et le système changent si on veut avoir une amélioration des conditions de santé des détenus. Ce public est touché de plein fouet par les inégalités sociales en santé.

- **Le renforcement des connaissances et des compétences des professionnels de la santé.** On constate que les prisons sont des environnements très isolés par rapport à l'extérieur et qu'il est nécessaire de transmettre l'information au-delà des murs des prisons. On édite à ce propos la revue « MursMurs », destinée aux professionnels de la santé et du social en contact avec des détenus et ex-détenus.

- Et enfin, **le projet Care.Connexion avec les détenus.** Pour l'instant, il est développé depuis 18 mois auprès des femmes à la prison de Berkendael.

ES : Qu'est-ce que « faire de la promotion de la santé » en prison auprès des détenus ?

V.S : Agir pour la santé, c'est renforcer les compétences psychosociales du public concerné. Cela commence par une écoute, en mettant la personne au centre de ses préoccupations en lui offrant autant que possible des espaces dans lesquels elle peut agir, être actrice des choses. Cela se prolonge par la mise à disposition d'information et de la réorientation vers les acteurs compétents. Mais cela peut également toucher ce qui peut paraître des petits détails... nous travaillons en effet tout ce qui fait violence.

J'ai en tête l'exemple d'une dame qui était dans une cellule sans rideau. Au départ pour de bonnes raisons car c'était une cellule de surveillance importante dans les cas où il y a un risque de suicide. Mais la détenue allait mieux et était toujours dans cette cellule plusieurs semaines plus tard. Or cette personne avait toujours vécu recluse chez elle, dans la pénombre. Toute cette lumière en plein été était vécue par elle comme une violence extrême. Nous sommes allés demander à la direction s'il était encore nécessaire que cette dame soit placée dans cette cellule... et elle a été installée ailleurs dans les 48 heures. Une autre fois, il s'agira de faire placer un rideau près du lavabo dans une cellule de six détenues. On pourrait se dire que ce n'est pas notre rôle, et pourtant, on estime que l'intimité a un impact sur le bien-être et la santé au quotidien. De plus, étant donné les défaillances de soins entre l'intérieur et l'extérieur des prisons, nous devons régulièrement nous assurer que certaines détenues aient bien accès aux soins dont elles ont besoin. Cela reste très compliqué à l'heure actuelle, d'où l'indispensable transfert de compétences.

Nous, on va chercher parfois le détail... et agir sur ce qui semble être anecdotique peut faire toute la différence pour une personne. On s'intéresse au quotidien dans la prison, et on joue un rôle qui n'était joué par personne.

On essaye au maximum de ne pas « faire à la place de » mais d'expliquer à la détenue à qui elle doit adresser la demande et on va la soutenir dans sa démarche. C'est primordial dans une perspective de promotion de la santé d'aider la personne à trouver sa place dans la prison, dans ce temps d'incarcération et l'aider à trouver des moyens pour obtenir des réponses à ses questions. Ce n'est pas toujours possible car on est dans un milieu fermé au

sein duquel la personne n'a qu'une très petite marge de manœuvre. Donc dans certains cas, c'est plus efficace si nous allons nous-mêmes formuler la demande.

Le temps est aussi un enjeu pour nous. Dans le cadre de notre approche, nous faisons le choix de prendre le temps d'accompagner ces personnes. Le service médical, quant à lui, est obligé de voir tout le monde et est débordé face aux urgences. Nous sommes dans ce contraste où nous allons arriver chez eux avec une demande qui peut leur sembler être un détail, mais que nous estimons être fondamentale pour la personne.

ES : Care.Connexion, c'est donc faire des connexions entre les demandes, les besoins, les acteurs... ?

V.S : Nous ne sommes pas là pour faire ce que d'autres font, pour se substituer à leur travail. Nous avons un rôle de « facilitateur » pour permettre par exemple à une personne détenue et une association de se rencontrer. Au sein de la prison elle-même, certains acteurs qui font du travail psychosocial ne voient pas les détenus jusque dans leur cellule, soit ils n'ont pas l'occasion d'y aller, soit le détenu n'est pas informé de leur travail, soit il n'y a pas de demande consciente ou formulée, etc.

On va chercher les compétences ailleurs et essayer d'amener ces acteurs en prison ; ou inversement, faire lien vers l'extérieur pour une personne qui a des demandes ou des besoins au moment de sa sortie.

La prison est un milieu très souvent oublié en promotion de la santé... et les freins pour y entrer sont multiples. De manière générale, les professionnels de santé et autres acteurs de la promotion de la santé sont très peu informés des actions de promotion de la santé en prisons. De plus, tout prend énormément de temps pour obtenir les autorisations, etc. Nous pouvons aider, faciliter et accompagner le travail, grâce à notre bonne collaboration avec la direction, très soutenante étant donné sa préoccupation pour ces femmes incarcérées.

Cela passe par des réformes comme celle en cours sur les soins de santé en prison, mais aussi par le fait d'inclure les prisons quand on travaille l'état de santé d'un territoire, de la population en général... et de ne pas en faire « un monde à part ».

ES : Comment abordez-vous les détenues ?

Avec nos « semeuses de promotion de la santé », nous avons mis en place le premier volet du projet qui s'appelle **Cellul'Air**. Il s'agit d'une approche individuelle qu'on pourrait comparer aux soins à domicile, en quelque sorte.

Quand l'agent ouvre la porte d'une cellule, nous demandons à la détenue : « *peut-on entrer ?* » On n'entrera jamais sans autorisation. Entrer dans une cellule, c'est entrer dans le « chez elle » de la personne, on se met dans la position d'une personne invitée. Si elles en ont, les personnes nous offrent une chaise pour nous asseoir nous proposent un café ou un biscuit... qu'il est du reste très difficile de refuser car, pour une fois, la personne peut offrir. Il faut savoir que les détenues ne sont pas autorisées à offrir des choses aux autres détenues. Leur donner la possibilité de nous accueillir dans la cellule, c'est fondamental pour nous.

Une fois avec la personne, on écoute ce qu'elle a à nous dire, quels sont ses besoins et ses demandes. Il y a beaucoup de besoins, mais ceux-ci ne s'accompagnent pas forcément d'une demande. Parfois, nous essayons d'aller vers les personnes avant même que la demande soit formulée. Certaines refusent notre visite en cellule et on les approche tout doucement. Ça commence par un « bonjour » quand on les croise.

Il arrive aussi que ce soient d'autres personnes, comme la bibliothécaire ou des agents pénitentiaires qui nous suggèrent d'aller rencontrer une détenue. Avec le temps, on arrive aussi à détecter quand une personne ne va pas bien juste en la croisant dans le couloir. Alors on va les voir spontanément et ça, ça les touche beaucoup. Dans un environnement comme

la prison, cette attention à la personne a toute son importance.

ES : Est-ce que vous travaillez d'emblée des thématiques particulières ?

On ne travaille pas sur des thématiques en particulier, mais sur celles qui émergent du terrain. Cela peut prendre du temps avant d'arriver à aborder des sujets qui nous paraissent prioritaires et relever du champ de la santé.

Il y a d'abord des besoins plus urgents qui émergent. En effet, quand on rencontre une personne qui est dans une prison depuis 24 heures, qui n'a jamais été incarcérée auparavant et qui vit le choc de l'incarcération, la première préoccupation va parfois être de contacter sa famille, de trouver quelqu'un pour aller s'occuper du chien qui est resté seul, etc. Parfois, notre rôle est de vérifier que ces demandes ou besoins urgents ont été pris en compte.

ES : C'est paradoxal de faire de la promotion de la santé dans un environnement qui y est peu

favorable. Plus qu'en dehors de la prison, la marge de manœuvre sur certains déterminants de la santé est quasi nulle. Je pense aux questions d'alimentation par exemple.

Pour nous, ce n'est pas prioritaire de toucher aux problématiques de l'alimentation et du tabac. On considère que l'environnement est tel et que les personnes n'ont presque pas de prise. Si on prend l'exemple de l'alimentation, le budget par personne est très limité, l'équilibre alimentaire est plutôt défaillant. Pour le tabac, il y a un travail énorme à faire en termes de prévention, mais en même temps, il faut tenir le coup en prison. C'est un choix de notre asbl. On ne nie pas l'importance de traiter des sujets tels que l'alimentation et le tabac mais on ne peut pas exiger un effort individuel là où le système et l'institutionnel ont cette forme de violence. On ne va pas dire « en prison, mangeons bio et faisons du vélo » ! On ne définit pas les thèmes d'actions au préalable mais s'il y a une demande, on ne va pas refuser de travailler la question avec la personne. En revanche, la question de la transmission de maladies virales dont la prévalence est

Avis à tous nos lecteurs !

V.S : Avec I.Care, on cherche à travailler dans une logique d'équivalence de soins. Dès lors, nous souhaitons vraiment travailler en collaboration et en partenariat avec des acteurs et des services qui travaillent avec la société libre en matière de promotion de la santé et de santé en général.

Faire de la prison un milieu de vie à prendre en compte, au même titre que les autres, est primordial pour nous, chaque fois qu'un nouvel outil ou de nouvelles pratiques sont pensés. Le public des détenus est presque systématiquement oublié par les acteurs externes. Les acteurs « en prison » se retrouvent entre eux, on fait des colloques spécifiques « prisons » alors que beaucoup

de sujets autour de l'amélioration des soins, des TRODs, etc. concernent également le public des détenus, au même titre que d'autres publics prioritaires. Dès lors, nous sommes très attentifs à travailler en réseau.

Tant que la prison reste un univers « à part », on n'arrivera pas à l'équivalence des soins.

La logique qui est au départ de la création d'I.Care, c'est de « diminuer la hauteur des murs » en quelque sorte.

importante en prison ou encore de l'usage de drogues fait partie de notre quotidien.

On est face à une population qui cumule des facteurs de vulnérabilité, que ce soit par son origine sociale, son parcours scolaire, son état de santé, son recours à l'aide psychosociale en général... et qui se retrouve dans un milieu qu'on peut qualifier d'« hostile à la santé ». C'est très particulier de faire de la promotion de la santé dans un milieu hostile à la santé et au bien-être en général, on doit agir à l'encontre de tout cela, en quelque sorte. Des actions en promotion de la santé sont des gouttes d'eau au milieu d'un océan...

ES : Quels sont les autres volets de Care.Connexion ? Quels sont vos projets pour l'avenir ?

Au-delà de l'approche individuelle par le projet Cellul'Air, qu'on pourrait comparer à une approche « soins à domicile », on aimerait développer aussi des approches communautaires et collectives.

Un projet communautaire où on travaille des questions avec un groupe de détenues afin de voir comment on peut faire changer les choses ou comment elles peuvent s'appuyer les unes sur les autres. C'est fondamental de leur donner l'occasion de se rencontrer pour aborder des problèmes pratiques ou des questions de ressenti et faire émerger ensemble des solutions. C'est leur permettre de devenir actrices de leur santé. Ce projet n'a pas encore de nom du reste car ce sont les détenues elles-mêmes qui décideront de l'appellation.

Un espace Pow-Wow sous le préau, au moment où les détenues peuvent sortir prendre l'air. Cette approche serait plus comparable à un travail de rue. Lors de ces moments, on peut avoir des discussions informelles individuelles ou en petits groupes. On peut marcher, circuler... ça facilite certaines discussions sur des sujets plus délicats car on ne se retrouve pas en face à face. Ce travail demande beaucoup de délicatesse et de ne pas s'y rendre tous les jours car c'est le seul endroit où les détenues sont juste entre elles.



Les trois volets (Cellul'Air, Projet communautaire et le Pow-Wow) nous semblent complémentaires. En effet, il y aura toujours des femmes qui ne viendront pas autour de la table dans le projet communautaire car elles n'ont pas l'habitude de ça, elles ont des freins ou des inquiétudes, etc. Et d'autres qu'on ne rencontrera jamais au préau car elles ne sortent pas. D'autres encore qui ne veulent pas nous voir en cellule car la démarche paraît plus intime. Nous sommes actuellement en réflexion et en négociation pour que les trois projets puissent être développés ensemble.

En prison, on est face à des personnes qui sont niées dans leur singularité, et ce dès l'entrée en prison où beaucoup d'effets personnels ne peuvent entrer dans la cellule. Toute demande, quelle qu'elle soit, doit être formulée via un billet de rapport, tout se fait sous demande d'autorisation.

Enfin, notre projet compte aussi un quatrième volet qui va se développer prochainement : **BiblioTakeCare**. On s'est rendu compte, par hasard, que les informations

en santé qu'on trouve dans les bibliothèques en prison sont parfois très périmées. Une détenue nous avait fait une demande sur un sujet en particulier et on lui avait suggéré d'aller voir s'il y avait un ouvrage à ce propos à la bibliothèque. Elle est revenue avec un livre dont l'édition datait de 1972 ! Autant dire que les informations santé n'y étaient plus du tout au goût du jour. Par exemple, pour le SIDA, les bouquins datent encore des années '80. Avec BiblioTakeCare, notre idée est de revoir le contenu « santé » des bibliothèques, en participation avec les détenues afin de déterminer leurs besoins tant dans le domaine des contenus que dans celui des langues.

À l'avenir, on aimerait dupliquer le projet Care.Connexion au sein d'autres établissements pénitentiaires pour alimenter et renforcer notre plaidoyer. Cela demande à chaque fois d'adapter le projet car les réalités peuvent être très différentes d'un établissement à un autre. Si on travaille au sein de plusieurs prisons, on peut développer des constats de terrain plus élaborés et faire remonter des revendications tant au niveau local qu'au niveau des politiques. À ce jour, I.Care va démarrer un nouveau projet à la prison de Saint-Gilles.

Le 19 janvier dernier, la Société française de Santé publique (SFSP) organisait à Paris son second séminaire intitulé « Accompagnement de la parentalité et inégalités sociales de santé ». Une journée riche en rencontres, débats et réflexions qui rassemblait dans le public des professionnels de tous horizons. Ce séminaire fait partie du projet de la SFSP visant à valoriser, construire et diffuser l'expérience et la connaissance pour développer des actions d'accompagnement à la parentalité ayant un impact sur les inégalités sociales de santé. Pour nous parler de parentalité et d'inégalités sociales de santé plusieurs intervenants : le milieu universitaire français et québécois, la caisse nationale des allocations familiales (CNAF), des professionnels de terrain... Éducation Santé y a assisté et partage avec vous quelques éléments de réflexion.

Médecins, chercheurs, éducateurs, parents... au cours de l'histoire, l'enfant est petit à petit devenu l'objet de beaucoup d'attentions de la part de la société civile et scientifique. L'enfance est en effet une période de construction intense sur le plan physique, évidemment, mais aussi pour le développement de la citoyenneté et de la santé ! C'est aussi, et surtout, une période très propice à la création des inégalités sociales de santé (ISS) ! En France, on estime aujourd'hui qu'un cinquième des enfants vit sous le seuil de pauvreté.

Parfois dans le marasme d'informations, les inégalités sociales de santé prennent bien des définitions. Alors pour petit rappel, les ISS ce n'est pas : la précarité, la pauvreté, l'exclusion sociale, les inégalités de santé (au sens génétique, de genre ou encore d'âge) **ce sont des écarts injustes et importants que l'on enregistre entre groupes sociaux ou territoires**. Ces inégalités se construisent très tôt dans la vie, dès la conception d'un enfant. C'est donc à ce moment qu'il faut agir !

Inégalités et enfance : quelques repères

Forte de ses nombreuses années d'expérience en médecine préventive, le docteur Christine Colin, professeur titulaire de santé publique à l'Université de Montréal, nous a présenté quelques points de repère pour agir sur les ISS.

La petite enfance est une période cruciale où l'ensemble des parents ont une série

de besoins et d'inquiétudes semblables. On observe l'influence du gradient social très tôt, dès la conception. Si, comme il nous l'a été rappelé, les ISS ne sont pas la pauvreté, on sait que pour les populations les plus pauvres un certain « fossé » coexiste avec le gradient social. C'est-à-dire qu'il existe une différence significative entre le groupe de population très défavorisé et le groupe juste supérieur. Aujourd'hui, la pauvreté est encore une réalité persistante qui tend à s'aggraver.

L'indigence, en plus des conséquences directes sur la santé périnatale (malformations congénitales, prématurité, petit poids de naissance...) et la santé des enfants (obésité, asthme, anémie...), se répercute sur la parentalité ! L'enfant est souvent synonyme de projet et porteur d'espoir. Pourtant il y a un stress élevé et omniprésent lié à l'état de précarité : payer les factures, acheter à manger, les frais médicaux... Apparaissent un sentiment de honte et une estime de soi compromise ! Des parents qui bien que dotés de compétences parentales et d'amour pour leur(s) enfant(s) se voient souvent jugés incapables de s'occuper de ceux-ci. Simplement, et malheureusement, parce que les compétences parentales sont cachées derrière des difficultés du quotidien sans pour autant être caractérisées par une absence de sécurité matérielle. Ceci entraîne de la part des parents une méfiance à l'égard des services de soins et des services sociaux et nuit à l'établissement d'une relation de confiance entre professionnel et parents.

La pauvreté influence aussi l'environnement dans lequel l'enfant grandit et évolue. Il s'agit souvent d'un environnement moins stimulant, lié entre autres, à de faibles interactions sociales et verbales, à la dureté de l'éducation ou encore la qualité des institutions telles que l'école ou des programmes éducatifs. Le regard que la société pose sur la pauvreté marginalise ces populations en inspirant méfiance, préjugés, jugements... qui eux-mêmes influencent les sentiments de honte, de stress, etc. chez les populations pauvres. Même si cette sorte de spirale auto alimentée est inquiétante, il faut garder à l'esprit qu'il n'y a pas de déterminisme à la pauvreté. Il est évident qu'il y a une majoration des divers risques liée à la précarité mais cela ne s'applique pas à la totalité des enfants. La résilience est toujours possible ; **les interventions de promotion de la santé trouvent leur place dans ces contextes précaires et peuvent être efficaces !**

Agir pour les enfants d'aujourd'hui, c'est agir pour les adultes de demain. Pourquoi ? Parce que les enfants nés dans la précarité peuvent voir leur statut socio-économique amélioré à l'âge adulte. Néanmoins, les effets d'un faible niveau socio-économique pendant l'enfance ne se voient pas totalement effacés ! On observe en effet une répercussion sur la santé des adultes avec une augmentation de la fréquence de l'obésité, la toxicomanie, maladies cardiovasculaires... L'influence de ce statut est même supérieure à l'addition des différents facteurs de risques qui coexistent.

Les préjudices survenus durant le développement de l'enfant sont non seulement irréversibles mais aussi liés à l'effet cumulatif des facteurs de stress et des menaces.

Que dit le monde scientifique ?

Pour répondre à cette question, Annabelle Pierron, sage-femme et doctorante en santé publique a présenté sa méta-analyse des revues scientifiques en lien avec le sujet. Elle a analysé la littérature publiée sur base de données médicales depuis 2009, année de la parution du rapport de l'OMS sur les déterminants de santé¹. Ceci dans le but de mettre en évidence trois questions :

- Quelles sont les interventions les plus efficaces identifiées en matière de promotion de la santé pour les mères et les nouveau-nés ?
- Est-ce que les auteurs prennent en considération les inégalités sociales de santé ?
- Quelles sont les pistes d'amélioration proposées par les auteurs ?

Lors de cette méta-analyse, elle a pu mettre en évidence les caractéristiques des interventions les plus efficaces. Notamment l'accompagnement comportemental, cognitif et psychologique qui peut se faire en groupes de parole ou via un soutien téléphonique. Celui-ci améliore l'adaptation des couples à la parentalité ainsi qu'une amélioration de la sensibilité et de la réceptivité du nouveau-né. Il existe deux éléments clés qui rendent ces interventions encore plus efficaces : quand elles sont commencées avant la naissance et lorsque les parents y participent activement. On observe alors de vrais bénéfices pour les mères et les bébés, et ce pour un coût faible!

Au cours de ses recherches, la doctorante a également pu mettre en évidence que la littérature avait une vision parcellaire des inégalités sociales de santé. Après avoir trié les différents articles avec des critères d'exclusions tels que : les enfants de moins de 3 ans, la prématurité et la présence de pathologies maternelles, elle a retenu 21 articles. Sur cette sélection, 10 d'entre eux abordaient les ISS et seulement 4 les intégraient réellement à l'analyse! La



Photo © Fotolia

littérature s'intéresse peu à la période périnatale et aux services universels, c'est-à-dire qu'elle se centre surtout sur des populations dites à risque. Par ailleurs, elle n'étudie ni la qualité de logement, les services de garde des enfants ni le versant relationnel et du lien social. Autre élément important, souvent le parent est associé à la maman! Le couple envisagé comme une entité parentale est peu étudié, peut-être par difficulté méthodologique. Finalement, comment définir le mot « parent » sachant que la parentalité est une expérience unique et singulière pour chacun, qu'elle ne dépend pas uniquement du/des parent(s) mais aussi des modes de vie ?

Malgré ces difficultés, les auteurs proposent une série de stratégies pour faire face aux ISS :

- Prendre en considération les attentes culturelles, sociétales et les modes de vie
- Explorer les mécanismes des interventions
- Diversifier les interventions en fonction de l'organisation des quartiers
- Entamer les programmes éducatifs dès le début de la grossesse, tout en incluant des visites à domicile par du personnel spécialisé

Ainsi que deux pistes d'amélioration des programmes d'accompagnement à la parentalité :

- Renforcer la qualité des interventions en explorant l'intégration des pères, cesser de présupposer un manque de compétences parentales et l'influence des pairs...
- Développer des recherches complémentaires avec des études longitudinales (de la grossesse aux premiers mois de vie), étudier le rôle de la publicité et des réseaux d'information, s'interroger sur l'aspect relationnel...

Quelles opportunités pour prévenir les ISS ?

Pauline Domingo, sous directrice – responsable du département enfance, jeunesse et parentalité à la direction des politiques familiales et sociales – CNAF², nous a présenté des pistes de réflexion quant à la prévention des ISS.

Il est tout d'abord important de souligner qu'en France, deux parents sur 5 jugent difficile leur rôle de parent (50 % d'entre eux ont des enfants de plus de 11 ans). Ces parents sont préoccupés par les mêmes choses : la scolarité, la santé des enfants, l'usage des nouvelles technologies et les relations avec leurs enfants. Nous sommes donc dans un contexte où il est nécessaire de développer une politique de prévention précoce, généraliste et universelle contre les risques pouvant toucher les familles. Cela repose entre autres sur le postulat

¹ Pour consulter le rapport : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/

² Caisse Nationale des Allocations familiales.

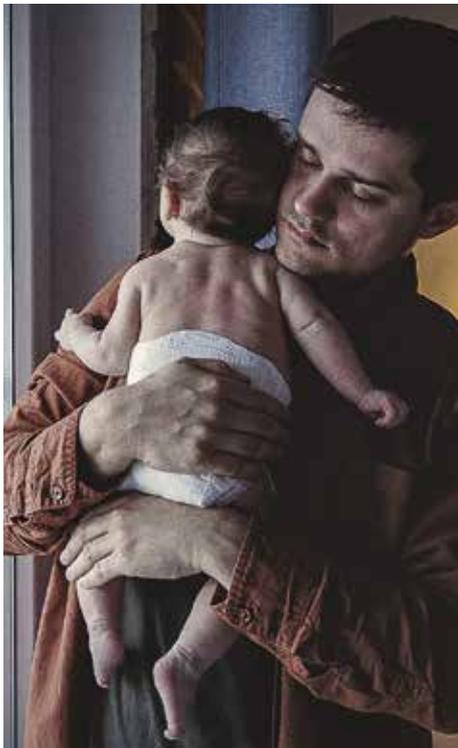


Photo © Fotolia

que les parents sont les premiers éducateurs et donc un des premiers acteurs de promotion de la santé! Ceci s'accompagne de la certitude que la qualité des interactions entre les parents et leur(s) enfant(s) influence leur développement émotionnel et cognitif.

Les politiques peuvent donc agir positivement sur la santé en soutenant la parentalité à différents niveaux, en agissant par exemple :

- sur le développement de réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents. Qu'ils soient individuels, collectifs ou sous forme de débats.
- sur l'accompagnement à domicile pour répondre aux besoins lors de difficultés ponctuelles liées à une naissance, une maladie, une rupture...
- sur le soutien à la scolarité avec, pour les petits élèves, des aides au travail scolaire, un soutien méthodologique pour enfants, mais aussi des activités culturelles empreintes de pédagogie. Tout en n'oubliant pas le versant parental en favorisant des relations d'échange entre parents et enseignants.
- sur le développement de lieux d'accueil pour les enfants-parents qui, à l'instar des crèches, développent la socialisation des enfants mais permettent aussi de favoriser les échanges entre adultes. Tout comme il est également bénéfique de favoriser la possibilité de partir en vacances en famille car il s'agit d'un moment clé qui contribue à développer ou reconstruire une solidarité familiale.

Agir pour demain, modeste bilan de ce séminaire

Il serait évidemment présomptueux de prétendre rapporter la totalité des échanges et des idées développées, ou parfois simplement évoquées, lors de journées comme

celle-ci. C'est justement par la mise en valeur de cette richesse dans les échanges que Christine Colin a entamé la conclusion de ce séminaire. Une richesse encourageante car il reste beaucoup de travail à faire! Les différentes politiques, stratégies et projets déjà mis en place ou en construction montrent le réel désir de soutenir les parents et de réduire les inégalités sociales de santé.

On notera également le besoin de former les professionnels à différents niveaux, de mettre fin au travail en silo pour plus de transversalité dans les actions, de la nécessité de se déplacer pour comprendre les réalités des familles et leurs besoins à leur égard. Un consensus identifie la nécessité de développer des actions précoces et des visites à domicile. Par ailleurs, qu'en est-il de l'évaluation? Il est nécessaire de créer des indicateurs qui nous permettent de savoir si les objectifs sont atteints.

À l'issue de cette journée, il est évident que la volonté de réduire les inégalités sociales est présente. Il est aussi primordial de commencer par ne pas les accroître pour rejoindre les familles les plus pauvres sans stigmatisation.

Illettrisme et santé, brisons le tabou

Juliette Vanderveken

« Au moins un patient sur dix est en difficulté avec l'écrit et peut être en danger si on n'en tient pas compte! ». Éducation Santé a participé à une matinée de sensibilisation à la problématique de l'illettrisme, organisée par l'asbl Lire & Écrire à destination des professionnels de la santé.

Au programme de cette matinée, nous avons tout d'abord interrogé nos représentations de l'illettrisme, avant d'en aborder les causes et les conséquences. Ensuite, nous avons échangé sur le lien entre l'illettrisme et la santé, les « trucs et astuces »

pour le reconnaître auprès des patients et oser l'aborder.

Au moins un patient sur dix

L'illettrisme vous semble être une problématique d'un autre âge? Pourtant, aujourd'hui

on estime qu'il concerne environ 10% de la population en Belgique. Il n'existe pas de données statistiques précises, les estimations sont issues de données croisées entre les résultats des études PISA¹, des recherches, les observations de terrain, etc.

1. "Programme for International Student Assessment", il s'agit d'études menées dans les pays de l'OCDE et en dehors pour comparer et mesurer les performances des systèmes éducatifs.

Les causes sont multiples et variées. Souvent, on retrouvera un contexte de précarité financière mais pas dans tous les cas. Sont cités aussi : la précarité sociale, des troubles de l'apprentissage non pris en compte, un entourage non stimulant... Les causes ne sont pas uniques et se retrouvent pour chacun dans une combinaison de facteurs.

Bien que l'école primaire soit obligatoire en Belgique, « si on 'rate le coche' à l'école vers ses 7 ans, passé la première ou deuxième primaire, c'est trop tard dans notre système éducatif », souligne une animatrice. Et le moyen de remédiation massivement appliqué chez nous est le redoublement des élèves. « Ce système ne fait pas ses preuves, on fait porter la responsabilité à l'enfant, ou ses parents, et on apporte une réponse collective à un problème individuel », ajoute-t-elle.

Des conséquences lourdes pour la santé

La problématique de l'illettrisme nous renvoie au concept de la « **littératie en santé** », ou la capacité d'une personne à obtenir, interpréter et comprendre des informations en lien avec la santé afin de pouvoir faire des choix éclairés pour maintenir ou améliorer sa santé ou celle de son entourage. Or, de très nombreuses situations requièrent l'accès à la lecture et l'écriture pour obtenir et comprendre les informations : de la prise de rendez-vous (trouver le bon interlocuteur, noter les informations de rendez-vous, s'orienter dans un hôpital...) à la médication (lire



Photo © Fotolia

les notices, comprendre les effets indésirables, adapter les posologies...) en passant par les explications et recommandations du médecin, les papiers pour la mutuelle ou autres démarches administratives... Les obstacles sont nombreux et les conséquences peuvent être dramatiques pour la santé.

L'anxiété, l'isolement et l'impact négatif sur l'estime de soi sont trois thèmes qui reviennent tout au long de la matinée de sensibilisation. D'autres conséquences émergent aussi au fil des discussions : la difficulté pour trouver un emploi, la difficulté de sortir des terrains connus (son quartier où l'on a ses habitudes par exemple), la dépendance aux autres, le peu d'autonomie, la contrainte pour la famille (des

enfants qui se trouvent à traiter des problèmes d'adultes pour aider leurs parents, par exemple), etc.

« Une femme de 25 ans disposant d'un diplôme de l'enseignement supérieur peut espérer vivre 18 ans de plus en bonne santé qu'une femme du même âge n'ayant suivi aucun enseignement » (projet TAHIB, ISSP, 2010)

La problématique de l'illettrisme, ses causes et conséquences touchent aux inégalités de santé.

Qu'entend-on par « illettrisme » ?

L'illettrisme ne se limite pas à l'analphabétisme, c'est-à-dire « l'état d'une personne qui n'a jamais appris à lire et écrire ». Il caractérise **les personnes « qui n'arrivent pas à lire et à comprendre un texte simple et court en rapport avec sa vie quotidienne (et dans sa langue maternelle) »**. Il ne concerne donc pas non plus les personnes d'origine étrangère

qui ne maîtrisent pas notre langue. Chez Lire & Écrire, de nombreux apprenants sont des « belgo-belges » francophones qui ne maîtrisent pas la lecture et l'écriture, ou qui l'ont perdue. Parmi ces derniers, les animatrices nous relatent que la grande majorité d'entre eux pensent être les seuls dans ce cas et en éprouvent un sentiment de honte très fort.

Le détecter...

Plusieurs signes peuvent mettre la puce à l'oreille auprès des professionnels de santé. Par exemple, si une personne vient toujours accompagnée en consultation, si elle a systématiquement « oublié ses lunettes pour lire », si les enveloppes ne sont jamais ouvertes dans son sac, le recours systématique aux urgences de l'hôpital pour être sûre de voir un médecin... Chacun dans la salle évoque des moments où il a « eu des soupçons », mais personne n'a osé poser la question.

Et l'aborder

« **Brisez le tabou!** » nous exhortent les animatrices. Elles ont trop souvent entendu les apprenants qui viennent chez Lire & Écrire dire « *j'attendais qu'on me le demande, je n'ai pas osé le dire mais je l'aurais dit si on me l'avait demandé* ».

Gilles Henrard, médecin généraliste, a entamé tout un travail en partenariat avec Lire & Écrire. À la suite de ses rencontres avec des patients illettrés, il propose quelques pistes à ses confrères pour « améliorer sa

communication, particulièrement avec les patients analphabètes »² :

- ralentissez ;
- évitez le jargon médical ;
- montrez des illustrations ou dessinez ;
- limitez le nombre d'informations données à chaque contact et répétez-les ;
- faites répéter ce que vous avez dit, faites faire par le patient les gestes que vous avez décrits pour confirmer sa compréhension ;
- soyez empathique et encouragez le patient à participer à ses soins.

La matinée de sensibilisation organisée par Lire & Écrire a permis de remettre en lumière cette problématique encore trop « taboue » dans nos pratiques de santé et trop souvent oubliée dans les projets, les animations, les campagnes de prévention... Dans une perspective de promotion de la santé, n'oublions désormais pas/plus de prendre en compte ce public concerné par l'illettrisme.

Pour en savoir plus sur l'asbl

« Lire & Écrire » : www.lire-et-ecrire.be

2. Gilles Henrard, « L'analphabétisme en santé », Santé conjugulée, n° 50, 2009

INITIATIVES

Le Plan prévention et promotion de la santé en Wallonie – Proposition pour l'opérationnalisation

Scheen B., Coppieters Y.¹, Université libre de Bruxelles, École de Santé publique

Une proposition d'opérationnalisation du Plan prévention et promotion santé en Wallonie a été remise en janvier 2018 à la ministre wallonne de la Santé, ainsi qu'à l'ensemble des acteurs qui ont contribué à son élaboration. Yves Coppieters et Bénédicte Scheen, de l'École de Santé publique (ESP) de l'ULB présentent dans cet article le processus d'élaboration ainsi que les principaux axes pour l'opérationnalisation et les recommandations formulées. Le secteur wallon est en attente des réactions et des suites données à cette proposition. À suivre...

Le Plan wallon de prévention et de promotion de la santé a pour ambition d'étendre son dispositif jusqu'à l'horizon 2030. Sa finalité est d'améliorer l'état de santé, le bien-être et la qualité de vie de la population wallonne. L'objectif de cet article est de rappeler les différentes étapes qui témoignent de l'avancement et de la mise en œuvre de ce Plan très attendu par les acteurs de terrain en Wallonie.

1^{er} acte : les priorités de santé

En février 2017, le ministre wallon chargé de la santé a présenté au Gouvernement la première partie du Plan Prévention et Promotion de la Santé², à savoir la définition des priorités en santé. Cette première partie, élaborée avec la collaboration de l'AViQ, de l'Observatoire wallon de la santé et des services communautaires de promotion de la santé, a procédé à une analyse des contextes institutionnels

et épidémiologiques, des indicateurs de santé et des principaux déterminants de la santé pour la Région.

En s'appuyant sur cette analyse, le Plan identifie cinq axes thématiques prioritaires en raison de leur importance en matière de santé, de leur gravité et de leurs possibilités d'éviction ou de réduction par le biais de stratégies de prévention et de promotion de la santé.

- 1 La promotion des modes de vie et des milieux favorables à la santé
- 2 La promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être global
- 3 La prévention des maladies chroniques
- 4 La prévention des maladies infectieuses y compris la politique de vaccination
- 5 La prévention des traumatismes non intentionnels et la promotion de la sécurité

Le document définit également 11 objectifs

1. Contact : Route de Lennik 808, B-1070 Bruxelles. Tél. : +32 2 555 40 13. presidence.esp@admin.ulb.ac.be, <http://www.ulb.ac.be/facs/esp/>

2. Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie, Partie 1 : Définition des priorités en santé, Horizon 2030, <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/plan-pr%C3%A9vention-janvier%202017-final-2.pdf>

stratégiques transversaux auxquels devront répondre les actions de la partie II du Plan, consacrée à son opérationnalisation. La prise en compte de ces objectifs est essentielle afin de faire face aux défis actuels en matière de santé en Wallonie et pour produire des actions de prévention et de promotion de la santé efficaces.

Objectifs stratégiques transversaux :

- Promouvoir la santé dans toutes les politiques
- Adapter les stratégies pour faire face aux inégalités sociales de santé
- Favoriser l'accessibilité et veiller à une bonne couverture territoriale en matière de prévention et de promotion de la santé
- Veiller à l'efficacité des actions et instaurer une culture d'évaluation continue
- Intégrer les priorités de santé dans une approche selon le parcours de vie
- Intégrer les priorités de santé dans une approche selon un continuum
- Renforcer l'action communautaire (bottom-up), promouvoir la participation citoyenne et l'empowerment
- Développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel
- Créer des environnements favorables à la santé (milieux de vie)
- Inscrire la promotion de la santé dans une perspective durable
- Promouvoir l'innovation au service de la santé

2^e acte : l'opérationnalisation

La déclinaison des axes stratégiques thématiques en mesures concrètes a fait l'objet d'une deuxième partie du Plan. Afin de constituer celle-ci, l'**École de Santé publique (ESP) de l'ULB** a reçu pour mission en juin 2017 d'appuyer méthodologiquement des concertations d'acteurs et d'élaborer une proposition³ de Plan opérationnel sur base de leurs productions.

Méthodologie

Malgré un calendrier très serré, la phase d'opérationnalisation s'est basée sur un processus participatif, cherchant à mobiliser de la façon la plus large possible de nombreux acteurs du secteur de la

prévention et de la promotion de la santé actifs en Région wallonne.

À partir des cinq axes prioritaires, 11 groupes de travail thématiques (GT) ont été définis par le Cabinet et la Région :

GT 1 : L'alimentation et activité physique

GT 2 : La lutte contre le tabagisme

GT 3 : La promotion du bien-être et d'une bonne santé mentale

GT 4 : La prévention de l'usage addictif d'alcool et d'autres substances psychoactives

GT 5 : La prévention du suicide

GT 6 : Le diabète de type II, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires

GT 7 : Les cancers

GT 8 : La vaccination et la prévention des maladies infectieuses

GT 9 : La santé sexuelle et reproductive et les IST

GT 10 : La prévention des traumatismes non intentionnels et la promotion de la sécurité

GT 11 : Les personnes âgées et la promotion et prévention pour le maintien à domicile

Ces GT ont rassemblé dans leur composition plus de 150 partenaires : acteurs des différents secteurs concernés, professionnels de la promotion de santé et de la première ligne de soins, acteurs issus du monde associatif, représentants des pouvoirs locaux, bénéficiaires et acteurs des milieux de vie, membres de l'AViQ ainsi que d'autres parties prenantes provenant du milieu universitaire, des observatoires et des services communautaires de promotion de la santé.

Il faut mentionner que les GT 1 et 2, coordonnés respectivement par l'APES-ULiège et le FARES, avaient commencé dès 2016 à produire une programmation spécifique à la demande du Cabinet du ministre Prévot, préalablement au lancement des autres GT qui ont débuté en septembre 2017.

Concernant les 9 autres GT, l'utilisation d'un guide de planification conçu par l'ESP

et l'appui technique et logistique de l'AViQ ont permis de mobiliser et structurer les apports des différents acteurs lors de 27 réunions de concertation tenues en l'espace de deux mois. Chaque groupe a ainsi produit des objectifs de santé, des objectifs opérationnels ainsi que des actions à mettre en place pour améliorer l'état de santé et le bien-être de la population wallonne dans les 12 prochaines années.

Un Comité de pilotage s'est constitué pour assurer le bon déroulement de cette deuxième phase du Plan de prévention et de promotion de la santé en Wallonie et superviser de manière générale les productions des groupes.

Structuration et objectifs du Plan opérationnel

La proposition de Plan opérationnel intègre les différentes dimensions de la promotion de la santé et de la prévention en se basant sur les concepts de bien-être, de qualité de vie et de santé « positive », intégrant l'ensemble des objectifs stratégiques transversaux repris ci-dessus. D'autres principes fondamentaux transcendent la programmation tels que l'action directe sur les déterminants de la santé, une vision globale de la santé, la responsabilisation sociale plutôt qu'individuelle ainsi qu'une approche sociétale inclusive.

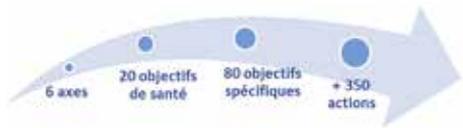
La proposition est structurée en 6 axes ayant trait aux priorités identifiées dans la première partie du Plan. Les axes proposés ont cependant quelque peu évolué par rapport à celle-ci : la thématique des assuétudes a été isolée dans un axe et se situe au croisement des modes de vie et du bien-être et l'axe 5 traitant initialement des maladies infectieuses a vu s'élargir son champ pour aborder des questions relatives à la santé sexuelle et reproductive.

Outre la programmation opérationnelle composée d'une **centaine d'objectifs** et de **plus de 350 actions**, la proposition de Plan comporte également des compléments au diagnostic épidémiologique de la partie I du

³ Scheen, B., Berghmans, L., Coppieters, Y. et al., Plan prévention et promotion de la santé en Wallonie. Proposition de programmation opérationnelle. École de Santé publique, Université libre de Bruxelles (ULB). Décembre 2017. Le rapport complet est disponible auprès de l'équipe de recherche à l'École de Santé publique de l'ULB.

Plan ainsi que des principes d'intervention spécifiques par axe.

Proposition de programmation opérationnelle



Les actions proposées dans la partie II du Plan souhaitent couvrir les différents milieux de vie dans lesquels il est opportun d'agir et rencontrer les besoins du « grand public » et de certains publics cibles. Ces milieux de vie et ces publics sont divers et les propositions d'actions reprises sont dès lors non-exhaustives et seront amenées à évoluer en suivant le caractère dynamique du Plan.

Les actions du Plan sont en majorité issues d'actions existantes mais il faut souligner que de nombreux acteurs ont vu dans le Plan l'occasion de créer, d'innover et aussi de renforcer et de pallier certains manques ressentis actuellement en Wallonie en matière de prévention et de promotion de la santé. Nous pouvons citer en exemple l'indispensable mise en réseau des acteurs, le renforcement des compétences des professionnels et l'implication des bénéficiaires et de leurs aidants proches dans les actions.

Soulignons aussi que cette proposition aborde les compétences santé de la Région wallonne, mais s'inscrit d'emblée dans une vision intersectorielle, via la mobilisation de toutes les compétences concernées au niveau de la Région, mais aussi aux niveaux communautaire et fédéral.

Axe 1 : La promotion des modes de vie et des milieux favorables à la santé

Cet axe comporte un premier volet sur la promotion d'une alimentation équilibrée et durable, du mouvement et d'une activité physique régulière issu des travaux menés par l'APES-ULiège. Un des principaux objectifs de ce volet s'attache à

protéger la santé et la qualité de vie des Wallons et Wallonnes dans un contexte de transition des modes de vie en soutenant l'innovation sociale et en accompagnant une transformation culturelle et démocratique des rapports individuels et collectifs à l'alimentation et l'activité physique. Parallèlement, il s'agit également de développer des mesures législatives, réglementaires et organisationnelles qui modifient les déterminants de l'alimentation et de l'activité physique, dans le but de faciliter l'accès de tous à une alimentation équilibrée, à des milieux de vie et à des offres propices à l'adoption d'un style de vie actif.

Le second volet de cet axe est dédié à la lutte contre le tabagisme et provient du dispositif stratégique wallon de prévention et de gestion du tabagisme élaboré par le FARES. Les objectifs de ce volet visent la prévention, l'accompagnement et la promotion de santé ainsi que la promotion d'environnements plus favorables à la santé. Les objectifs visent en effet de réduire l'initiation tabagique chez les jeunes de 11 à 24 ans, d'accroître la cessation tabagique chez les jeunes et les adultes et de contribuer à diminuer l'exposition des personnes aux fumées de tabac et vape.

Axe 2 : La prévention des usages addictifs et la réduction des risques

Les stratégies mises en avant dans cet axe portent sur les usages, qu'ils soient ou non problématiques, de l'ensemble des substances psychoactives légales et illégales (alcool, médicaments psychotropes, cannabis, cocaïne, héroïne, etc.) ainsi que les comportements de « consommation » sans produit qui peuvent également faire l'objet d'un usage abusif ou addictif (jeux d'argent, jeux vidéo, Internet et nouvelles technologies de l'information et de la communication, etc.). Afin de couvrir cet axe, trois objectifs majeurs ont été définis : améliorer la qualité de vie des consommateurs et diminuer les conséquences problématiques liées aux

consommations de produits licites et illicites et les conduites addictives sans produit ; promouvoir une politique intégrée et globale favorisant la concertation avec les différents niveaux de pouvoirs pour faire progresser les politiques publiques en matière de consommation et d'addiction et renforcer les connaissances, compétences et savoir-être des professionnels, en lien avec les consommations.

Axe 3 : La promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être global

« La promotion de la santé mentale consiste à favoriser l'acquisition d'une santé mentale positive en encourageant la résilience individuelle, en créant des environnements de soutien et en étudiant l'influence des déterminants (sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux) plus généraux de la santé mentale. Elle vise à améliorer les facteurs de protections qui aident les personnes, les familles et les collectivités à faire face aux événements, ainsi qu'à renforcer les conditions – comme la cohésion sociale – susceptibles de réduire les facteurs de risque de problèmes de santé mentale. »⁴ C'est notamment sur cette définition choisie par les acteurs concertés que repose la programmation de ce volet qui a pour objectif de favoriser et promouvoir le bien-être de toute la population et également de réduire le taux de tentatives de suicide ainsi que le taux annuel actuel de décès par suicide.

Axe 4 : La prévention des maladies chroniques

Les maladies chroniques ciblées par cet axe sont les maladies respiratoires, les maladies cardiovasculaires, le diabète de type II ainsi que les cancers. Ces pathologies sont en grande partie évitables par des actions sur les facteurs de risque et de protection communs : l'alimentation et la nutrition, l'activité physique et la lutte antitabac. Ces actions sont principalement couvertes par l'axe 1 du Plan qui promeut des modes de vie et des milieux favorables à la santé. Cet axe propose donc une programmation orientée davantage vers

4. Sebbane, D, De Rosario, B & Roelandt, J-L (2017). La promotion de la santé mentale : un enjeu individuel, collectif et citoyen. La santé en action, 439, 10.

des stratégies de prévention secondaire, tertiaire et quaternaire avec un premier objectif de réduction de la morbidité globale et la mortalité prématurée du diabète de type II, maladies cardiovasculaires et maladies respiratoires et un second objectif de réduction du nombre des cancers, de la morbidité et de la mortalité imputables aux cancers.

Axe 5 : La prévention des maladies infectieuses et la promotion de la santé sexuelle et reproductive

Pour améliorer la santé et le bien-être et éviter l'apparition ou l'aggravation de problèmes de santé en matière de maladies infectieuses, cet axe du Plan se dote d'une stratégie globale alliant la prévention des maladies infectieuses, la promotion de la santé affective, sexuelle et reproductive et la réduction des risques. Cette partie du Plan veut contribuer à une politique globale et cohérente en faveur de la santé et du bien-être par des objectifs de réduction du risque infectieux dans une perspective de santé globale tout au long de la vie, de promotion des attitudes positives à l'égard des mesures préventives applicables aux maladies infectieuses auprès de la population et des professionnels, de réduction de l'incidence des IST dont le VIH et les hépatites en Wallonie et enfin, d'amélioration de la santé et les droits sexuels et reproductifs de la population en favorisant les conditions d'une sexualité épanouie et responsable.

Axe 6 : La prévention des traumatismes non intentionnels et la promotion de la sécurité

Cet axe couvre d'une part la prévention des traumatismes non intentionnels et la promotion de la sécurité et d'autre part la promotion et la prévention pour le bien-vivre des personnes âgées. Bien que cette dernière thématique ne soit pas en rapport direct avec l'intitulé de l'axe, il a semblé approprié de la placer ici car elle aborde des éléments en lien avec les chutes des personnes âgées, qui sont des traumatismes non intentionnels. Plus largement, elle présente les stratégies qui contribuent à vision globale et positive du vieillissement.

Les objectifs de cet axe se concentrent donc sur ces deux thématiques et visent l'amélioration de la sécurité physique et psychologique, objective et ressentie, des personnes dans leurs environnements pour assurer leur santé, parallèlement avec la promotion du vieillissement en santé des aînés ainsi que la promotion du bien-être et de la qualité de vie des personnes vieillissantes pour soutenir leur inclusion dans la société.



Perspectives

La proposition de Plan présente en guise de derniers chapitres un cadre de gestion détaillé ainsi que des recommandations pour la suite.

Différents objectifs sont mis en évidence pour opérationnaliser et implémenter le Plan sur tout le territoire wallon jusqu'en 2030. Parmi ceux-ci, il s'agit notamment de mettre en place d'un cadre d'implémentation, de gestion et de suivi, de récolter et d'analyser les données ainsi que d'évaluer et mettre à jour le Plan. L'accent est également placé sur la communication vers la population, en ce compris les publics spécifiques, à propos du Plan et de son cadre de mise en œuvre.

À ce stade et sur base du travail réalisé, des recommandations aux futurs gestionnaires et responsables du Plan ont été formulées :

- Continuer le processus participatif engagé avec les parties prenantes. Il est en effet nécessaire de finaliser la phase de validation des propositions reprises dans le rapport par les acteurs ayant participé aux groupes de travail thématiques. Par ailleurs, il faudrait également penser

l'élargissement de la participation aux acteurs concernés mais non concernés à ce jour.

- Renforcer les actions du Plan. Il s'agirait notamment de développer davantage d'actions impliquant les bénéficiaires et celles consacrées aux déterminants environnementaux de la santé et de renforcer les actions liées aux services en promotion de la santé.
- Continuer l'opérationnalisation des actions reprises dans le Plan. Proposer une politique de santé à horizon 2030 à partir de trois journées de travail participatif par thématique était une mission plus qu'ambitieuse. Si la proposition de Plan identifie des objectifs à atteindre et des actions à mener pour améliorer la santé des Wallons d'ici 2030, elle ne documente pas systématiquement les éléments précis de leur opérationnalisation tels que les estimations de coûts et de ressources nécessaires ou les acteurs responsables. Ce travail pourra néanmoins être continué en 2018 sous l'impulsion de l'AViQ et des gestionnaires du Plan. Il est important de préciser que cela devrait être effectué en cohérence avec les modalités de financement stipulées par le nouveau décret organisant la promotion de la santé en Wallonie.
- Assurer un encadrement scientifique pour la suite du processus de l'opérationnalisation du Plan. En effet, il est selon nous très important de garder une démarche méthodologique rigoureuse dans le suivi, l'accompagnement des acteurs et l'évaluation continue.

Si la proposition remise à la ministre wallonne chargée de la santé est approuvée, l'année 2018 sera alors consacrée à la mise en place du dispositif d'appui aux actions de ce Plan. Celui-ci devra proposer un cadre favorable à l'implémentation du Plan, fixer les modalités opérationnelles et de gestion et permettre de finaliser pleinement les composantes. Tout cela s'inscrivant dans une vision de santé publique, c'est-à-dire le développement d'un Plan intégré, cohérent, coordonné, qui s'inscrit dans la continuité, agit simultanément sur différentes dimensions et favorise la pleine participation et l'implication des bénéficiaires.



ÉDUCATION SANTÉ

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

Sommaire

INITIATIVES

- 2 Soins de santé en prison,
des constats vers une réforme
par *Juliette Vanderveken*
- 4 Care.Connexion, un projet
de promotion de la santé en prison
Rencontre avec *Vinciane Saliez*

RÉFLEXIONS

- 8 Parents d'aujourd'hui, tous égaux
face à la santé ?
par *Manon Gobeaux*
- 11 Illettrisme et santé, brisons le tabou
par *Juliette Vanderveken*

INITIATIVES

- 12 Le Plan prévention
et promotion de la santé
en Wallonie – Proposition
pour l'opérationnalisation
par *Scheen B., Coppieters Y.*

Sur notre site www.educationsante.be

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

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

- Du nouveau
sur le www.jeunesetalcool.be,
on vous en parle !

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

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

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

Ont collaboré ce mois-ci : Bénédicte Scheen,
Yves Coppieters

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

Secrétariat de rédaction : Manon Gobeaux.

Journaliste : Manon Gobeaux, Juliette Vanderveken.

Contact abonnés : education.sante@mc.be.

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

Comité opérationnel : Gaëlle Amerijckx, Pierre Baldewyns,
Manon Gobeaux, Anne-Sophie Poncelet, Carole Saal.

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

Mise en page : Muriel Logist.

Impression : Hayez.

Routage : JMS Mail +.

ISSN : 0776 - 2623.

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

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

Pour tous renseignements complémentaires :

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

Internet : www.educationsante.be.

Courriel : education.sante@mc.be.

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

Les textes de ce numéro sont disponibles
sur notre site www.educationsante.be.

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



Avec le soutien financier de la Wallonie



Imprimé sur papier blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

