

ÉDUCATION SANTÉ

A woman with blonde hair tied back, wearing a white lab coat, is holding a baby. She is looking down at the baby with a gentle expression. The baby is looking towards the camera. The background is a soft, out-of-focus white.

FÉVRIER 2017

330

Sages-femmes : lumières

Colette Barbier

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

www.educationsante.be

Au vu des connaissances sommaires que la plupart d'entre nous ont sur les sages-femmes, il n'est pas exagéré de dire que le développement de l'obstétrique, survenu dans la deuxième moitié du 20^e siècle, a couvert d'une cape d'invisibilité celles qu'on appelait autrefois des 'matrones'. Les économies opérées dans le secteur des soins de santé auront peut-être, fait extraordinaire, l'avantage de remettre ces êtres admirables dans la lumière en leur permettant d'exercer à nouveau ce rôle important d'accompagnement des femmes, des enfants et des familles.

Un rôle essentiel

La grossesse et l'accouchement, voilà deux états naturels et physiologiques qui se sont fortement médicalisés au cours du 20^e siècle, jusqu'à être 'pathologisés', déplore-t-on désormais souvent... Il est vrai que tout progrès va généralement de pair avec certains inconvénients, le temps de rééquilibrer les choses. Dans le domaine de l'obstétrique, aurait-on atteint un moment charnière où l'équilibre pourrait se faire entre l'interventionnisme médical et le respect de la physiologie ? Certains éléments que nous allons développer dans cet article semblent l'indiquer. « *La médicalisation était nécessaire* », se réjouit **Estelle Di Zenzo**, vice-présidente de l'Union professionnelle des Sages-femmes belges (UpSfb). « *Je ne pense pas que l'on puisse faire baisser davantage le taux extrêmement faible de mortalité actuel. On ne voudrait surtout pas faire marche arrière.* »

De la ventrière au gynécologue

Dans les années 1950, la décision de rembourser uniquement l'accouchement à l'hôpital a mis fin à l'enfantement à domicile, encadré jusque-là exclusivement par les sages-femmes¹. Survinrent alors la gynécologie et l'obstétrique, deux disciplines considérées à leurs débuts – et ce fut un autre changement de taille – comme des affaires qui devaient être traitées principalement par des hommes. Au fil des décennies, la naissance s'est transformée en un acte médical de plus en plus technique, associé à une obligation de rentabilité, avec comme corollaire une diminution de l'accompagnement humain. La sage-femme s'est vue reléguée au second plan en devenant l'assistante du gynécologue.

Depuis lors, on a bien du mal à définir son rôle. À la maternité, c'est pourtant bien elle que l'on voit courir d'une parturiente à l'autre pour réaliser les différents actes techniques qui accompagnent un accouchement : mise en place du monitoring et de la perfusion, toucher vaginal pour mesurer l'ouverture du col de l'utérus, rupture de la poche des eaux au moment ad hoc, accueil du bébé qui vient de naître, etc. Mais à part ça, que sait-on d'elle ?

Inconnue au bataillon

« *L'accompagnement par des sages-femmes existe depuis toujours, mais leurs compétences ne sont pas connues* », confirme **Vanessa Wittvrouw**, présidente de l'UpSfb. « *Peu de parents savent que des sages-femmes travaillent*

en dehors des structures hospitalières. C'est une des raisons pour lesquelles nous menons actuellement campagne. Les femmes et les familles doivent savoir qu'elles peuvent s'adresser aux sages-femmes, non seulement à l'extérieur de l'hôpital, mais également dès la période préconceptionnelle et pendant la grossesse. »

Un monde médical très dur

Contrairement au milieu médical, souvent considéré comme dur et froid, où prime la dimension sécuritaire, la sage-femme apporte une dimension humaine, affective, même intuitive précieuse à la future maman et à sa famille. « *Le monde médical actuel est très directif et patriarcal envers les futures mères* », atteste Vanessa Wittvrouw. « *On parle d'ailleurs de plus*

Sage-femme, que fais-tu ?

La sage-femme est la personne de référence pour le suivi des grossesses normales, des accouchements sans complication et en période postnatale. « *Elle rencontre les futurs parents dès leur désir d'enfant et les accompagne, dans le cadre des remboursements des soins de santé, jusqu'à la fin de la première année de vie du bébé* », précise Vanessa Wittvrouw, présidente de l'UpSfb. « *En général, son accompagnement va encore plus loin. Nous cheminons en effet avec les familles aussi longtemps qu'elles en ont besoin.* » L'objectif principal de la sage-femme est de donner des conseils pour maintenir la santé, l'améliorer et envisager la grossesse dans les meilleures conditions. Si une pathologie est dépistée, elle se réfère

aux spécialistes concernés afin d'assurer un suivi médical en collaboration. Lors de fausses-couches, de vécu difficile ou de deuil périnatal entourant la naissance, la sage-femme est présente et apporte le soutien approprié. Les associations de défense des sages-femmes en Fédération Wallonie-Bruxelles sont : L'Association francophone des sages-femmes catholiques (AFSF) : www.sages-femmes.be. L'Union professionnelle des Sages-femmes belges (UpSfb) : www.sage-femme.be. La Belgian Midwives Association (BMA) regroupe les sages-femmes francophones et néerlandophones : www.belgianmidwivesassociation.be.

¹ La sage-femme était autrefois également appelée 'ventrière'.

en plus de violence obstétricale. Les femmes ne reçoivent pas toujours les informations nécessaires pour faire des choix éclairés. »

Retour vers la physiologie

C'est pourquoi de nombreux parents sont désireux de retourner vers des méthodes plus douces, plus respectueuses de la nature et des caractéristiques propres à chaque individu. « *Quand elles en ont connaissance, les familles finissent par s'adresser à une sage-femme pour qu'elle réponde à leurs questions, leur donne des informations* », explique Estelle Di Zenzo. « *Nous cheminons avec les couples et veillons à leur prodiguer une sécurité affective, médicale, psychologique et sociale. Le fait d'être informés, de se sentir en sécurité et respectés en tant que parents, les rend autonomes et responsables, leur permet de faire leurs propres choix, de trouver leur chemin. Des parents auxquels on rend leurs compétences, c'est tout bénéfice pour la société !* »

Mission de prévention

Le premier rôle de la sage-femme consiste à respecter la physiologie de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. « *Nous travaillons donc énormément en prévention, déjà avant la conception pour permettre à la femme de mettre en route une grossesse dans les meilleures conditions possibles* », explique la vice-présidente de l'UpSfb. « *Nous veillons ensuite à ce que la maman, le bébé, la famille entière restent en santé. Nous sommes également à l'écoute des futurs pères lorsqu'ils soulèvent des questions psychologiques essentielles quant à leur rôle à venir.* »

Multidisciplinarité

Un autre aspect important de la mission de la sage-femme est le travail de collaboration avec d'autres professionnels de la santé (gynécologue, médecin traitant, généticien, pédiatre...). « *Je réalise des suivis en tandem avec des gynécologues* », explique Vanessa Wittvrouw. « *La patiente voit son gynécologue pour gérer le volet médical (échographies, examens de dépistage, etc.). Je prends en charge les consultations médico-psycho-sociales qui exigent plus d'écoute et donc de temps.* » Ce travail multidisciplinaire est essentiel pour la sécurité de la femme et du bébé, précise Estelle Di Zenzo. « *Nous transférons, par exemple, les*



Photo © Fotolia

données de la patiente au gynécologue, celles du bébé au pédiatre et à l'ONE. Nous devons pouvoir faire appel au médecin traitant de la patiente en cas de problème de tension, d'infection urinaire, etc. »

Ce qui fait débat

La réduction des séjours en maternité : une aubaine sous condition

Les coupes budgétaires dans les soins de santé ont entraîné une refonte du paysage hospitalier et une réduction des séjours en maternité. Des projets pilotes, actuellement en cours, devraient permettre de mettre en œuvre, dès 2018, une nouvelle organisation des soins à domicile, de déterminer le nombre nécessaire de sages-femmes et de définir leur place.

« Nous travaillons donc énormément en prévention, déjà avant la conception pour permettre à la femme de mettre en route une grossesse dans les meilleures conditions possibles », Estelle Di Zenzo, vice-présidente de l'UpSfb.

Le retour plus précoce au domicile de la mère et de l'enfant est une opportunité exceptionnelle car les sages-femmes pourront jouer un rôle plus important. « *Ce changement est aussi une occasion pour les femmes, qui ne l'auraient peut-être pas fait lors de séjours hospitaliers plus longs, d'être en contact avec une sage-femme à leur domicile et pour un suivi plus long que*

celui proposé avant le retour précoce » explique Vanessa Wittvrouw. « *Des études prouvent que la présence d'une sage-femme dans l'environnement familial a des répercussions positives à long terme.* »

Cette réforme sera une aubaine, à condition de garantir un accompagnement à domicile de qualité, ce qui nécessite donc une préparation. « *Il faut réfléchir à la mise en place d'un trajet mère-enfant qui allie les soins prénataux et postnataux* », avertissait Xavier Brenez, directeur général des Mutualités libres, lors d'un débat qui s'est tenu le 8 décembre dernier². « *L'aspect médical est important, mais il faut également tenir compte des aspects psycho-sociaux autour desquels les sages-femmes ont un rôle primordial à jouer.* »

Décision précipitée

Les organisations de sages-femmes déplorent le fait que la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, **Maggie De Block**, ait décidé d'abréger les séjours en maternité de manière précipitée sans avoir évalué au préalable tout le travail à réaliser en amont. « *Les effets visibles actuels sont une chute du taux d'occupation des maternités, des pertes d'emplois pour les sages-femmes, la fermeture de services de néonatalogie* », dénoncent d'une seule voix ces organisations. « *Ce retour précoce à domicile ne fonctionnera que si un lien peut être créé entre la structure hospitalière et le domicile* », prévient Vanessa Wittvrouw. « *Le professionnel de choix pour faire ce lien, c'est la sage-femme.* »

One to one

Par ailleurs, explique Estelle Di Zenzo, « *pour faire sortir les femmes et les nourissons plus tôt des*

² Le débat était intitulé 'La parole aux Sages-femmes'.

maternités, il faut qu'ils soient en bonne santé, ce qui met à nouveau en avant le rôle essentiel de prévention dévolu à la sage-femme puisqu'elle veille à respecter le plus possible la physiologie de la grossesse et de la naissance dans un but de santé optimale. » Aussi, les organisations professionnelles préconisent-elles la présence en salle de naissance d'une sage-femme auprès de chaque parturiente afin d'atteindre ce but de santé et de réduire la surmédicalisation. Ce principe est le fameux 'one to one' comme l'appellent les infirmières dans leur jargon. « Des études ont montré qu'il faut se donner de tels moyens », affirme la présidente de l'UpSfb.

Rémunération insuffisante

L'UpSfb s'est lancée dans une action de lobbying pour que les sages-femmes indépendantes puissent offrir des soins de qualité tout en arrivant à vivre de leur métier, ce qui n'est actuellement pas le cas. « Nous réclamons une revalorisation du statut et du salaire de la sage-femme », souligne Vanessa Wittvrouw. « Si nous voulons pratiquer exclusivement au domicile des patientes, il est quasi impossible de vivre avec ce que nous gagnons actuellement, à moins de diminuer notre temps de présence auprès des femmes pour augmenter notre charge de travail. C'est une menace claire pour la qualité des soins, ce qui est évidemment dangereux pour la sécurité des mères et des enfants. Nous avons besoin d'un temps minimum nécessaire pour faire correctement notre travail. »

Liste incomplète des prestations Inami

Les sages-femmes déplorent par ailleurs le fait que la liste des prestations rémunérées par l'Inami soit incomplète. Par exemple, la sage-femme est rémunérée pour un accouchement à domicile. En revanche, le temps qu'elle passe auprès d'une femme qui accouche en milieu hospitalier n'entre pas en ligne de compte. Idem si un problème d'allaitement nécessite un deuxième passage à domicile. « L'Inami n'a rien prévu dans ce genre de situation », explique Vanessa Wittvrouw. « Nous devons donc soit travailler gratuitement, soit demander un supplément financier à la patiente. Ce n'est pas correct. »

Discrimination entre les provinces

Pour pouvoir vivre de leur métier, elles sont donc de plus en plus nombreuses à se déconventionner. Malheureusement, une sage-femme non conventionnée touche essentiellement

une couche sociale aisée. Les femmes qui se trouvent dans le besoin, pur et dur, d'être accompagnées n'ont bien souvent pas les moyens de se payer une assurance complémentaire. Vanessa Wittvrouw habite à Wavre, dans le Brabant wallon. « La population de ma région étant privilégiée, j'ai pu me déconventionner. C'était la seule solution pour que je puisse vivre correctement. L'accompagnement prénatal et le suivi postnatal de mes patientes leur sont remboursés dans les limites du cadre fixé par leur assurance complémentaire. Elles sont parfois mieux remboursées que si elles avaient un praticien conventionné. »

Autre son de cloche chez Estelle Di Zenzo. « Je reste conventionnée parce que j'habite dans le Hainaut, sans quoi beaucoup de femmes n'auraient pas les moyens de s'offrir les services d'une sage-femme. Cependant, pour pouvoir vivre de ma profession, je dois demander un supplément financier, ce qui est un frein pour certaines femmes. »

Formation et compagnonnage

Les organisations professionnelles donnent en outre un coup de projecteur sur la formation des sages-femmes. Elles demandent le passage en master. Elles attirent aussi l'attention sur le fait que la durée de la formation diffère

entre la Communauté française (4 ans) et la Communauté flamande (3 ans), une asymétrie qui aura une répercussion sur les projections qui seront faites au niveau fédéral.

Ce n'est pas tout : les organisations insistent sur la nécessité d'offrir aux sages-femmes en formation un compagnonnage d'une durée de deux ans. Celui-ci doit être financé comme c'est le cas pour d'autres formations. « Il est important que les étudiantes soient accompagnées d'une sage-femme expérimentée pour découvrir le terrain du domicile, très différent de la pratique hospitalière », expliquait Anne Niset, venue représenter l'Association francophone des sages-femmes catholiques (AFSF) lors du débat organisé par les Mutualités libres. « Savoir décoder ce qui se passe au niveau physique, mais aussi psychique chez la femme, son bébé et la famille demande de l'expérience. »

Croisons les doigts pour que les décisions à venir prennent en compte ces divers éléments afin de mettre l'accent sur les valeurs humaines, lesquelles occupent une place de choix en promotion de la santé. Par ricochet, les sages-femmes pourront jouer pleinement leur rôle dans la société. Un rôle qu'elles sont nombreuses à considérer comme une vocation...

Un cadastre des sages-femmes pour 2017

En prévision de ce nouveau défi dans le monde de la naissance, la Commission de planification de l'offre médicale publiera en 2017 un cadastre des sages-femmes actives et une analyse de l'évolution prévisible des besoins relatifs à cette profession. Pour préparer cet exercice, le Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) a analysé les données existantes dans le domaine de la formation des sages-femmes en Belgique et de leur situation d'emploi actuelle. Fin 2015, 10.440 sages-femmes en droit d'exercer ont été recensées en Belgique, dont presque 68 % résident en Flandre, 25 % en Wallonie et un peu plus de 7 % à Bruxelles. En 2014, 4.761 sages-femmes travaillaient à l'hôpital (soit 3.001 ETP), dont 80 % en maternité, 10 % en néonatalogie et 10 % dans d'autres services hospitaliers.

D'autres activités salariées sont enregistrées dans les secteurs des soins ambulatoires, de l'enseignement en écoles secondaires et hautes écoles (415,5 ETP en Communauté flamande et 157,6 ETP en Communauté française - chiffres 2015), de la prévention (47,5 ETP à l'ONE et 120 ETP chez son équivalent flamand Kind en Gezin - chiffres 2015), de l'aide à la procréation médicalement assistée, ou encore dans d'autres secteurs non liés aux soins (firmes pharmaceutiques), voire non liés à la santé en général.

Les travaux de la Commission de planification en 2017 devraient permettre d'obtenir les chiffres relatifs aux pratiques indépendantes et en maison médicale, et de déterminer dans quelle mesure les sages-femmes combinent plusieurs activités professionnelles.

L'acoustique en milieu scolaire

Julie Luong

Le bruit est une pollution très sous-estimée. Depuis plusieurs décennies, des études montrent qu'y être exposé de manière importante a un impact majeur sur la santé, en particulier sur les taux d'hormones liées au stress et sur la pression artérielle. Mauvais pour le cœur et le sommeil, le bruit altère également les capacités cognitives de mémorisation et la réalisation de tâches complexes.

Une norme méconnue

Comment ne pas s'étonner, dès lors, que dans le milieu scolaire, des constructions récentes continuent de faire fi de cette dimension ?

Fabienne Duthoit, ingénieure de recherche au sein du Cedia (Cellule d'études et de développement en ingénierie acoustique) de l'ULg, a organisé en avril 2016 un colloque pour sensibiliser les acteurs du milieu scolaire à cette problématique.

« En Belgique, il existe depuis 2012 une norme bruit qui s'applique en théorie aux bâtiments scolaires mais qui, dans les faits, est très peu respectée », explique-t-elle. Cette norme poétiquement baptisée 'NBN S 01-400-2' fixe pourtant avec précision les exigences auxquelles doivent répondre les nouveaux bâtiments scolaires en matière d'isolation aux bruits aériens, d'isolation aux bruits de choc, d'isolation des façades, de limitation des bruits produits par les équipements techniques et de réduction de la réverbération (écho) dans certains locaux et dans les espaces de circulation.

Son existence ne semble pourtant pas à avoir eu l'impact escompté : aujourd'hui encore, c'est une fois l'inauguration terminée que les écoles s'aperçoivent que leurs bâtiments flambant neufs sont un véritable enfer acoustique...

Alors que les architectes prêtent aujourd'hui une attention minutieuse aux volumes, à la thermique et à la luminosité, l'acoustique continue de passer à la trappe du cahier des charges. Et l'expertise des acousticiens demeure trop rarement sollicitée. Il faut dire que, tant pour des raisons esthétiques que budgétaires, la tendance actuelle dans le secteur de la construction privilégie des volumes simples et épurés, des murs parallèles et lisses : l'équation parfaite pour créer un puissant écho. *« C'est ce qu'on nomme en acoustique la 'réverbération' et qui représente sans aucun doute la première plainte en termes d'acoustique scolaire. Du reste, pour des raisons d'hygiène, on opte souvent pour des matériaux facilement lavables comme le carrelage mais aussi du mobilier –*



Photo © Fotolia

chaises, tables – facile à entretenir et qui est donc constitué de matériaux très résonnants. On ne peut donc pas s'en sortir sans ajouter expressément des matériaux qui vont améliorer l'acoustique », explique Fabienne Duthoit.

« Soigner l'acoustique ne représente pas un coût excédentaire si c'est pensé dès le départ. C'est beaucoup plus compliqué quand on intervient après – même si cela reste possible »,

Penser l'acoustique en amont

Or, ces nécessaires aménagements – faux plafonds, revêtements muraux, etc. – ont tout intérêt à être pensés dès la conception du bâtiment, pour respecter l'harmonie du projet architectural mais aussi pour éviter le surcoût que représente une intervention a posteriori. *« Soigner l'acoustique ne représente pas un coût excédentaire si c'est pensé dès le départ. C'est beaucoup plus compliqué quand on intervient après – même si cela reste possible »,* poursuit l'acousticienne. Intégrer la dimension acoustique dès la conception permet aussi de ne pas

commettre certaines erreurs 'assourdissantes' comme de construire la salle de sport à côté de la salle d'étude par exemple...

En milieu scolaire, les problèmes d'acoustique se posent en effet spécifiquement dans les endroits les plus ouverts, comme les réfectoires et les salles de sport. *« Typiquement, on aura l'impression que cela résonne comme dans une église, tandis qu'un local bien soigné résonnera plutôt comme une salle de cinéma »,* illustre Fabienne Dutoit.

Par ailleurs, certains éléments ponctuels peuvent envenimer la situation. *« Si vous avez une machine à boisson bruyante en plein milieu d'un réfectoire, cela posera problème ».* La cacophonie qui entoure les moments dits de détente finit paradoxalement par accroître la fatigue et la nervosité des élèves, sans même parler des professeurs, nombreux à se plaindre de l'impact de cet environnement de travail bruyant.

Effet cocktail party

Par ailleurs, dans les salles de classe, une acoustique mal adaptée nuira tout bonnement à la compréhension des informations dispensées, une cause sans doute sous-estimée des difficultés d'apprentissage de certains élèves. *« Les enfants ont beaucoup de mal à comprendre ce qu'on leur dit dans un*

contexte bruyant. La filtration spécifique des sons d'intérêt ne semble pas présente chez eux. Leur cerveau travaille la totalité des sons qu'on leur envoie », rappelle **Marc Vander Ghinst**, de l'Institut des Neurosciences de ULB, (Unité de Magnétoencéphalographie), qui a récemment publié une étude sur cet effet dit 'cocktail party' qui permet normalement aux adultes de distinguer une voix d'intérêt parmi d'autres. Pour une bonne intelligibilité du message, on considère que deux paramètres devraient être respectés : le bruit de fond de la classe qui ne devrait pas dépasser 35 décibels et la résonance

du son dans le local – ou 'temps de réverbération' – qui devrait être inférieure à 1 seconde. « Prendre des mesures pour diminuer le bruit ambiant est une première chose car entre un bruit ambiant de 35 décibels ou de 60 décibels, certains enfants ne seront plus capables de comprendre ce qui se dit. Cela fait toute la différence », explique Marc Vander Ghinst. « Mais il existe aussi des aménagements : on peut notamment proposer un système FM, c'est-à-dire un appareil auditif qui ne va pas amplifier le son mais qui, relié au bureau de l'instituteur, va permettre d'envoyer directement l'information

dans l'oreille de l'élève sans être court-circuitée par le bruit ambiant. Ce sont des dispositifs que l'on propose aux jeunes pour qui ce problème est très invalidant. Pour les cas moins sévères, il suffit parfois de prendre des mesures simples. Prendre connaissance des leçons à l'avance est souvent d'une grande aide par exemple. Quand on connaît la thématique de la conversation, les informations deviennent plus faciles à comprendre. Modifier la place de l'élève dans la classe peut aussi améliorer les choses », rappelle le chercheur. Car pour se comprendre, mieux vaut d'abord s'entendre !

RÉFLEXIONS

La cybersanté en pleine évolution

Carole Feulien

Un rapport portant sur la cybersanté dans la Région européenne de l'OMS révèle que des progrès tangibles ont été réalisés, avec des avantages évidents pour de nombreux pays. Pourtant, malgré les exemples édifiants de réussites dans ce domaine, l'adoption de la cybersanté n'est pas uniforme au sein de l'Union européenne. Qu'en est-il en Belgique ?

Les enjeux de la cybersanté

La cybersanté désigne toute activité dans laquelle un moyen électronique est utilisé pour fournir des informations, des ressources et des services d'ordre sanitaire. Elle couvre de nombreux domaines, notamment les dossiers de santé électroniques, la télésanté, la santé mobile, l'apprentissage en ligne dans le domaine sanitaire, les médias sociaux, etc.¹

Zsuzsanna Jakab, directrice de l'OMS Europe, a déclaré « le 21^e siècle est balayé par une vague technologique, apportant avec elle un énorme potentiel d'innovation sanitaire. Dans de nombreux pays, la cybersanté est en train de révolutionner la prestation des soins de santé ainsi que l'information sanitaire requise à cet effet. Les patients deviennent de plus en plus autonomes parce qu'ils ont accès aux informations et aux conseils. La qualité des soins s'améliore en conséquence, mais cette situation remet en cause le rôle traditionnel des professionnels de santé ». En effet, notre système de santé doit faire face au vieillissement de la population, à l'augmentation

des maladies chroniques et à la complexité des pathologies. Un nombre toujours plus important de différents professionnels de santé est impliqué dans la prise en charge d'un patient, ce qui nécessite des changements dans les processus thérapeutiques. Les technologies numériques investissent aujourd'hui de plus en plus ce champ et permettent sans nul doute de répondre à cette nouvelle évolution. Elles offrent un fort potentiel d'amélioration de la qualité du suivi, renforcent la sécurité du patient, favorisent la collaboration des professionnels, facilitent l'échange d'informations entre ceux-ci et le patient et in fine, permettent une plus grande efficacité du système de santé.

Europe, un engagement clair et des efforts à poursuivre

Le rapport paru en mars 2016² révèle que 93 % des États membres de l'Union européenne (42 pays) ont consacré des fonds publics aux programmes de cybersanté. 81 % (35 pays) déclarent que leurs organisations de soins de santé utilisent actuellement les médias sociaux

pour promouvoir les messages de santé dans le cadre de campagnes sanitaires. 91 % (40 pays) indiquent que les personnes et les communautés ont recours aux médias sociaux pour s'informer davantage sur les questions de santé. Ces chiffres révèlent l'intérêt témoigné au rôle potentiel des médias sociaux comme mode de communication à l'adresse des patients et des professionnels de santé. Néanmoins, 81 % des États membres déclarent ne disposer d'aucune politique nationale régissant l'utilisation de ceux-ci dans les soins de santé qui, par conséquent, reste informelle et non réglementée. De la même façon, 73 % des États membres (33 pays) ne disposent pas d'un organisme chargé de la surveillance réglementaire des applications mobiles dans le domaine de la santé afin d'en garantir la qualité, la sécurité et la fiabilité. Les pays sont donc exposés à un risque potentiel, là où 80 % d'entre eux ont pourtant légiféré dans le domaine de la protection de la confidentialité des données personnelles contenues dans les dossiers de santé électroniques.

1. OMS Europe, 2016

2. "From innovation to implementation – e-Health in the WHO European Region", OMS Europe, mars 2016, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/302331/From-Innovation-to-Implementation-eHealth-Report-EU.pdf?ua=1.

Le rapport conclut en soulignant l'engagement des États membres en faveur de la cybersanté, qu'il considère comme facteur-clé dans l'accès aux services et informations de santé en Europe, de la même manière que dans le processus de collecte, de gestion et d'utilisation des données. Il propose une structure de gouvernance précise en vue de superviser, entre autres, la mise en œuvre, la législation, les registres cliniques et la protection juridique. Il plaide enfin pour la définition des normes de la cybersanté et pour un financement durable permettant de continuer à investir dans ce champ afin de réaliser les objectifs de la politique Santé 2020.

Belgique, eHealth : une plate-forme multi-services pour les professionnels et les patients

En Belgique, lorsque l'on parle de cybersanté, on songe naturellement à la plate-forme eHealth³, instituée par la loi du 21 août 2008. Il s'agit d'une institution publique créée afin d'instaurer un échange sécurisé de données à caractère personnel relatives à la santé entre les acteurs des soins de santé. Cette plate-forme propose gratuitement une série de services de base, qui offrent les garanties nécessaires en termes de sécurité des informations, de protection de la vie privée du patient et du prestataire de soins et de respect du secret médical.

Ainsi, la plate-forme eHealth a pour mission :

- de promouvoir et de soutenir une prestation de services et un échange d'information mutuels électroniques bien organisés, entre tous les acteurs des soins de santé ;
- avec les garanties nécessaires en ce qui concerne la sécurité de l'information, la protection de la vie privée du patient et du prestataire de soins et le respect du secret médical.

Et de cette façon :

- d'optimiser la qualité et la continuité des prestations de soins de santé ;
- d'optimiser la sécurité du patient ;
- de simplifier les formalités administratives pour tous les acteurs des soins de santé ;
- et d'offrir un soutien solide à la politique en matière de soins de santé.

En 2012, un premier Plan d'action e-Santé concret est établi pour 5 ans (voir encadré).

Les 10 missions du Plan d'action e-Santé

1. Développer une vision et une stratégie en matière d'eHealth.
2. Déterminer des normes, des standards, des spécifications fonctionnelles et techniques et une architecture de base utiles en matière d'ICT.
3. Enregistrer des logiciels pour la gestion de dossiers électroniques de patients.
4. Concevoir, développer et gérer une plateforme de collaboration pour l'échange électronique de données sécurisé, ainsi que les services de base connexes.
5. S'accorder sur une répartition des tâches et sur les normes de qualité et vérifier si les normes de qualité sont respectées.
6. Promouvoir et coordonner la réalisation de programmes et de projets.
7. Gérer et coordonner les aspects ICT de l'échange de données dans le cadre des dossiers électroniques de patients et des prescriptions médicales électroniques.
8. Intervenir en tant que tiers de confiance pour le codage et l'anonymisation de données à caractère personnel relatives à la santé pour le compte de certaines instances énumérées dans la loi, à l'appui de la recherche scientifique et de la politique.
9. Être le moteur des changements nécessaires en vue de l'exécution de la vision et de la stratégie en matière d'eHealth.
10. Organiser la collaboration avec d'autres instances publiques chargées de la coordination de la prestation de services électroniques.

Les résultats ne se font pas attendre puisque début octobre 2015, 1,93 millions de Belges avaient déjà donné leur consentement pour l'échange électronique de leurs données médicales entre prestataires de soins (ce chiffre était de 352 000 au début octobre 2014)⁴.

Durant le mois de juillet 2015, les prestataires de soins belges avaient échangé entre eux 3,7 millions de messages via la eHealthBox⁵ sécurisée (contre 2,5 millions en juillet 2014).

Et chaque mois, les prestataires de soins, essentiellement les pharmaciens, se renseignaient plus de 11 millions de fois sur la situation d'assurabilité de leurs patients.

Au vu de ce succès, en octobre 2015, le Plan d'action fédéral est actualisé par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, **Maggie De Block** et ses huit collègues régionaux⁶, qui s'engagent à exploiter de manière optimale les possibilités de l'e-Santé.

Ainsi, le Plan d'action actualisé comporte 20 points d'action concrets. Les principales adaptations par rapport à la première version sont :

- un focus encore plus important sur la **collaboration multidisciplinaire** entre prestataires de soins : face au vieillissement et à l'augmentation des maladies chroniques, la collaboration entre les professionnels de santé

est cruciale. Il est important qu'ils puissent communiquer facilement et rapidement à propos du patient et aient toujours accès à l'information médicale la plus récente. Les applications d'e-santé semblent parfaitement adaptées pour répondre à ces besoins ;

- le volet complètement nouveau concernant le « **mobile health** » : grâce à des applications et des appareils mobiles, les patients peuvent mieux suivre et faire suivre leur santé.

C'est pourquoi un volet du plan d'action est entièrement dédié aux applications et appareils mobiles, à leur qualité et leur sécurité ;

- une attention particulière à la **simplification administrative** : l'un des objectifs est qu'à partir du 1^{er} janvier 2018, tous les médecins généralistes puissent envoyer électroniquement l'attestation des soins donnés à la mutualité, ce qui fera progressivement disparaître les attestations vertes et blanches. Dans cette optique, le développement du service eFact permettant la facturation électronique du tiers-payant via **MyCareNet** (entre le médecin généraliste et les mutualités) se répand peu à peu puisque 2000 médecins généralistes l'ont déjà utilisé au moins une fois (chiffres de février 2016) ;

[suite en page 10]

3. www.ehealth.fgov.be/fr

4. En juillet 2016, 3,7 millions de Belges ont déjà donné leur consentement éclairé.

5. L'eHealthBox est un service proposé par la plate-forme eHealth permettant aux prestataires et aux administrations (hôpitaux, mutualités, etc.) de communiquer de manière sécurisée.

6. Jo Vandeurzen (Communauté et Région flamande), Maxime Prévot (Wallonie), Rudy Demotte (Fédération Wallonie-Bruxelles), Joëlle Milquet (Fédération Wallonie-Bruxelles), Guy Vanhengel (COCOM), Didier Gosuin (COCOM), Cécile Jodogne (COCOF), Antonios Antoniadis (Communauté germanophone).



Se mettre à table

Coordination Education & Santé - Cordes asbl
(avec le soutien de la Cocof - Région bruxelloise et de la Région wallonne)



Une démarche participative pour améliorer l'alimentation à l'école

Avec l'outil et la méthode de construction collective de projet « Se mettre à table », diffusés depuis 3 ans, Cordes invite les acteurs concernés – qui ne se retrouvent pas souvent « autour de la table » – à se réunir quelquefois pour décider ensemble d'un projet. Les différents éléments de l'outil visent à soutenir un processus collectif de changement autour de l'alimentation en valorisant le rôle et les apports de chacun. L'outil « Se mettre à table »

a été lui-même co-construit avec des partenaires associatifs de différents secteurs (environnement, interculturel, éducatif, santé, alimentation...).

Vous avez dit améliorer les repas scolaires?

Des défis:

- Prendre et donner une place à chacun dans le processus de décision (direction, enseignants, parents, surveillants, éducateurs, cuisiniers...



– **démocratiques**: qui décide et comment sont prises les décisions au sein de l'école?

– **de cohérence**: quels sont les liens entre les projets éducatif et pédagogique et les actions pour améliorer l'alimentation?

Des conditions pour une démarche communautaire à l'école

Selon qu'ils soient présents ou pas, les éléments ci-dessous ont été identifiés comme atouts ou comme freins à cette mise en route:

- le temps consacré au processus de construction de projet,
- la diversité des fonctions représentées autour de la table,
- le soutien de la direction,
- la motivation des enseignants,
- la mobilisation des parents...

Les difficultés à « réunir des personnes autour d'une table » mettent en question la faisabilité d'une démarche.

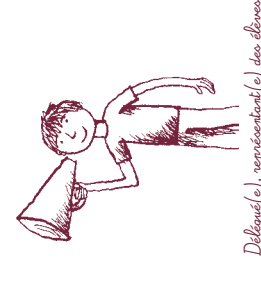
délégués élèves, intervenants relais, élus locaux en charge de l'enseignement, de la santé...)

- Complexifier la vision sur l'alimentation
- Construire un projet de changement ensemble
- Se donner le temps de construire un projet

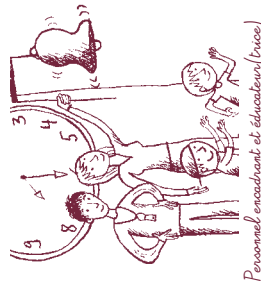
Des enjeux :

- **de santé** : quelle offre alimentaire au travers de ces repas scolaires ?
- **éducatifs** : quels modes de consommation sont proposés aux enfants et aux jeunes ?
- **environnementaux** : quels choix dans les modes de production et de consommation ?

Avec l'implication de tous et de chacun des acteurs suivants :



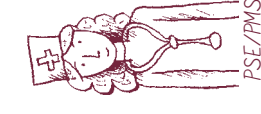
Délégué(e), représentant(e) des élèves



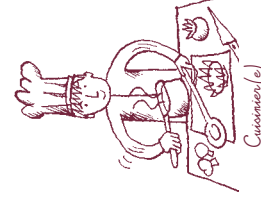
Personnel encadrant et éducateur(trice)



La direction



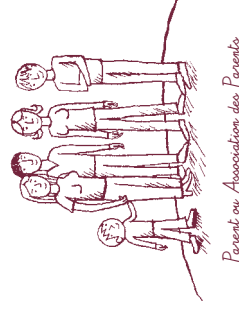
PSE / PMS



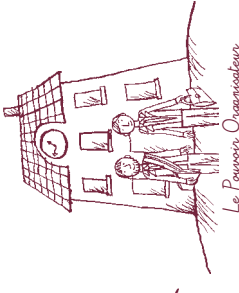
Cuisinier(e)



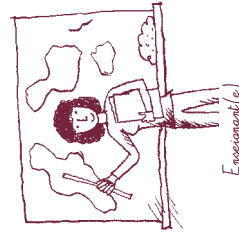
Personnel administratif, secrétaire



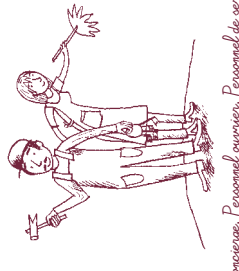
Parent ou Association des Parents



Le Pouvoir Organisateur



Enseignant(e)



Couvreur, Personnel ouvrier, Personnel de service

Contact

Cordes asbl, 75 Avenue Maréchal Joffre, 1190 Bruxelles, Belgique.
www.cordesasbl.be
info@cordesasbl.be

marche participative pour construire un projet en milieu scolaire. Un préalable serait peut-être de partager une « vision systémique » de l'alimentation entre les personnes concernées. Par ailleurs, les principes défendus dans l'outil sont souvent à l'opposé des modes actuels de fonctionnement de la plupart des écoles. L'institution semble avoir du mal à accueillir les défis qui fondent la méthode : intersectorialité, progressivité du processus, gestion participative, travail collectif et prise de décision concertée.

La diffusion et l'expérimentation de ces pratiques de concertation ouvrent cependant des possibilités pour réduire les inégalités sociales de santé en améliorant la participation de tous dans les décisions d'action sur l'environnement scolaire. « Prendre part » comme acteurs de changement – quelle que soit la fonction dans l'école – s'inscrit dans une visée politique pour une gestion plus démocratique de la vie à l'école, lieu d'éducation en matière de citoyenneté, de développement durable, de santé.

- des **alternatives en cas de difficulté** : le bon fonctionnement des e-applications est une autre préoccupation des prestataires de soins. Les acteurs concernés par l'e-Santé sont nombreux (mutualités, fournisseurs de logiciels, plate-forme *eHealth*, plate-forme *MyCareNet*⁷, etc.). Une panne chez l'un d'eux peut avoir des conséquences sur l'ensemble du système. C'est pourquoi l'institution publique plate-forme *eHealth* souhaite analyser chaque problème et pouvoir proposer des alternatives qui pourraient être activées si l'un des systèmes habituels ne fonctionnait pas bien. Par ailleurs, la plate-forme *eHealth* a maintenant plusieurs médecins 'relais' experts en ICT dont le rôle est d'avertir immédiatement la plate-forme lorsqu'un problème apparaît dans leur cabinet médical ;
- le **patient comme copilote** : les applications d'e-santé mobiles et autres contribuent à renforcer le rôle central du patient dans ses soins de santé. À partir du 1^{er} janvier 2018, les citoyens

pourront consulter leurs propres données médicales en ligne grâce au 'personal health record'. Au moyen d'appareils mobiles et d'applications validés, ils pourront suivre personnellement des paramètres de santé (comme le pouls et la pression artérielle). Les patients chroniques pourront communiquer à distance avec leurs prestataires de soins. Les prestataires de soins auront quant à eux la possibilité de transmettre à leurs patients des informations digitales. Dans cette optique, l'objectif à terme est que les patients puissent participer encore plus activement à leurs soins et deviennent de véritables acteurs de leur santé ;

- partager l'information** : l'une des conditions principales pour que l'e-santé soit une réussite est un échange d'information rapide, ce qui nécessite absolument que les patients donnent leur accord (leur consentement éclairé) aux prestataires de soins pour qu'ils puissent partager leurs données médicales. Le patient quant à lui a ainsi la certitude qu'il sera toujours

traité sur la base des informations les plus récentes de son dossier médical. De plus, les doubles examens superflus peuvent être évités grâce à un échange électronique aisé des données médicales. Ainsi, le Plan d'action accorde une attention particulière à la sécurisation et au respect de la vie privée en matière de données médicales lors du partage d'information. Les données de santé sur un patient sont systématiquement cryptées. Il revient au patient de décider si ces données peuvent être partagées électroniquement et de manière sécurisée et, le cas échéant, entre quels prestataires de soins⁸.

Ainsi, à l'instar d'autres pays européens, avec son Plan d'action ambitieux, la Belgique a ouvert des perspectives aussi importantes qu'intéressantes en matière de cybersanté. Perspectives auxquelles le secteur de la promotion de la santé est certainement sensible, grâce notamment à l'accent qu'il met sur la collaboration multidisciplinaire entre les

Cybersanté et promotion de la santé

De nombreuses études étrangères ont déjà démontré le potentiel du média web en promotion de la santé⁹. S'il permet d'augmenter la portée des actions de communication dans le domaine et permet de viser de manière précise un public donné, il permet aussi surtout de favoriser l'interactivité et la communication bidirectionnelle, si chère à la promotion de la santé.

Dans cette optique et dans une volonté de rester proches de leurs publics en constante évolution, les acteurs de la promotion de la santé francophone entrent progressivement dans l'ère numérique, réinventent leurs techniques de communication et d'intervention et innovent.

L'exemple d'aide-alcool.be

Lancé fin 2012 par les asbl *Le Pélican* (Bruxelles) et *Le Centre Alfa* (Liège), www.aide-alcool.be est un site d'informations et d'accompagnement en ligne, avec ou sans thérapeute, qui s'adresse à toutes

les personnes en Belgique francophone se posant des questions sur leur consommation d'alcool ou celle d'un proche.

Au-delà du simple outil d'information, il permet également d'offrir à son public du soutien via deux programmes d'aide en ligne : le selfhelp, à réaliser de façon autonome et l'accompagnement, qui est quant à lui soutenu par un psychologue. Ces consultations se déroulent sous la forme de chats, par écrit, sans son ni image, d'une durée d'une heure, sur rendez-vous, avec le même psychologue et pendant maximum trois mois.

Cette nouvelle pratique demande de nouvelles réflexions et une adaptation constante des compétences des thérapeutes en ligne. Leur pratique clinique est également enrichie par ces suivis basés uniquement sur des échanges écrits.

Le site comptait en mai 2014 plus de 385.000 visites, près de 1400 personnes inscrites aux deux programmes d'aide

proposés et plus de 1400 consultations psychologiques en ligne.

Un succès qui tient notamment au fait que le projet répond à une demande existante et vise en particulier les groupes les moins représentés dans les structures d'aide classiques, à savoir les femmes, les personnes en activité et les personnes d'un niveau d'éducation supérieur. En effet, l'anonymat, la possibilité de se faire suivre de chez soi et à un horaire compatible avec l'activité professionnelle et les responsabilités familiales sont autant de facteurs favorisant cette première démarche de soins. Ainsi, la complémentarité de ce projet par rapport au suivi traditionnel permet de s'adresser à des personnes qui n'avaient jamais osé pousser la porte d'un centre de soin.

Si le projet répond vraisemblablement à une demande du public lui-même, il semble aussi à la fois innovant et riche sur le plan intellectuel et relationnel pour les professionnels qui l'encadrent.

⁷ Plate-forme centrale orientée service, au profit des prestataires individuels et institutions, par laquelle des informations peuvent être échangées avec les mutualités, d'une manière simple, fiable et sécurisée.

⁸ Voir la campagne de l'Inami "Simplifiez-vous la santé" (mai 2015) : https://www.youtube.com/watch?time_continue=4&v=FUHf9luThw

⁹ Lire à ce propos, références et exemples dans l'ebook produit par l'asbl Question Santé : « Promotion de la santé et web 2.0. Réflexions et bonnes pratiques », Question Santé asbl, Février 2015.

professionnels et l'impact positif attendu sur la qualité des soins, mais aussi au développement, annoncé en 2018, de nouvelles technologies favorisant le renforcement du rôle central du patient en tant qu'acteur de sa propre santé.

Merci à Adélie Jonckheere pour sa relecture

Pour plus d'informations concernant le Plan d'action actualisé 2015-2018, consultez : www.plan-esante.be ou

www.plan-egezondheid.be/wp-content/uploads/Actieplan-eGezondheid-Plan-daction-eSante.pdf
Pour plus d'informations sur la plate-forme eHealth : www.ehealth.fgov.be/fr/propos

LOCALE – BRUXELLES

Avec elles, promotion de la santé et plaidoyer

Timothée Delescluse et l'équipe d'*Avec elles*¹

« Soigner ceux que le monde oublie peu à peu », porter leur voix et leurs réalités auprès du grand public et des décideurs à travers la notion de plaidoyer en santé², sont au cœur des objectifs de Médecins du Monde Belgique. Cela dit, porter la voix pour une réduction des inégalités sociales de santé et une évolution du cadre politico-administratif passe par des dispositifs qui impliquent au maximum, dans la revendication, les personnes rencontrant un problème de santé³.



« Le système de santé est à trois vitesses : pour celles qui n'ont pas de papier ; pour celles qui n'ont pas d'argent et celles qui sont plus riches ! »

Autant que faire se peut et même si les décideurs ne sont pas (toujours) au rendez-vous et que les politiques n'évoluent pas (toujours), il faut que ces personnes puissent acquérir des compétences et connaissances utiles dans leur quotidien pour leur permettre de se construire *in fine* une meilleure santé. C'est d'ailleurs ce qui est défendu en éducation permanente et promotion santé où « le processus est autant valorisé que le résultat »⁴. C'est avec cet objectif principal que l'atelier de travail du projet 'Avec Elles' en partenariat avec Vie Féminine s'est mis en place avec un groupe de femmes, de janvier à juin 2016. Cet article revient sur ces moments en les décrivant étape par étape, mais aussi en présentant ce qui en est ressorti.

Un recyclage innovant : la méthode d'intervention sociologique

Comme souvent dans nos projets, nous voulions par cette expérience à la fois informer sur l'accès au système de santé mais aussi susciter l'esprit critique à propos de celui-ci à partir des expériences de chacune pour une revendication. Nous nous sommes basés sur un outil employé à deux reprises par Vie Féminine⁵, inspirée de la méthode d'intervention sociologique⁶. Cette méthode consiste à réunir lors d'une dizaine de séances des femmes (en l'occurrence, pour ce projet) afin de répondre à une question centrale, le point de départ d'une réflexion basée sur les récits de vie de chacune. Trois types de séances ont alors été proposées :

les premières se font entre femmes et visent à mieux se connaître ; d'autres permettent d'inviter des intervenants externes qui apportent un regard d'experts sur la problématique. Les dernières séances permettent de revenir sur tous les apprentissages et constats du groupe pour formuler des recommandations collectives.

Des temps pour partager, apprendre, comprendre et questionner

Pour cette première expérience, six femmes de profils, d'âges et statuts administratifs variés ont répondu présentes aux rencontres réalisées à la Maison Mosaïque de Laeken⁷. La question centrale était « Qu'est-ce qui influence l'accès aux soins de santé des femmes ? »

1. L'auteur est un ancien collaborateur de Médecins du Monde Belgique

2. Carlisle S. (2000) « Health promotion, advocacy and health inequalities : a conceptual framework » Health promotion international 15 (4) p. 369-376

3. Davidson (1998) « La roue de la participation » dans « Action communautaire en santé. Un outil pour la pratique »

4. Delescluse T. (2015) « Le plaidoyer d'associations féministes et de promotion de la santé des femmes » Mémoire master UCL-FSP

5. Vie Féminine 2007 « Atelier sur les déterminants de la santé de la femme » et « Précarité et femme : méthodologie de l'intervention sociologique : outil méthodologique » - Formation

6. Cousin Olivier, Rui Sandrine, « La méthode de l'intervention sociologique. Évolutions et spécificités », Revue française de science politique 3/2011 (Vol. 61), p. 513-532

7. <http://maison-mosaïque-laeken.jimdo.com/>



« Ici on se sentait en confiance, soutenues, on a appris des choses et on veut le transmettre. »

Les premières séances ont permis de cerner et définir ensemble la problématique. Nous sommes ainsi revenus sur la définition de la santé en nous inspirant du document 'La santé c'est aussi' ⁸, soit la description du système de santé sous forme de pyramide. Ensuite, il a fallu définir ce que l'on entendait par l'accès aux soins : les échanges ont abouti sur la « Roue du système de santé » comme métaphore illustrée dudit système. Puis, la troisième séance a été la première occasion de répondre à la question centrale. Les réponses ont ensuite été réévaluées, précisées et modifiées. Le résultat final a pris la forme d'un schéma présenté ci-dessous :

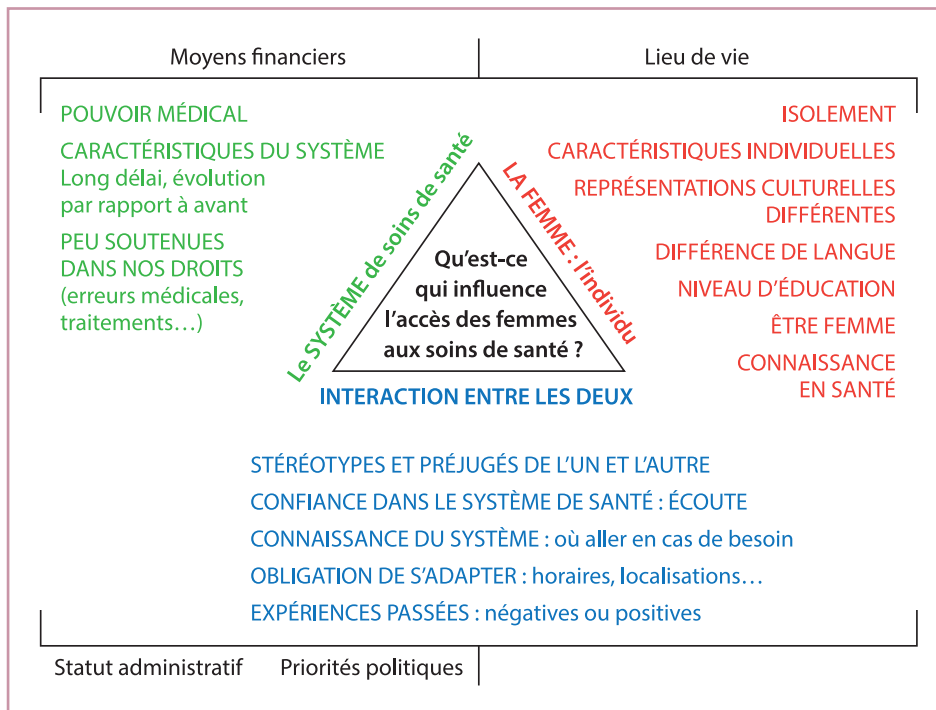
je sais ce qui est bon ou ne l'est pas ? » ;
 – l'accès aux soins, « *Pour se faire soigner, comment comprendre le système de santé et les moyens d'y accéder ?* » ;
 – les droits des patients, « *Une fois dans le système, malgré tout, il y a des difficultés, surtout en cas d'erreurs médicales* ».

Nous avons respectivement invité Cultures&santé ⁹ pour son travail sur la littératie en santé, Médecins du Monde pour l'accès aux soins et enfin la LUSS ¹⁰ pour un atelier thématique sur les droits des patients. Lors des dernières rencontres, les participantes ont proposé des pistes pour aller plus loin que ces échanges et ce selon trois axes :

santé, soit par exemple, acquérir plus de connaissances sur la santé, ou favoriser plus de transparence dans les hôpitaux en proposant que les questionnaires de satisfaction remplis après les hospitalisations soient rendus publics par chaque hôpital ;
 – présenter nos difficultés aux médecins et aux mutuelles, pour une meilleure construction du dialogue.

À la dernière séance, les femmes présentes ont réfléchi à la création d'un support d'information et d'animation pour qu'elles puissent partager toutes les connaissances acquises et se faire elles-mêmes relais d'un savoir prônant un meilleur accès aux soins (« *L'oral passe mieux que les prospectus dans l'entrée du bâtiment, qui ne sont jamais lus* »).

Nous avons remis à chaque participante une farde de synthèse avec toutes les informations qu'elles ont jugées nécessaires pour leur santé, utiles pour elles et à transmettre. Chaque sujet abordé était synthétisé en trois messages clés illustrés par **Maxime Jeune**, un auteur de BD. L'objectif pour les mois à venir est de les soutenir dans la transmission de ces messages autour d'elles.



Suite aux échanges et à la demande des femmes, les sujets nécessitant un éclairage d'expert (étalé sur trois séances) ont été :
 – l'information sur la santé, « *La santé mérite d'être protégée avant la maladie mais comment*

– transmettre autour de moi ce que j'ai appris, à la Maison Mosaïque de Laeken mais aussi dans ma famille ou dans d'autres maisons de quartier ;
 – multiplier les initiatives pour une meilleure

Qu'est-ce que qu'on va faire de tout ce qu'on a partagé ?

Au-delà des échanges et des résultats qu'est-ce qu'il en ressort ? Première surprise, les femmes qui ne se connaissaient pas toutes ont très vite montré une grande confiance, une écoute et un respect les unes envers les autres. En plus des discussions, il y a eu l'envie de se prononcer plus largement pour faire évoluer les choses (« *Qu'est-ce qu'on va faire de tout ce qu'on a partagé ?* »).

L'exercice de prise de recul sur les expériences a fait émerger des idées à mettre en œuvre :
 « *On a le droit de parler* », « *Il faut qu'on s'exprime,*

⁸ Cultures&Santé Asbl, « La santé c'est aussi » disponible sur <http://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/62-la-sante-cest-aussi.html>

⁹ Laurence D'hond, pour Cultures&Santé : <http://www.cultures-sante.be/>

¹⁰ Fabrizio Cantelli, pour la Ligue des Usagers des Service de Santé : <http://www.luss.be/>

*il faut qu'on demande, il faut qu'on se renseigne »,
« L'accès à l'information n'est pas anodin
mais nous avons la possibilité d'acquérir
des connaissances ».*

Un des effets inattendus, bien que nous ne nous soyons pas présentés comme des médecins, est que certaines femmes ont témoigné d'une plus grande confiance envers le système de santé. Notamment car elles pensent mieux le connaître et elles savent qu'il existe les structures de médiation pour les soutenir.

Une expérience à poursuivre ?

Ce type de séance permet de remplir les différents objectifs essentiels à une démarche de promotion de la santé et de plaider. Il permet à la fois de diffuser une information utile au quotidien, tout en travaillant et en alimentant un savoir personnel et collectif, reflet d'une réalité trop souvent peu tangible pour la plupart. Enfin, la subjectivité et la démarche participative des activités proposent des recommandations utiles et pratiques à appliquer.

Porter la voix ne doit donc pas se limiter à récolter des témoignages mais aussi à proposer un engagement qui (re)donne espoir face à la perception de ne jamais être entendu. L'engagement dans ce processus doit aussi montrer que cela peut être porté par une structure qui écoute et d'autant plus lorsqu'il y a alliance et échanges entre des partenaires.

OUTILS

Bisbrouille dans la tambouille

Description

Matériel

Contenu de 'Bisbrouille dans la tambouille'

- Un guide d'utilisation comprenant des repères théoriques, 10 'brise-glace', 6 modules d'animation identifiables par 6 couleurs, 28 défis, 1 évaluation pour l'animatrice(teur), 22 ressources pour mettre en place un projet collectif ;
- des supports matériels en lien avec les modules (facilement identifiables grâce au code couleur) ;
- une clé USB reprenant tous les outils, supports, ressources complémentaires, fiches à imprimer pour les participants.

Tous les éléments sont téléchargeables sur le site www.alimentationdequalite.be

Concept

Dans un monde idéal, chaque produit alimentaire vendu devrait être « bon-bon-bon » (bon au goût, bon pour la santé, bon pour la planète) tout en restant accessible financièrement.

Ainsi, une alimentation de qualité inclut les aspects nutritionnels bien sûr (équilibre, vitamines, etc.) mais aussi le goût, l'impact environnemental (pesticides, transport, emballage...), les conditions de production (respect et bien-être des travailleurs) et un prix accessible à tous.

Avec 'Bisbrouille dans la tambouille', les animateurs ont dans les mains des pistes pour les aider à mener des actions de sensibilisation à l'alimentation de qualité avec leur public.



Objectifs

- Réfléchir aux déterminants (freins et leviers) de l'accès à une alimentation de qualité
- Envisager les possibles et les limites au changement
- Expérimenter de nouvelles attitudes
- Déculpabiliser par rapport aux messages normatifs de santé publique
- Débattre avec les participants de leurs moyens d'action

Conseils d'utilisation

Le parcours s'effectue au choix des animateurs, en sélectionnant un ou plusieurs modules.

Ils prendront toutefois le temps de découvrir le préambule qui explique le cadre de réflexion qui

a présidé à l'élaboration de ce kit pédagogique.

Les 6 modules 'à la carte' :

- Les critères de choix

À quoi faites-vous attention pour vos achats de nourriture ?

- Les déterminants

Bien manger, ce n'est pas de la tarte...

Qu'est-ce qui influence nos choix alimentaires ?

- Les étiquettes

Comment trouver et comprendre les informations sur les produits ?

- La publicité

Comment décoder l'information et les stratégies marketing ?

- Les freins

Quelles pistes pour lever les freins à la consommation individuelle de légumes et de fruits ?

- Atelier du goût

Quelle soupe choisir ? Les participants sont amenés à comparer différentes soupes (industrielle/maison) à partir de différents critères : prix, temps, quantité de légumes, sel, additifs, goût.

Le trajet proposé débute par une interrogation sur les habitudes individuelles de courses alimentaires (module 1), se poursuit par l'évocation des difficultés à manger en respectant les nombreux critères de qualité (module 2), décode les dérives publicitaires (module 3), déchiffre les étiquettes alimentaires (module 4), repère les freins au changement (module 5) et se termine par une séance conviviale de fabrication/dégustation de soupe de saison (module 6).

Bon à savoir

L'outil est entièrement téléchargeable et disponible en prêt dans les centres de documentation cités ci-dessous, et disponible à la consultation à l'Outilthèque Santé, Service promotion santé UNMS, Bd Ansapach 1, 1000 Bruxelles. Tél. : 02 515 05 81 et 02 515 05 85 (visites sur rendez-vous). Courriel : info@pipsa.be.

Il peut être emprunté dans tous les Centres locaux de promotion de la santé (CLPS), ainsi que chez Cultures&Santé (Bruxelles). Certaines mutualités Solidaris le proposent également en prêt :

- Brabant Wallon. Contact à Nivelles : anne.gerard@solidaris.be, 010 24 37 24
- Centre Charleroi et Soignies. Contact à La Hestre : valerie.bureau@solidaris.be, 0473 722 182
- Namur, Dinant-Philippeville. Contact à Philippeville : francoise.dupont@solidaris.be, 081 777 191 - 0497 97 85 50

Où trouver l'outil

Chez l'éditeur : Service Promotion de la Santé - UNMS, Rue St Jean 32-38, 1000 Bruxelles. Tél. : +32 (0)2 515 05 85.

Courriel : promotion.sante@mutsoc.be.

Internet : <http://www.pipsa.be> -

<http://www.alimentationdequalite.be>

Dans les centres de prêt de centres locaux de promotion de la santé de Liège, Verviers, Brabant wallon, Bruxelles, Huy-Waremme, Mons-Soignies, Hainaut occidental, Province de

Luxembourg, Namur et Charleroi-Thuin. Aussi au Centre de ressources documentaires provincial de Namur et à Cultures&Santé.

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

Appréciation générale

Cet outil aborde la thématique de l'alimentation de manière globale. Les éléments théoriques qui le sous-tendent sont pertinents et éclairants pour aborder le sujet en sortant du 'tout nutritionnel' et propose de nouvelles pistes d'approche du domaine en mettant particulièrement l'accent sur les fruits et légumes. L'outil est détaillé et complet. Il fournit beaucoup d'éléments de compréhension. D'un point de vue documentaire, il contient quantité de ressources pertinentes. Pour la personne chargée de l'animer, l'outil est touffu, il n'est pas forcément facile d'entrer dedans. Sa prise en main demande du temps, on regrette l'absence d'une *mise en bouche* plus claire qui permettrait de s'y repérer plus aisément. Cet outil contient 6 modules d'animation.

Les modules 1 à 3 pèchent par une mise en œuvre qui manque de mise en pratique directe dans l'entrée en matière, même si leurs objectifs et contenus sont pertinents. Ce manque de concret rend ces modules moins adaptés pour certains publics (publics précarisés, peu familiarisés avec l'écrit).

Des défis sont proposés aux participants à l'issue de chaque module. Ce principe est intéressant car il propose d'aller au-delà de l'animation et

de poser une action concrète. Ces défis sont pertinents et reliés aux freins. Ils sont réalistes et accessibles (pas de risque de découragement). L'outil nécessite un long temps de préparation et quelques adaptations en fonction du public cible, mais les possibilités qu'il ouvre sont cohérentes avec ce temps de familiarisation.

Objectifs

- Prendre connaissance d'informations sur l'alimentation au sens large
- Apprendre à décoder certains éléments liés à la consommation (étiquetage, publicité)
- Comprendre l'impact de certains déterminants de santé dans l'accès à une alimentation de qualité
- Expérimenter, via les défis, de nouvelles attitudes
- Expérimenter la préparation de légumes.

Public

Adultes ayant un bon accès à l'écrit et à la réflexion sous sa forme actuelle ; peut être utilisé avec des adultes qui entreront plus aisément dans du concret moyennant quelques adaptations.

Utilisation conseillée

- Commencer par le module 6, qui met en action au niveau gustatif
- Les modules sont numérotés, mais d'autres ordres de mise en œuvre sont possibles

VU POUR VOUS

Séropositif ? Et alors ? Réactions sur le vif en caméra cachée

Plate-forme Prévention Sida

Les personnes séropositives peuvent aujourd'hui susciter un sentiment de solidarité spontanée lorsqu'elles sont victimes d'un comportement de rejet. Une caméra cachée en témoigne. Mais... accepter un/une partenaire vivant avec le VIH, cela reste beaucoup moins évident. Et vous comment réagiriez-vous ?

Caméra cachée : le scénario

Ils se sont connus sur internet et c'est leur première rencontre, dans un bar. Il l'attend en buvant un verre ; elle arrive, souriante mais essoufflée. Elle a couru, elle a soif et demande si elle peut boire dans son verre, ce qu'il accepte.

Très vite, il lui révèle ensuite sa séropositivité. Elle se fige, s'énervé, lui reproche de l'avoir laissé boire dans son verre alors qu'il est porteur du VIH. Le ton monte, le serveur s'en mêle, invoque le risque de contamination des couverts, refuse de le servir, lui clame de sortir du bar...

Comment réagissent les autres personnes présentes dans l'établissement ?

C'est-ce que révèle la 'caméra cachée' de la Plate-forme Prévention Sida, réalisée en partenariat avec l'association belge *Would You React?* et diffusée

sur internet. *Would You React?* s'est donné pour mission de promouvoir les valeurs d'entraide et d'action citoyenne, notamment en réalisant et diffusant le plus largement possible des vidéos filmées en caméra cachée, qui montrent les réactions des gens face à des situations négatives du quotidien. Les vidéos intègrent les commentaires et analyses de spécialistes. Précisons d'emblée que la situation montrée ici est donc bien, au départ, une fiction : le garçon et la fille qui se sont donné rendez-vous, ainsi que le serveur de l'établissement sont interprétés par trois acteurs professionnels, dans le but de susciter des réactions. Objectif atteint : plusieurs autres personnes ont réagi spontanément sans savoir qu'elles étaient filmées. La caméra cachée est accessible sur le site de la Plate-forme Prévention Sida : www.preventionsida.org.

Des réactions de solidarité à l'égard du client séropositif

Bonne nouvelle : la caméra cachée réalisée par *Would You React?* et la Plate-forme Prévention Sida nous montre des réactions d'empathie et de solidarité avec le client séropositif. Et nous ne pouvons que nous en réjouir. La séropositivité susciterait donc, aujourd'hui, moins de rejet et d'exclusion dans la vie quotidienne, comme ici, dans un bar.

La discrimination n'a pas complètement disparu pour autant, mais, peu à peu, les mentalités évoluent. De plus en plus de gens le savent : le VIH ne se transmet pas dans les gestes de la vie quotidienne et les personnes séropositives ne sont pas des 'virus ambulants' : boire un verre, partager un repas, travailler, jouer, faire du sport, etc. avec une personne séropositive ne comporte et n'a jamais comporté aucun risque de transmission.

Vivre avec une personne séropositive, vous le feriez ?

Dans les domaines du quotidien, c'est sans doute plus facile de montrer sa tolérance vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH que dans le secteur de la vie affective et sexuelle. En effet, combien des personnes accepteraient d'avoir une personne vivant avec le VIH comme partenaire ? Toutefois, même ceux qui se veulent tolérants par rapport à la séropositivité peuvent avoir des



réactions d'exclusion par crainte d'une infection. Dans la caméra cachée, la jeune femme a une réaction très négative en apprenant la séropositivité du garçon rencontré sur internet. Cela fait partie du scénario, mais vous, comment auriez-vous réagi ? Seriez-vous prêt (prête) à envisager une relation avec une personne séropositive ? Grâce aux progrès des traitements médicaux, il est plus que jamais possible de partager la vie d'une personne séropositive sans risque d'infection. C'est-à-dire, pour être clair, de vivre en couple et d'avoir des relations sexuelles, de fonder une famille.

Les traitements actuels empêchent la transmission du virus, sont plus efficaces, mieux supportés et permettent d'avoir une vie épanouissante

Ces traitements réduisent la charge virale (la quantité de virus présente dans le sang et les sécrétions sexuelles). Plus la charge est faible, moins la personne est contaminante. Une personne séropositive qui a un suivi médical régulier et prend correctement son traitement peut arriver à avoir une charge virale indétectable. La personne dont la charge virale est indétectable reste séropositive, mais le risque de transmission du virus a disparu. À cet égard, un médecin britannique ¹ vient encore tout récemment de confirmer l'absence de risque de transmission lorsque la charge virale est indétectable depuis au moins six mois : « *si vous prenez le traitement VIH comme prescrit, et que vous avez une charge virale indétectable depuis plus de six mois, vous ne pouvez pas passer le VIH à votre partenaire, avec ou sans préservatif.* » Par ailleurs, l'espérance de vie d'une personne séropositive sous traitement rejoint celle d'une personne séronégative ! Enfin, quel que soit le statut sérologique de son/sa partenaire, on peut, grâce aux traitements, avoir des enfants séronégatifs.

Une caméra cachée en lien avec la campagne

« Partager sa vie avec une personne séropositive, c'est possible. »

La Plate-forme Prévention Sida a réalisé en 2015 une campagne qui invite à porter un autre regard sur les personnes vivant avec le VIH tout en informant sur les progrès des traitements capables aujourd'hui d'empêcher la transmission du VIH au/à la partenaire d'une personne séropositive.² Cette campagne, reprise en 2016 souligne qu'en vivant avec une personne séropositive, on prend surtout le risque d'être amoureux, d'avoir de merveilleux enfants, de vieillir ensemble, ou encore tout simplement, de prendre son pied ! En d'autres mots, rejeter une personne parce qu'elle vit avec le VIH, c'est se priver d'une belle rencontre ! Ce qui rejoint bien la situation présentée dans la caméra cachée. La campagne est déclinée en spots TV et radio, ainsi qu'en affiches et cartes postales qui ont notamment été distribuées lors de la journée du 1^{er} décembre 2016.

La discrimination : les faits

La première enquête menée en Belgique francophone sur les conditions de vie des personnes séropositives le confirme³ : même si de façon générale, les résultats sont encourageants, les discriminations à l'égard des personnes séropositives restent néanmoins une réalité. Et ce dans les différentes sphères de la vie quotidienne : soins de santé, vie affective, vie professionnelle, vie scolaire... Dans le domaine médical, par exemple, l'enquête révèle que 13,1 % des répondants ont déjà connu des refus de soins du fait de leur séropositivité et que 21,4 % ont ressenti de la gêne de la part du personnel médical pour la même raison. Par ailleurs, si 76,9 % des répondants ont déclaré ne pas avoir connu de situation de discrimination dans leur vie sociale et professionnelle, la moitié d'entre eux (49,8 %) ont renoncé à quelque chose de peur d'être discriminés. Enfin, dans le domaine de la vie affective et sexuelle, 24,5 % des personnes séropositives ont connu une rupture de relation à cause de leur séropositivité.

1. Le Docteur Michael Brady, directeur médical de l'association britannique Terence Higgins Trust, et chef de clinique au service de santé sexuelle du Kings College Hospital.

2. Voir l'article 'Partager sa vie avec une personne séropositive, c'est possible', par la Plate-forme Prévention Sida, Éducation Santé n° 318, janvier 2016, <http://educationsante.be/article/partager-sa-vie-avec-une-personne-seropositive-cest-possible/>

3. Enquête sur les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH en Belgique francophone (Wallonie et Bruxelles) 2010-2012.



ÉDUCATION SANTÉ

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

Sommaire

INITIATIVES

2 Sages-femmes : lumière ! par *Colette Barbier*

Au vu des connaissances sommaires que la plupart d'entre nous ont sur les sages-femmes, il n'est pas exagéré de dire que le développement de l'obstétrique, survenu dans la deuxième moitié du 20^e siècle, a couvert d'une cape d'invisibilité celles qu'on appelait autrefois des 'matrones'.

5 L'acoustique en milieu scolaire, par *Julie Luong*

Le bruit est une pollution très sous-estimée. Y être exposé de manière importante a un impact majeur sur la santé, en particulier sur les taux d'hormones liées au stress et sur la pression artérielle. Mauvais pour le cœur et le sommeil, le bruit altère également les capacités cognitives de mémorisation et la réalisation de tâches complexes.

RÉFLEXIONS

6 La cybersanté en pleine évolution, par *Carole Feulien*

Un rapport portant sur la cybersanté dans la Région européenne de l'OMS révèle que des progrès tangibles ont été réalisés, avec des avantages évidents pour de nombreux pays. Pourtant, malgré les exemples édifiants de réussites dans ce domaine, l'adoption de la cybersanté n'est pas uniforme au sein de l'Union européenne. Qu'en est-il en Belgique ?

8 Se mettre à table, par l'*asbl CORDES* (pages centrales)

LOCALE - BRUXELLES

11 Avec elles, promotion de la santé et plaidoyer, par *Timothée Delescluse* et *Avec elles*

Porter la voix pour une réduction des inégalités sociales de santé et une évolution du cadre politico-administratif passe par des dispositifs qui impliquent au maximum, dans la revendication, les personnes rencontrant un problème de santé.

OUTILS

13 Bisbrouille dans la tambouille

VU POUR VOUS

14 Séropositif ? Et alors ? Réactions sur le vif en caméra cachée, par la *Plate-forme Prévention Sida*

Les personnes séropositives peuvent aujourd'hui susciter un sentiment de solidarité spontanée lorsqu'elles sont victimes d'un comportement de rejet. Mais... accepter un/une partenaire vivant avec le VIH, cela reste beaucoup moins évident. Et vous comment réagiriez-vous ?

Sur notre site
www.educationsante.be

À la parution de chaque numéro, Éducation Santé vous propose des articles disponibles uniquement sur son site internet. Ce mois-ci :

- Vieillir rend moins heureux,
par la *Mutualité chrétienne*
- Tableaux de bord en Wallonie :
des provinces s'associent !,
par l'*Association des provinces wallonnes*
- Enquête de consommation alimentaire 2014-
2015 : l'énergie, par *Christian De Bock*
- La Wallonie pérennise les Réseaux locaux
multidisciplinaires pour les malades
chroniques, par *Maxime Prévot*
- Dans le Hainaut, un nouveau bus médical
à la rencontre des exclus des soins,
par *Médecins du Monde*

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 : Association des provinces
wallonnes, Colette Barbier, asbl CORDES, Timothée
Delescluse, Julie Luong, Médecins du Monde, Plate-forme
prévention sida, Maxime Prévot.

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.

Routage : JMS Mail +.

Tirage : 1 350 exemplaires. Diffusion : 1 300 exemplaires.

Diffusion électronique : 1 800 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.



Avec le soutien financier de la Wallonie



Imprimé sur papier blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

