

# éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones  
en promotion de la santé – [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be)  
N° 405 / DÉCEMBRE 2023



PB-PP  
BELGIE(N)-BELGIQUE



**La santé mentale  
des tout-petits  
avance à petits pas**

# Sommaire



## 3

RÉFLEXIONS

**La santé mentale des tout-petits**

avance à petits pas



## 13

POLITIQUES

**La campagne #VivreMieux met l'accent sur la promotion de la santé**



## 7

POLITIQUES

**Le foisonnement des acteurs de PS,**

gage de liberté ou de fragilité?



## 10

INITIATIVES

**Des étudiant-es,**

vent debout contre les ISS



[www.educationsante.be](http://www.educationsante.be)

- Retrouvez tous nos articles et des inédits en ligne.
- Abonnez-vous à notre newsletter et découvrez d'autres articles, ressources et informations épinglés pour vous.



Retrouvez-nous aussi sur :

[www.facebook.com/revueeducationsante](https://www.facebook.com/revueeducationsante)

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

**MENSUEL** (11 numéros par an, ne paraît pas en août). **ABONNEMENT** : gratuit pour la Belgique. Pour l'étranger, nous contacter. **RÉALISATION ET DIFFUSION** : Mutualité chrétienne (MC). **ONT COLLABORÉ CE MOIS-CI** : Clotilde de Gastines, Coalition Santé. **RÉDACTRICE EN CHEF** : France Gerard ([education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be)). **ÉQUIPE** : Clotilde de Gastines, Rajae Serrokh, Maryse Van Audenhaege. **CONTACT ABONNÉS** : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be). **COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT** : Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Martin de Duve, Dominique Doumont, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Célestine Gallez, Estelle Georgin, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Denis Mannaerts, Daphné Scheppers. **COMITÉ OPÉRATIONNEL** : Tania Antonioli, Pierre Baldewyns, Nathalie Cobbaut, Dominique Doumont, François Negrel, Anne-Sophie Poncelet. **ÉDITEUR RESPONSABLE** : Alexandre Verhamme, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **MISE EN PAGE** : Émerance Cauchie. **ISSN** : 0776 - 2623. Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord de la revue et moyennant mention de la source. **POUR TOUS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET** : [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be). **COURRIEL** : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be). Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé : [www.pipsa.be](http://www.pipsa.be). Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be). Notre site adhère à la plate-forme [www.promosante.net](http://www.promosante.net). Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt : Bruxelles X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrégation : P401139. Crédit photos : AdobeStock.

# La santé mentale des tout-petits avance à petits pas

RÉFLEXIONS

Le 18 octobre dernier, UNICEF Belgique organisait une journée dédiée à la santé mentale des enfants et des jeunes – devenue suite à la crise Covid, un enjeu politique. L'occasion de faire le point sur les efforts de ces dernières années pour promouvoir la santé psychique et le chemin qu'il reste à parcourir, notamment pour les plus vulnérables: les enfants de moins de 30 mois.

## ► CLOTILDE DE GASTINES

L'épidémie de Covid et les confinements ont provoqué une large prise de conscience sur les questions de santé mentale, obligeant les pouvoirs publics à investir massivement dans le secteur – 165 millions par an, dont un tiers est fléché vers les jeunes et les enfants. Conclue en 2022, une nouvelle convention structure désormais les soins psychologiques de première ligne (SPPL), ce qui a permis à 32 réseaux de soins en santé mentale d'organiser la coopération locale entre les acteurs au sein et en dehors des soins de santé mentale<sup>1</sup>.

Le 18 octobre dernier, lors d'un colloque organisé par UNICEF Belgique, le ministre de la Santé Frank Vandenbroucke, a annoncé l'octroi de 93 millions supplémentaires en 2024-2025. Ces financements accompagneront des réformes pour intervenir à un stade précoce, en mettant l'accent sur les mille premiers jours de l'enfant à travers une amélioration des parcours de soins périnataux (10,8 millions) et un accompagnement renforcé pour les femmes vulnérables.

Lors du colloque, Marie Lambert, co-directrice du CRéSaM et Nicolas Jacquet, chercheur à l'Université de Liège ont justement présenté les grandes lignes d'un rapport, financé par ONE Academy, qui analyse les difficultés concrètes que rencontrent les parents de jeunes enfants. Ils constatent le morcellement de la prise en charge de la santé psychique des enfants de moins de 30 mois, encore trop peu considérée. « *Bien qu'il ait été publié en décembre 2021, certains constats sont toujours d'actualité* » explique Nicolas Jacquet.

Les chercheurs sont partis des trajectoires de vie de cinq familles, qu'ils ont rencontré six ou sept fois après

la naissance de leur enfant. « *Les entretiens avec les parents, les frères et sœurs nous ont permis de cerner des difficultés auxquelles nous n'aurions pas pensé – comme par exemple l'importance du lien de confiance que la famille peut nouer pendant la grossesse avec le partenaire Enfants-Parents (PEP's) de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, qui change après la naissance pour le suivi jusqu'aux 6 ans de l'enfant, ce qui suscite une forte incompréhension chez certains parents* » ajoute le chercheur.

## Un double morcellement structurel

Le premier constat est que le morcellement des politiques publiques a un impact sur la prise en charge des tout-petits. La répartition des compétences entre l'État fédéral, les régions et les communautés est à l'origine d'un morcellement institutionnel/constitutionnel des politiques publiques dans le contexte belge: l'État fédéral, les trois régions, chacune ayant la tutelle des provinces et des communes qui la composent, et les trois communautés. Cette organisation étatique entraîne une distribution complexe des compétences au sein de l'État, à laquelle les matières relevant de la santé mentale, de la promotion de la santé et de la petite enfance n'échappent pas.

Sur le territoire wallon, depuis la sixième réforme de l'État, la Région wallonne, la Fédération Wallonie Bruxelles, la Communauté germanophone et l'autorité fédérale ont en effet certaines compétences en la matière. Par ailleurs, au sein d'un même niveau de pouvoir, l'exercice des compétences peut différer. Par exemple, en Fédération

<sup>1</sup> La première séance est gratuite. Aux séances suivantes, la contribution personnelle est de 11 euros/heure, sauf intervention majorée (4 euros/heure). Les enfants et les jeunes adultes (moins de 23 ans) ont droit à un maximum de 10 séances individuelles ou 8 séances de groupe par période de 12 mois.



Wallonie-Bruxelles, trois grands axes des politiques de jeunesse (enseignement, culture, justice) sont motivés par une philosophie et des logiques d'action qui divergent.

Un deuxième morcellement s'opère aussi entre les services et les structures. Celui-ci est notamment lié à la construction en trois piliers des institutions belges (libéral, catholique, socialiste) et à la tendance actuelle à l'hyperspécialisation des services, constate le rapport. Parmi ces acteurs, « certains ont du mal à dire, "je fais de la santé mentale", comme si la santé mentale n'était que l'affaire des soins spécialisés. [...] Quand chaque secteur pourra se dire "nous faisons de la santé mentale", le morcellement sera moindre » assure un acteur en contact avec les professionnels de terrain lors d'entretien avec les chercheurs.

### Des fragilités encore méconnues

Particulièrement vulnérables et dépendants, les enfants de moins de 3 ans mobilisent des acteurs de secteurs divers (santé mentale, soins de première ligne, handicap, petite enfance, aide à la jeunesse, protection de la jeunesse, droits sociaux, justice...). Or ces professionnels n'ont pas de langage commun. « Les connaissances actuelles autour des enjeux de la santé mentale des tout-petits de 0 à 30 mois, tels que la notion de vie psychique chez l'enfant, l'identification de signes de souffrance ou de difficultés psychologiques telles qu'ils se manifestent chez ces tout-petits qui n'ont pas encore accès à la parole, ne sont pas toujours partagées et ce, y compris au sein du secteur de la santé mentale » soulignent-ils.

Les témoignages récoltés par les chercheurs font aussi état d'un nombre insuffisant de professionnels spécialisés pour les tout-petits de 0 à 30 mois. « Quand l'enfant [...] ne parle pas, c'est extrêmement difficile, et extrêmement peu

d'acteurs de terrain de première ligne sont formés à comprendre, à décoder, à s'intéresser même, au langage du nourrisson qui n'est pas un langage verbal », confiait un professionnel lors d'un entretien avec les chercheurs.

De surcroît, de nombreux spécialistes de la santé mentale n'ont pas encore été formés à la prévention, à la détection et à la prise en charge des tout-petits. Cette absence de formation peut alors conduire au développement de représentations qui vont fortement différer d'un professionnel à un autre et compliquer grandement le travail collaboratif.

Les formations de base des professionnels des secteurs concernés devraient, selon les auteurs, intégrer un volet qui leur soit spécifiquement dédié. Il serait nécessaire de rendre les filières destinées aux tout-petits plus attrayantes en sensibilisant à l'importance de ces fonctions ou en développant diverses motivations permettant d'attirer davantage de professionnels. Ainsi valoriser la prise en charge holistique des tout-petits, valoriserait aussi les pratiques de promotion de la santé et de soins dans leur ensemble.

Dans le cadre de la détection précoce, être formé à la santé mentale des tout-petits permet d'avoir une attention particulière aux grandes étapes du développement chez le bébé et à ses éventuels signes de souffrance : par exemple, un enfant qui ne soutiendrait pas le regard, un enfant qui serait très calme et ne pleurerait jamais, pour le cas échéant mettre en place un suivi préventif et curatif pertinent dès les premiers mois de la vie.

### L'ange gardien sur-sollicité

Pour les auteurs du rapport, la prise en charge nécessite une réelle collaboration entre ces secteurs, en tenant



compte de leurs missions, valeurs, contraintes administratives, réglementations. Mais l'articulation des différents champs ne se fait pas sans mal dans un paysage belge complexe en termes de répartition des compétences et de fragmentation de l'offre.

Si l'hyperspécialisation des services qui gravitent autour des enfants de 0 à 30 mois répond à une nécessité, elle ne peut pas se faire au détriment d'une prise en charge holistique des problématiques rencontrées par ces enfants et leur famille, estiment les auteurs. « *La nécessité et le manque d'un fil rouge dans la trajectoire de l'enfant et de sa famille sont apparus de manière criante au cours de nos travaux* » précise Marie Lambert.

La recherche a mis en évidence que l'accompagnement global d'une famille est souvent porté par un seul travailleur, « *un ange gardien* » pour reprendre les mots de certains parents, ce qui peut entraîner des conséquences négatives, telles que le manque d'accès à certaines informations ou à certains droits (aucun travailleur n'étant omniscient); la dépendance (y compris affective) à ce travailleur avec notamment le non-recours aux droits en son absence (congrés, maladie, changement de profession...); le poids qui repose sur les seules épaules du travailleur; la perte, pour la famille, de l'accès aux services lorsque la relation avec le travailleur est mauvaise, décline, ou prend fin (notamment lors de l'arrêt d'un financement public ou privé ou lors de certaines transitions: de la conception à l'arrivée de l'enfant, lors du retour à la maison après l'accouchement, lors de l'entrée à l'école...).

Les situations humainement et/ou émotionnellement très difficiles rencontrées par les travailleurs en contact avec les enfants de 0 à 30 mois souffrant d'une problématique de santé mentale entraînent parfois un sentiment de solitude important. À mesure que ces situations se répètent et sans soutien (surtout à défaut d'outils adéquats), le professionnel peut se démotiver, voire jeter l'éponge. C'est l'une des explications pointées du doigt à propos du renouvellement (turnover) élevé chez ces professionnels, à côté des financements de projets limités.

### Dégager du temps et des moyens pour les collaborations

« *On se réunit autour d'une famille, et on parle d'une situation. Et ça, ça fait du bien, parce que [...] on a une approche complémentaire, mais on apprend aussi à connaître les autres services et donc c'est parfois plus facile d'envoyer une famille dans un service quand on connaît* », relate un professionnel de terrain.

Pour les auteurs, il est nécessaire de prévoir directement, dans les missions et le temps de travail des professionnels en contact avec les enfants de 0 à 30 mois, des périodes leur permettant de se consacrer aux demandes qui sortent de leurs missions premières, mais qui relèvent d'une prise

en charge holistique de la famille. Les professionnels ne devraient pas forcément y répondre eux-mêmes, mais auraient un temps disponible pour pouvoir accompagner l'enfant et sa famille vers d'autres services qui pourront prendre le relais.

Du temps dédié devrait être alloué aux professionnels sans conditions: ils recevraient la confiance de leur hiérarchie pour l'utiliser de la façon la plus adéquate en vue de répondre aux diverses demandes des usagers.

### Faire bouger les lignes

Le rapport insiste enfin sur la nécessité de mettre en place une approche de la santé mentale par les droits de l'enfant, des bébés en particulier, pour créer un cadre normatif commun à tous les intervenants.

#### Les huit recommandations des chercheurs

- 1 Développer une vision holistique, collective et pluridisciplinaire comme fil rouge de la trajectoire de prise en charge des problématiques de santé mentale.
- 2 Mettre fin au non-recours aux droits en renforçant l'offre de services en la rendant visible, accessible et adaptée.
- 3 Intégrer les proches de l'enfant y compris les fratries dans la trajectoire de soins en reconnaissant leur expertise en les accompagnant.
- 4 Prévoir dans les missions des travailleurs de terrain un temps nécessaire pour une prise en charge holistique des enfants et de leurs familles.
- 5 Soutenir les travailleurs de terrain en leur permettant d'avoir des temps d'échange formels et informels, d'intervision et de supervision.
- 6 Soutenir les collaborations entre professionnels notamment par la mise à disposition d'outils réflexifs sur les valeurs, représentations, stratégies et cadres réglementaires des uns et des autres.
- 7 Former et sensibiliser aux droits de l'enfant et à la santé mentale des professionnels en contact avec les enfants et leurs proches.
- 8 Sensibiliser la société aux problématiques de santé mentale de enfants.

« Nous espérons que la présentation de ce rapport, devant des professionnels mais également des représentants politiques le 18 octobre dernier contribuera à faire bouger les lignes » dit Elisabeth Miller, médecin expert auprès de la direction santé de l'ONE et co-responsable du nouveau pôle Santé Mentale. L'institution a justement mis en place différentes actions pour soutenir la santé mentale des familles en Wallonie et à Bruxelles. La nouvelle convention de soins psychologiques a permis de répondre à une forte demande de la part des familles et l'ONE a également créé une plateforme périnatale en Wallonie. Des agents de terrain interviennent à domicile sur demande des familles les plus vulnérables, et sont en lien avec la cellule de soutien à la parentalité de l'ONE.

En parallèle, l'ONE a sensibilisé et outillé ses agents sur la thématique pour qu'ils puissent repérer les besoins en santé mentale, et pour qu'ils puissent travailler en réseau. « Notre volonté est de partir de la promotion de la santé et de la prévention, dit la médecin. Et de mettre en place des suivis adaptés aux besoins des familles, des suivis renforcés si besoin ».

UNICEF Belgique constate « qu'il reste de nombreux points à améliorer pour améliorer la prévention de la santé mentale chez les jeunes enfants en Belgique, explique Evelyne Couck, Public Officer de l'organisation de défense des droits des enfants. Comme les expériences négatives vécues pendant la grossesse et la petite enfance peuvent avoir un impact négatif sur la santé mentale tout au long de la vie, il faut s'intéresser de près à l'entourage le plus proche des enfants, à savoir leurs parents, leur famille et les autres personnes qui s'occupent d'eux, pour les soutenir au maximum dans cette tâche si importante : prendre soin d'un enfant ».



## Pour en savoir plus

- ▶ La santé mentale de l'enfant dans les 30 premiers mois : plaidoyer pour une prise en charge ambitieuse, globale, universelle et inconditionnelle des familles – L'impact du morcellement des politiques publiques sur la prise en charge des problématiques de santé mentale des enfants de 0 à 30 mois en Wallonie et sur l'effectivité de leurs droits fondamentaux. Résibois, M., Rasson, A.-C., Jacquet, N. & Lambert, M. (2022). – 31/12/2021. Bruxelles : Office de la Naissance et de l'Enfance/ONE Academy. 113p  
<https://hdl.handle.net/2268/295852>
- ▶ le site d'UNICEF Belgique : <https://www.unicef.be/fr>
- ▶ Liste des réseaux de soins de santé mentale pour les enfants et adolescents et leurs sites web : [https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/psy\\_netwerken\\_kinderen\\_jongeren\\_psy\\_reseaux\\_enfants\\_adolescents\\_citizen.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/psy_netwerken_kinderen_jongeren_psy_reseaux_enfants_adolescents_citizen.pdf)
- ▶ Le tableau des investissements en santé mentale du ministère de la santé : Convention soins de santé mentale de première ligne : une aide pour les personnes et une réforme fondamentale | Frank Vandebroucke (belgium.be)  
<https://vandenbroucke.belgium.be/fr/convention-soins-de-sant-mentale-de-premi-re-ligne-une-aide-pour-les-personnes-et-une-r-forme>
- ▶ 12 recommandations pour les professionnels de santé et de l'action sociale : la promotion de la santé psychique dans la petite enfance – Promotion Santé Suisse  
[https://promotionsante.ch/sites/default/files/2023-01/Fiche\\_d\\_information\\_PSCH\\_2019-03\\_-\\_La\\_promotion\\_de\\_la\\_sante\\_psychique\\_dans\\_la\\_petite\\_enfance.pdf](https://promotionsante.ch/sites/default/files/2023-01/Fiche_d_information_PSCH_2019-03_-_La_promotion_de_la_sante_psychique_dans_la_petite_enfance.pdf)



# Le foisonnement des acteurs de PS, gage de liberté ou de fragilité ?

Vincent Lorant, sociologue, politologue et chercheur spécialisé en santé publique, est intervenu lors du colloque organisé par la Fédération Bruxelloise de la Promotion de la Santé (FBPS) le 2 octobre dernier pour évoquer les fragmentations du secteur. Entretien.



POLITIQUES

## ► PROPOS RECUEILLIS PAR CLOTILDE DE GASTINES

Enseignant-chercheur à l'Université catholique de Louvain au sein de l'Institut de recherche santé et société (IRSS), Vincent Lorant se consacre à la promotion de la santé dès 1997, au moment où la Communauté française (devenue depuis la Fédération Wallonie-Bruxelles) revoit son décret en promotion de la santé. Le cabinet de la ministre-présidente de l'époque Laurette Onkelinx demande au chercheur d'élaborer un tableau de bord en promotion de la santé (voir Éducation Santé n°127, 1998). Près de 30 ans plus tard, alors que Bruxelles-Capitale lance une grande refonte du secteur sanitaire et social, Vincent Lorant analyse ses fragilités.

**Éducation Santé : Lors du colloque organisé par la FBPS (voir encadré), vous avez expliqué que la promotion de la santé à Bruxelles était fragmentée. Pouvez-vous nous en dire plus ?**

**Vincent Lorant :** Le paysage de la promotion de la santé bruxellois paraît vraiment fragmenté, fragile. Je note que la FBPS regroupe plus de 40 membres<sup>1</sup>, ce qui paraît beaucoup pour un petit territoire d'un peu plus d'un million d'habitants. Cette fragilité est en grande partie liée à la gouvernance de la Promotion de la Santé et aux modalités de financement par appels à projet. C'est le résultat du décret Onkelinx de 1997. Il y a bien des objectifs, mais pas de véritable choix politique, de peur de privilégier certains publics ou certaines structures.

Le souci principal au niveau bruxellois et en Wallonie aussi, est lié à la grande diversité des acteurs et à leur volonté d'autonomie sur le terrain. À partir de là, il est difficile de créer une action commune cohérente. Qu'il y ait une diversité

de publics cibles, une diversité de problèmes de santé, c'est normal, c'est le propre de l'action dans le domaine de la santé et du social. Mais on a un peu l'impression que l'autonomie des acteurs et leur liberté d'action, leur liberté d'implémentation de leurs pratiques l'emporte sur une offre cohérente et structurée qui viserait d'abord et avant tout à améliorer la santé des Bruxellois et Bruxelloises.

**En quoi cette autonomie, cette liberté d'action peut-elle être fragilisante ?**

Chaque acteur a ses préoccupations financières, ses frais de personnels, ses coûts fixes. Les associations se plaignent d'ailleurs que les financements soient peu pérennes, elles survivent à coups de subventions facultatives. Ça les fragilise, ça ne favorise ni la continuité des personnels, ni la continuité de l'action dans les communautés. Ça crée une énorme concurrence, d'autant que le secteur n'a pas de coordinateur. Le décret Onkelinx avait créé les centres locaux de promotion de la santé (CLPS), dont le rôle de coordination fait bien partie des missions, mais ils ne disposent pas des outils financiers ou réglementaires pour l'assurer.

Aujourd'hui, d'après ce que je perçois, la FBPS semble plus jouer un rôle de plateforme qu'un véritable rôle de fédération qui donnerait une impulsion ou qui aurait un pouvoir de leader, capable de donner une orientation globale. Mon impression, c'est que l'administration de la COCOF assiste au débat mais ne donne pas une orientation claire et laisse les acteurs se concerter. Si l'administration ne veut pas être le coordinateur ou en désigner un, alors c'est le modèle néolibéral qui prendra naturellement le dessus, ou peut être

<sup>1</sup> Voir l'article de Pascale Anceaux dans le numéro de novembre d'Éducatons Santé : <https://educationsante.be/bruxelles-decryptage-du-plan-de-promotion-de-la-sante-2023-2028>

que l'un ou l'autre acteur plus puissant deviendra le coordinateur de fait.

**Comment assurer la cohérence alors? Bruxelles est en train de mettre en place un plan social-santé intégré (PSSI), dans lequel Brusano jouera le rôle de coordinateur entre la première ligne et les autres acteurs, mais le secteur de la promotion de la santé se sent un peu relégué. Est-ce que cela suffira?**

Vous avez trois manières d'assurer une intégration, selon Walter Leutz, qui a théorisé cette notion en 1999<sup>2</sup>. Actuellement, nous sommes dans une situation de marché libre, les acteurs entrent en relation les uns avec les autres en fonction des besoins pour leur action. C'est le modèle de la liaison, le « Linkage » en anglais. Mais le linkage a ses limites: il ne facilite pas les liens durables et de confiance, et il crée une énorme concurrence entre les acteurs. Par ailleurs, il est très coûteux en temps. C'est ce qui ressortait des témoignages lors du colloque organisé par la FBPS. Il me semble que ce modèle est peu efficient. Mais, surtout, il ne facilite pas la réalisation d'objectifs collectifs surtout quand la situation des personnes est instable, et qu'elles nécessitent l'intervention et la mobilisation d'un grand nombre de services dans l'urgence, puis à moyen et long terme.

Le deuxième modèle est celui de la fusion (« full integration »). Fusionner les structures en des grands ensembles pour exploiter les synergies, les économies d'échelle, stabiliser les personnels, et surtout mener des actions plus cohérentes. La difficulté, c'est que la fusion va de pair avec un coût majeur en termes de perte d'autonomie des structures. Qui veut se voir englouti par une plus grande structure? « *Votre intégration est ma fragmentation* » écrivait Leutz dans son article. La fusion a toutefois des avantages pour viser des objectifs communs quand il définit des publics-cibles, comme dans le secteur des soins de santé primaires. Par exemple, les maisons médicales sont une forme d'intégration de la fonction médicale, sociale, infirmière, paramédicale et aussi de santé communautaire.

Leutz écrivait qu'il n'est pas possible d'intégrer tous les services pour toute la population: soit vous intégrez quelques services pour toute la population, soit vous intégrez tous les services pour des groupes cibles. Je pense que la promotion de la santé a cruellement besoin de fusion mais, pour cela, il faut d'abord définir les groupes cibles. La population d'un territoire pourrait être un groupe cible, ou celles des écoles, par exemple. La Promotion de la Santé à l'école est un exemple d'intégration autour d'un groupe cible, celui des enfants et adolescents. Mais, à l'occasion de la journée, je me suis demandé si cet acteur se perçoit vraiment comme partie intégrante de la structure de promotion de la santé en région bruxelloise. Au risque de faire sursauter mes collègues, on pourrait imaginer que la fonction de promotion



de la santé touchant à certaines maladies chroniques soit rapatriée dans les maisons médicales ou la médecine générale, par exemple.

Le troisième modèle est celui de la coordination, on a un acteur central qui assure la coordination des intervenants, c'était dans la mission initiale du CLPS, mais on ne lui a jamais donné le pouvoir économique et le pouvoir réglementaire pour mener à bien cette action. C'est un peu la même situation dans le secteur de la santé mentale: chaque réseau dispose d'un coordinateur mais il n'a pas les moyens de son action, de sorte que le coordinateur est plutôt un animateur.

Les pouvoirs publics devraient réfléchir à ces différents modèles. C'est à eux d'organiser l'action en fonction de leurs objectifs. Peut-être que cette situation de fragmentation les arrange bien, avoir des petites structures, sans acteur dominant qui peuvent les concurrencer?

**Les pouvoirs publics insistent sur le fait que le quartier est le meilleur territoire d'intervention, et que les associations connaissent très bien le terrain à la rue près, ce qui justifie leur diversité. Le PSSI redécoupe d'ailleurs la région de Bruxelles-Capitale en 47 quartiers et 5 bassins. Qu'en pensez-vous?**

Une des lois de l'intégration de Leutz dit: « *toute intégration au local* ». Il y a du sens à soutenir l'intégration au local, mais la difficulté est au niveau des publics cibles que vous pouvez définir au niveau micro dans certains cas, mais qu'il faudra définir de manière plus large dans d'autres.

Ce qui me paraît étonnant, c'est de créer de nouvelles entités, alors qu'il existe 19 communes et 19 CPAS. On peut comprendre qu'il faille plus de flexibilité si on prend la commune de Bruxelles, qui est très différente entre le

<sup>2</sup> Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom – PubMed (nih.gov): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10197028>



nord et le sud. Toutefois on constate que le meilleur acteur de l'action sanitaire et sociale, c'est la commune. Le sou- ci, sans doute, c'est que les CPAS n'ont pas toujours une culture santé, qu'on peut trouver dans les pays nordiques, mais cela peut évoluer.

Dans le cadre de l'Aide médicale d'urgence, on voit des CPAS qui fonctionnent bien au niveau local. Je plaiderais d'ailleurs pour le financement d'antennes de promotion de la santé dans les communes en lien avec les CPAS. On pourrait imaginer un renforcement de ces structures communales dans le domaine de la promotion de la santé tandis que des métiers d'appui (évaluation, documentation...) pourraient être rattachés au niveau régional ou bicommunautaire.

**Certains CPAS sont au bord du dépôt de bilan et n'ont aucune marge de manœuvre. Alors, est-il nécessaire de créer des nouvelles antennes ?**

Créer des bazars, des coordinations, des coordinateurs de coordinateurs. On a déjà un foisonnement des structures de coordination pour les projets 107, les RML, les réseaux 107 pour la santé mentale pour adultes (avec des antennes d'ailleurs dans des sous-territoires), la santé mentale pour enfants et adolescents...

Dans ce contexte, c'est naturellement l'autonomie des acteurs qui l'emporte. Est-ce cela l'objectif politique par crainte de froisser les structures ? Offrir une autonomie de

façade, alors que les acteurs font la course à la subvention. C'est la précarité pour tout le monde, d'abord pour la population qui est la première à payer les frais de cette fragmentation, la précarité des professionnels, et des institutionnels aussi car leur action ne leur apparaît pas très cohérente. Je ne suis pas sûr que la multiplication des structures de coordination donne un horizon de temps et de travail stable respectueux de leur expertise.

**Lors du colloque, qu'est-ce qui vous a le plus étonné ?**

Le secteur parle peu de l'évaluation, comme si c'était tabou. Chacun préfère parler de ses valeurs : le communautaire, la diversité, la participation. Mais on pourrait prendre aussi l'efficacité comme valeur. Se demander quelle est la couverture de mon public cible, si je travaille avec un petit groupe de dix femmes, est-ce satisfaisant ?

Certes, l'évaluation ne doit pas être imposée. Elle doit être liée à des objectifs explicites et si une évaluation est bien faite, elle permet d'améliorer les processus. Quand les objectifs poursuivis ne sont pas explicités, c'est difficile de procéder à une évaluation. Je fais l'hypothèse que c'est sans doute une des raisons pour lesquels le secteur est fragile et peu visible. Si je suis incapable de montrer mes résultats, de quel argument je dispose auprès de l'administration, de bailleurs de fonds ou de la population pour demander qu'ils renforcent mes capacités d'interventions, mon financement ?

## La Promotion de la Santé au Parlement Francophone Bruxellois

Le 2 octobre 2023, la Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé (FBPS) organisait un colloque au Parlement Francophone Bruxellois autour de la question « La promotion de la santé dans un contexte de politique social-santé intégrée : pourquoi ? Comment ? ».

Parmi la centaine d'inscrits, figuraient des professionnel·les issus du secteur de la promotion de la santé, du secteur social-santé bruxellois, plusieurs parlementaires, des cabinets d'étude des partis politiques et des membres de l'administration COCOF. En introduction, Barbara Trachte, la ministre en charge de la promotion de la santé, a souligné la qualité du travail des acteur·rice·s du secteur, la nécessité de soutenir leurs initiatives afin d'agir en amont, et son engagement politique pour une meilleure intégration de l'approche promotion santé dans les dispositifs social-santé.

La matinée s'est articulée autour de deux tables rondes sur les stratégies de promotion de la santé dans une approche social-santé intégrée en région bruxelloise. Puis l'asbl Prospective Jeunesse a présenté les premiers résultats de sa recherche-action menée à Bruxelles

avec les maisons médicales. L'occasion de parler de co-construction, de processus plutôt que de projet et d'intersectorialité.

Le Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles Féminines, le Centre Bruxellois de Promotion de la Santé et l'asbl Cultures&Santé ont animé un atelier sur le réseau pour aborder les questions de participation et de mobilisation des parties prenantes à travers un travail de création graphique et de partage d'expériences.

La journée s'est achevée avec un discours de Kalvin Soirese Njall, le président du Parlement Francophone Bruxellois, qui a renouvelé son soutien au secteur en insistant sur l'importance de s'appuyer sur l'expertise des institutions pour maintenir une logique ascendante, développer une vision globale et cohérente afin d'irriguer les politiques de santé publique.

**Fédération Bruxelloise de promotion de la santé (FBPS) : <https://www.fbpsante.brussels/retour-colloque-fbps-02-10-2023>**



# Des étudiant·es, vent debout contre les ISS

INITIATIVES

Une poignée étudiant·es du campus Érasme ont décidé d'armer leurs camarades pour mieux accompagner et soigner les plus vulnérables. L'idée : politiser le campus et faire bouger les lignes et les pratiques grâce à l'interdisciplinarité.

## ► CLOTILDE DE GASTINES

Au centre du campus Érasme (ULB), la faculté de médecine a longtemps dédaigné ses satellites, l'école de santé publique, de kiné et la haute école d'infirmières et d'assistantes sociales. « *Comme si l'implantation centrale laissait déjà transparaître les rapports de domination qui risquent de grever notre pratique par la suite* » analyse Marie Pissoort, étudiante en 5<sup>e</sup> année de médecine.

Mais une initiative contribue à créer du liant sur le campus depuis l'an dernier : « *l'Equity Health Lab* ». Ce laboratoire de l'équité en santé est un cours facultatif ouvert à dix étudiant·es de chaque discipline : médecins, kiné, ostéo,

assistant·es sociales, juristes et pour la deuxième édition, aux élèves infirmier·ères, en pharmacie et en psychologie.

« *On constatait que nos étudiants étaient bien formés sur la théorie, mais qu'ils avaient une appréhension à travailler avec les personnes les plus vulnérables* », explique Céline Mahieu, professeure en santé publique de l'ULB à l'initiative du lab. L'idée initiale est de rapprocher les acteurs de la première ligne de soin des organisations œuvrant sur le terrain pour réduire le non-recours aux soins et éviter la dégradation de l'état de santé des plus démunis.



© Marie Pissoort, Santiago Kadeyan, Sarah Caron

Des étudiants en plein atelier lors de la Semaine des Exilé·es

Comment? En favorisant les collaborations entre les disciplines dès la formation initiale et en développant les compétences pour identifier au mieux les besoins et les ressources des personnes suivies. La première promotion a ainsi choisi de travailler sur les populations exilées « *qui du fait de leur parcours de migration cumulent le plus grand nombre de vulnérabilités* » précise leur professeure.

Au cours de l'année universitaire, les étudiant.es se sont retrouvé.es une fois par mois au sein du lab pour y affûter leurs connaissances sur le contexte politique migratoire belge et européen, et réfléchir aux effets de la « crise de l'accueil » et à son coût humain.

Leurs réflexions se nourrissent de permanences ou des stages d'observation obligatoires réalisées en milieu hospitalier et associatif. Les participant.es du lab peuvent alors mettre leur expérience de prise en charge médicale, légale ou sociale des personnes exilées en perspective.

« *Dans nos études, tout tourne autour du biomédical, on nous parle trop peu de social, de psychologie ou de santé publique, si bien qu'on est très peu connectés à la réalité sociale, or ces préoccupations nous aideraient à construire notre identité de professionnel !* s'exclame Marie Pissoort. *Grâce à l'EHL, certains d'entre nous étaient déjà sensibilisés, d'autres ont constaté l'étendue des inégalités sociales de santé.* »

### Obstacles aux soins

Dans les services d'urgence et d'infectiologie de l'hôpital Saint-Pierre, notamment, ces jeunes médecins découvrent des incohérences majeures. Ils se heurtent d'abord à la difficulté de soigner des maladies qu'ils pensaient disparues, comme la gale, la diphtérie, la tuberculose. « *Ce sont des pathologies que l'on sait soigner, qui sont liées au parcours migratoire ou à la précarité, à la vie à la rue, en squat, en tente, analyse Santiago Kadeyan issu de la même promotion que sa camarade. Mais pour la gale par exemple, le traitement médical sera efficace seulement si la personne a un logement décent, peut se laver et dormir dans des draps propres, on doit donc l'hospitaliser, mais comme on manque de lits... le service social se débat pour trouver des solutions d'attente* ».

Sur le terrain, les étudiant.es perçoivent concrètement les obstacles administratifs ou bureaucratiques qui pèsent sur l'accès au soin et leur effet exponentiel. Selon le service de santé mentale de Médecins sans frontières (MSF) la proportion de demandeur.euses d'asile dont le droit

à l'accueil n'est pas respecté, est passé de 5 % à 84 % entre mars 2022 et mars 2023. À cause de leur statut de demandeurs d'asile, de nombreuses personnes tardent à bénéficier de l'Aide Médicale d'Urgence. « *Pour des personnes souffrant de diabète ou porteuses du VIH, tout retard d'AMU est alarmant, et quand les politiques font le choix de refuser l'asile pour les hommes seuls<sup>1</sup>, on les récupère aux urgences, et c'est toute la première ligne de la santé et du social qui écope les effets de ces décisions politiques* », regrette le jeune homme.

Très vite apparaît la nécessité de créer de nouveaux principes de collaboration pour resserrer les mailles du filet autour de ces patients qui ont tendance à être invisibilisés. Ensemble, des élèves juristes ont étudié des dossiers de demande de protection internationale, nourri par les observations des élèves soignants qui se sont formés à l'examen médical et psychologique approfondi et au protocole de rédaction des constats, de torture notamment. « *On ne se rend pas toujours compte de tout ce que certains patients ont traversé, qu'ils soient exilés ou non* », décrit Sarah Caron, elle-aussi étudiante en 5<sup>e</sup> année de médecine qui a participé à l'Equity Health Lab et est par ailleurs engagée dans une association de lutte contre le sans-abrisme depuis plusieurs années.

Ces collaborations permettent aussi de remédier aux difficultés que pose encore trop souvent « *le statut dominant du médecin dans la hiérarchie des soignants* » estime Marie Pissoort, qui a pu noter que certains praticiens méconnaissent le rôle crucial des services sociaux, qui sont submergés de demandes et empêchés par les délais de traitement de l'administration.

### La mobilisation, remède au sentiment d'impuissance

Cette réalité percute de plein fouet la responsabilité des futurs professionnel·les. « *On se sent abandonnés par les pouvoirs publics* » dit Santiago Kadeyan. Pour conjurer le sentiment d'impuissance, il a proposé de ruer dans les brancards en organisant une semaine consacrée aux personnes exilées. L'objectif : politiser le campus Érasme.

Malgré les examens de fin d'année et les congés d'été, Marie, Sarah et Santiago ont retroussé leurs manches pour que leur expérience au sein de l'EHL profite au plus grand nombre. La bourse Hessel, financée par l'ULB Engagée, leur a permis d'organiser une série d'événements. « *La semaine des exilé-es* », qui s'est déroulée fin septembre sur le campus Érasme, a réuni une centaine de participant.es et de nombreux professionnels de terrain.

<sup>1</sup> Le 29 août 2023, la Secrétaire d'État à l'Asile et à la Migration Nicole de Moor a déclaré que plus aucune place d'accueil dans les centres de Fedasil ne serait octroyée à un homme isolé demandeur de protection internationale arrivant en Belgique. Toutefois cet état de fait dure depuis octobre 2021 selon de nombreuses associations, privant 2000 personnes de suivi médical.



© Marie Pissoort, Santiago Kadeyan, Sarah Caron

« Je me suis fait hameçonner à l'entrée de l'amphi le jour du lancement, c'est bien la première fois que les inégalités sociales de santé sont mentionnées au cours de mon cursus! » raconte Ijahl Bazin, étudiant en master 2 d'ostéopathie, qui a depuis rejoint la deuxième édition de l'EHL, lancée fin octobre.

« En ostéo, on nous parle beaucoup d'interdisciplinarité car on est confronté à des somatisations. Mais l'interdisciplinaire c'est théorique, il faut le mettre en pratique et créer une communauté de culture dès les études. Avec l'EHL, on sait qu'on pourra compter les uns sur les autres dès qu'on commencera à travailler », explique l'étudiant.

Un atelier « live Lab » organisé par la Croix Rouge l'a particulièrement marqué. Scindés en petit groupe de six, des étudiants d'horizon et de disciplines différents ont planché sur le parcours de vie et les besoins d'une personne migrante. « Nous sommes allés très loin, car la somme des points de vue permet une approche tellement plus juste, globale et efficace! » s'enthousiasme-t-il, au point qu'il a proposé l'idée de mettre en place des Travaux de Fin d'Études interdisciplinaires (inspiré des projets Tri-axe de Polytechnique et de la Cambre).

Les présentations ont attiré un grand nombre d'étudiant-es en médecine, mais aussi des future infirmier-ères, assistant-es sociaux, juristes. Le dernier débat était consacré aux aspects politiques de la « crise » de l'accueil avec deux députés : Nabil Boukili, du Parti des Travailleurs de Belgique (PTB) et Marie Lecocq, députée & co-présidente Régionale Écolo, très critiques sur la situation de blocage actuelle.

« Cette semaine a été primordiale, les étudiants se sont vraiment approprié la problématique. On avait un noyau dur de quelques étudiants, et ils ont réussi à catalyser autour d'eux une vingtaine de convaincus. Le premier lab fait des petits! » se réjouit Céline Mahieu. Si la semaine des exilés est le premier spin-off à se concrétiser, une myriade de projets étudiants est en germe. Le plus pressé vise à créer un lieu de rencontres informel et pluridisciplinaire sur le campus pour organiser des projections, des débats ou des expositions. Une association des « alumni » du lab, ouvert à toutes les personnes qui souhaitent s'impliquer sur la problématique, devrait aussi voir le jour. Les étudiant-es discutent de la possibilité académique de faire des stages dans des ASBL ou dans l'aide humanitaire qui seraient reconnus dans leur cursus. Enfin, un groupe de travail va rédiger des grandes fiches d'information sur l'AMU et les placarder dans tous leurs lieux de stage.

« On a tous un même objectif, conclue Marie Pissoort. On travaille ensemble pour casser les codes. On est boostés à bloc ».



## Pour aller plus loin

- ▶ Pour contacter les alumni de l'Equity Health LAB ou s'impliquer dans la formation, les cours, stages et travaux de recherche – écrire à semaine.exil@ulb.be
- ▶ Page LinkedIn de l'Equity Health Lab
- ▶ Page Facebook de la semaine des Exilés-es
- ▶ Campagne du Samu Social: Sans papiers, sans droits, sans abri (sanspapiers2023.be)

# La campagne #VivreMieux met l'accent sur la promotion de la santé

Le 22 novembre dernier, la Coalition Santé (anciennement Plateforme d'action Santé Solidarité) a lancé sa campagne #VivreMieux et proposé entre autres, plusieurs mesures concrètes dans le champ de la promotion de la santé. Un livre blanc donne des clés du débat qui vise à «porter un changement de cap dans le système de santé actuel». Extraits choisis des constats et des revendications en promotion de la santé.

POLITIQUES

## ► LA COALITION SANTÉ

En cette période pré-électorale, nous sommes convaincus que la santé doit être au centre des préoccupations des responsables politiques et des candidats. Les élections sont des moments-clés pour notre démocratie. Marquée par les crises successives, la population mérite mieux que les polémiques politiciennes et stériles que nous avons connues ces dernières années.

Ce livre blanc vise à lancer un débat démocratique, dénoncer les mécanismes à l'œuvre ET proposer une alternative crédible et viable qui permette à tout le monde de #VivreMieux.

Nous ne pouvons plus nous permettre de négliger la santé physique, mentale et sociale des humains, tout comme celle des êtres vivants et de la planète. Avec ce Livre Blanc, la Coalition Santé souhaite donc proposer, encourager et défendre des politiques progressistes, égalitaires et solidaires en matière de santé et de promotion du bien-être. En comparaison avec d'autres pays européens, la performance du système belge de santé est actuellement acceptable. Pourtant, les inégalités de santé demeurent importantes dans notre pays. Elles s'expliquent en grande partie par l'influence des déterminants sociaux, mais aussi par des inégalités d'accès aux soins de santé. L'état de santé des personnes (espérance de vie, mortalité infantile, obésité, assuétudes, etc.) varie fortement en fonction du milieu dont on est issu et dans lequel on vit.



## La lutte contre les inégalités de santé

Difficultés d'accès à l'emploi et détérioration des conditions de travail, exposition aux crises du logement et environnementale, délitement du lien social, inégalités de genre, etc. sont autant de déterminants sociaux qui pèsent sur la santé des citoyen-ne-s. Selon les études, on évalue leur impact sur la santé à 60 % (15 % pour les facteurs biologiques et 25 % pour le système de soin). Agir en faveur de la santé et de ses déterminants nécessite de mettre en œuvre une approche par continuum, de la promotion de la santé aux soins en passant par la prévention.

Les inégalités sociales de santé, souvent présentes depuis l'enfance, sont évitables et injustes. Surtout, elles ne sont pas la résultante de conduites individuelles, mais bien de conditions de vie liées à des décisions politiques à tous les échelons.

Il faut donc favoriser la promotion de la santé et la prévention. La promotion de la santé entend agir sur les éléments favorisant l'émergence, le maintien, le développement du bien-être et de la santé. En ce sens, elle s'efforce de donner aux personnes et aux groupes les moyens d'agir favorablement sur tous ces facteurs qui influencent la santé. Elle tente aussi d'éclairer les responsables politiques des divers secteurs en les confrontant aux conséquences de leurs décisions sur la santé et en les responsabilisant à cet égard.

Promouvoir la santé revient à favoriser collectivement la santé dans toutes les politiques et pratiques. Quant à la prévention, considérée comme comprise dans les politiques de promotion de la santé, elle consiste à prémunir contre les risques de maladies, la progression des maladies et les atteintes à la santé qui peuvent s'ensuivre. L'importance des actions de prévention et de promotion de la santé ne fait plus l'objet de débats scientifiques. Ces deux axes ne captent pourtant qu'une part minime du financement global de la santé en Belgique. À titre illustratif, la part des dépenses consacrées à la prévention en Belgique s'élevait, en 2018, à 1,7 % des dépenses totales de santé (estimations du SPF Sécurité sociale).

### Exemples de revendications :

- ▶ Augmenter le budget alloué à la promotion de la santé à hauteur de 6 % du budget des soins de santé afin d'investir dans le préventif compris dans une acceptation large et de toucher à tous les facteurs qui influencent la santé.
- ▶ Inscrire dans les grilles horaires des programmes d'éducation pour la santé à l'école en mobilisant les différents acteurs-rices de la santé au sens large (acteurs-rices de promotion à la santé, sociosanitaires, mutualistes, de l'EVRAS, de l'éducation aux médias...) et engager élèves ou étudiant-e-s et personnel encadrant dans des actions pour rendre le milieu scolaire plus propice à l'apprentissage et à la santé.

### Pour un travail porteur d'émancipation

Traumatismes musculosquelettiques (TMS), stress, burn-out, bore-out, accidents, dépressions, etc. : la santé des travailleurs-euses n'a jamais été mise autant sous pression. En Belgique, un demi-million de travailleurs-euses

sont aujourd'hui en incapacité de travail depuis plus d'un an (INAMI). Parmi ces personnes, la plupart ont une pathologie liée à leurs conditions de travail (selon la Mutualité chrétienne, 60 % des incapacités de travail ont un lien direct ou indirect avec le milieu du travail). Cet enjeu de santé publique implique tous les acteurs-rices de la santé (promotion de la santé, prévention au travail, acteurs du curatif), mais aussi la société dans son ensemble. Il y a lieu de garantir la reconnaissance des maladies professionnelles et leur extension à de nouvelles pathologies liées au travail (maux de dos, burn-out), à l'absence de travail (chômage, revenu d'intégration sociale) ou à du travail alternatif peu ou pas reconnu (aidants proches, bénévoles). Il est également nécessaire de prévenir les accidents du travail et mieux les faire reconnaître. Enfin, le rôle des syndicats doit être renforcé, notamment via la mise en place d'organes paritaires compétents en matière de promotion de la santé dans toutes les entreprises de 20 travailleurs-euses au moins.

### Exemples de revendications :

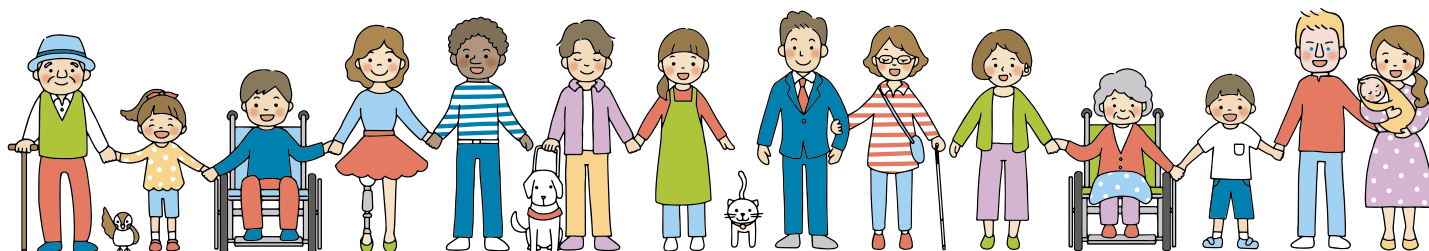
- ▶ Mettre en œuvre des actions sur le lieu de travail à l'aide d'outils permettant aux acteurs-rices de la santé, qu'ils agissent dans le champ de la promotion de la santé, de la prévention et la protection au travail ou dans celui de l'organisation des soins (médecins du travail, conseils des mutuelles, de famille, conseillers-ères en prévention, infirmiers-ères, psychologues et assistant-e-s sociaux-ales du travail, etc.), de se concerter en vue de renvoyer au monde du travail les informations analysées régulièrement en vue d'actions de promotion de la santé sur les lieux de travail.
- ▶ Doter par extension des missions actuelles des CPPT (comités pour la prévention et la protection au travail) toutes les entreprises à partir de 20 travailleurs-euses, d'un organe paritaire pouvant donner des avis conformes obligatoires en promotion de la santé à partir d'une analyse des risques fondée essentiellement sur l'expertise des travailleurs-euses au plus proche du travail réel qu'ils effectuent.

### Animer la démocratie en santé

Une politique de promotion de la santé exige l'action concertée de toute une série d'intervenants : gouvernements et autorités locales, secteurs de la santé, du social, de l'économie, etc., mais aussi les organismes bénévoles, l'industrie, les médias. Et, bien sûr, les communautés.

### Exemple de revendication :

- ▶ Développer la démocratie en santé au niveau de la relation soignant-e-patient-e ou professionnel-le-usager-ère, à l'échelle des collectifs et des services (ex. : associations



de patient·e-s, comités d'usagers·ères), des institutions (administrations, mutuelles, etc.) et du politique, à ses différents niveaux de pouvoir. Cette approche horizontale permet des actions en santé plus en phase avec les divers contextes de vie et préoccupations des personnes, tend à diminuer la défiance entre citoyen·ne-s et décideurs·euses, et a un impact en termes de réduction des inégalités sociales. L'usage des méthodes participatives rend ainsi les actions de promotion de la santé plus pertinentes, efficaces et légitimes

### Une alimentation de qualité pour toutes et tous

Entre les distributions de colis, les restaurants sociaux ou encore les épiceries sociales, on estime que 600 000 personnes recourent à l'aide alimentaire en Belgique (FdSS), soit plus de 5 % de la population. Le droit à l'alimentation est donc loin d'être effectif. Quant à parler d'un droit à un accès digne et autonome à une alimentation suffisante, saine et de qualité, et qui répond aux préférences alimentaires des personnes, n'en parlons même pas.

L'obésité tue 5 millions de personnes par an, presque deux fois plus que le paludisme, la tuberculose et le VIH réunis (Institute for Health Metrics and Evaluation). En Belgique, le pourcentage de la population adulte obèse (BMI  $\geq 30$ ) est de 16 % et le pourcentage de la population adulte en surpoids (BMI  $\geq 25$ ) est de 49 % (Sciensano). Sciensano estime aussi que le surpoids et l'obésité augmentent, au minimum, la facture en soins de santé de 4,5 milliards d'euros par an.

Les inégalités sociales d'accès à une alimentation de qualité, les inégalités de santé qui en découlent et la non-durabilité du système alimentaire actuel exigent la mise en œuvre d'actions visant à améliorer la qualité de l'alimentation et son accessibilité. Une alimentation de qualité doit être diététiquement suffisante et équilibrée, agréable pour les sens, sûre et respectueuse de l'environnement et des travailleurs·euses. La qualité de l'alimentation doit associer les préoccupations sanitaires, sociales, culturelles et environnementales.

#### Exemple de revendication :

Promouvoir des environnements alimentaires accessibles à haute valeur nutritionnelle s'appuyant sur une production locale et durable tout en réduisant ou interdisant les usages agricoles et ingrédients alimentaires nocifs pour la santé.

### Aller vers la résilience globale du système de santé

Plus que jamais, il devient nécessaire de déployer des politiques de résilience du système de santé pour faire face aux futures crises (sanitaires, socioéconomiques, politiques, environnementales). Cela doit passer par un renforcement global de la sécurité sociale et, en son sein, par un soutien financier plus important de tous les métiers de la première ligne, englobant les actions de prévention et de promotion de la santé.

Le mode de financement à l'acte des prestataires de soins engendre une multiplication des actes médicaux, portant préjudice à une prise en charge globale et holistique des patient·e-s englobant des actions de prévention et de promotion de la santé. Un tel système provoque de fortes inégalités d'accès au système de soins de santé. L'OMS l'a récemment rappelé : en ce qui concerne l'accès aux soins en Belgique, l'écart entre les ménages les plus riches et les plus pauvres est considérablement plus important que dans les autres pays de l'Union européenne. Ces inégalités d'accès à la première ligne et à la prévention provoquent un engorgement des urgences hospitalières et une multiplication des traitements aigus qui coûtent énormément aux finances publiques. La pandémie a pourtant démontré à quel point il est essentiel de mieux coordonner notre système de soins, de le construire à partir d'une large base qu'est la première ligne de soins et d'assurer un accès de chaque citoyen·ne à une équipe pluridisciplinaire locale à laquelle il·elle peut se référer en cas de besoin.

Sur la base de ce livre blanc, une série d'événements égrènera la période pré-électorale : actions symboliques, manifestation et débats, notamment avec des candidats aux élections.



La Coalition Santé, connue jusqu'ici comme la Plateforme d'action santé-solidarité, est née en 2007 sous l'impulsion d'acteurs·rices issu·e-s d'horizons divers, toutes et tous préoccupé·e-s par le droit à la santé, et qui ont décidé d'unir leurs forces afin de prévenir les conséquences des politiques néolibérales sur les plans social et sanitaire. Elle a récemment fait peau neuve en renouvelant ses instances et en changeant de nom, et réunit aujourd'hui des représentant·e-s de syndicats, de mutuelles, du secteur associatif et d'ONG. Parce que la santé est un bien commun encore trop peu accessible, la Coalition Santé défend une vision de la santé la plus large possible, qui prend en considération tous ses déterminants médicaux et non médicaux. Améliorer la santé des citoyennes et citoyens nécessite que des mesures soient prises au niveau des soins de santé et de la sécurité sociale, mais également dans l'ensemble des domaines de vie (enseignement, environnement, logement, mobilité, emploi et conditions de travail, cohésion sociale...). La Coalition Santé plaide donc pour que la santé soit prise en compte dans toutes les politiques.



Pour en savoir plus :  
[www.coalitionsante.be](http://www.coalitionsante.be)

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

► Contactez-nous : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be)



Avec le soutien de :

