

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé - educationsante.be
C chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles
N° 419 / MARS 2025



PB-PP
BELGIE(N)-BELGIQUE
CHARLEROI X | P401139



Dépistage
précoce
du cancer:
le défi de la couverture

Sommaire



3

DONNÉES
Dépistage précoce du cancer:

le défi de la couverture



11

INITIATIVES
Jeux et animations,
un duo gagnant



7

POLITIQUES
Bruxelles:
les espoirs du secteur
malgré les incertitudes



14

INITIATIVES
Soigner
une approche
critique de la
santé par le genre



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 :  facebook.com/revueeducationsante

 linkedin.com/company/education-sante

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** : Julie Luong, Clotilde de Gastines, Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé, Éric Yvergneaux. **RÉDACTRICE EN CHEF** : France Gerard (education.sante@mc.be). **ÉQUIPE** : Clotilde de Gastines, Maryse Van Audenhaege. **CONTACT ABONNÉS** : education.sante@mc.be. **COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT** : Pierre Baldewyns, Martin de Duve, Dominique Doumont, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Célestine Gallez, Estelle Georin, 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 TOUTS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET** : educationsante.be. **COURRIEL** : education.sante@mc.be. Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site educationsante.be. Notre site adhère à la plate-forme promosante.net. Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt : Charleroi X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrément : P401139. Crédit photos : AdobeStock.

Dépistage précoce du cancer:

le défi de la couverture

DONNÉES

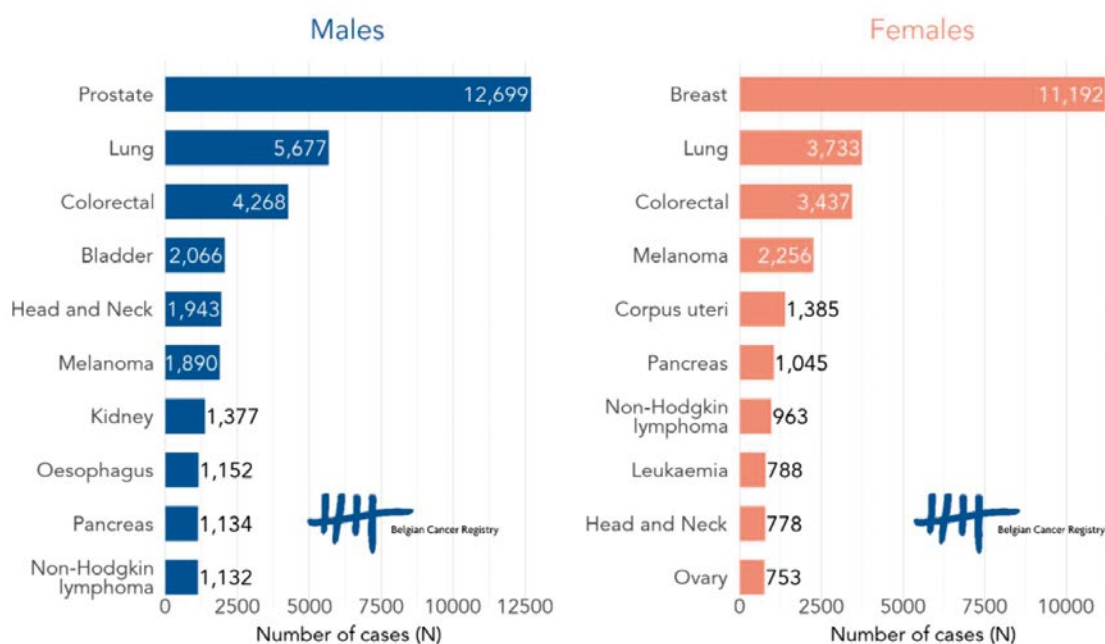
L'accord du nouveau gouvernement fédéral mentionne l'adoption d'un nouveau Plan Cancer, dont l'édition précédente datait de 2008. Il insiste sur la volonté de promouvoir le dépistage précoce et la vaccination. Cela passera par la collaboration avec les entités fédérées, qui proposent déjà des programmes de dépistage pour trois cancers: sein, colon et col de l'utérus. Toutefois, ces dépistages organisés se heurtent à divers obstacles, comme la pratique du dépistage individuel, les inégalités socio-économiques et de littératie, et le lobbying de certain-es praticien-nés.

► JULIE LUONG ET CLOTILDE DE GASTINES

En 2023, près de 78 500 Belges ont reçu un nouveau diagnostic de cancer¹. Si l'incidence – c'est à dire le risque de développer un cancer – est plus élevée que la moyenne européenne, la mortalité se situe désormais en dessous de la moyenne européenne selon le registre européen des inégalités face au cancer de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE).

Plus de deux diagnostics sur trois ont été posés chez des patients âgés de plus de 60 ans. Si le nombre de cancers

diagnostiqués augmente, l'incidence du cancer standardisé reste stable pour les hommes, et augmente très légèrement pour les femmes. « Cette augmentation est principalement liée à des raisons démographiques, car la population s'accroît et vieillit », explique Dr Jean-Benoît Burriion, directeur médical et coordinateur de BruPrev, l'organisme en charge de piloter et évaluer les programmes en région bruxelloise. Quant à l'aspect genre, une des hypothèses du médecin est qu'elle est en grande partie liée à la consommation de



1 dont 43 000 hommes et 35 500 femmes, d'après les statistiques du Registre belge du cancer (BCR)

tabac – les hommes fument moins qu'avant, tandis que la consommation des femmes stagne.

Chez les hommes, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent, suivi du cancer du poumon et du cancer colorectal. Chez les femmes, le cancer le plus fréquent est le cancer du sein, suivi par le cancer du poumon et le cancer colorectal.

Le cancer du col de l'utérus arrive en treizième position en termes d'incidence, mais il est le quatrième cancer le plus fréquent chez les jeunes femmes. « *C'est un cancer rare, mais qui est très vulnérable au dépistage, ce qui de concert avec la vaccination contre le papillomavirus (HPV) pour homme et femme, devrait permettre de réduire un jour la mortalité à zéro* », précise le Dr Burrion.

Inégaux face au cancer

Dans son registre européen sur les inégalités face au cancer, l'OCDE constate qu'en Belgique les disparités socio-économiques sont considérables en ce qui concerne l'exposition aux cinq principaux facteurs de risque pour le cancer : le tabac, l'alcool, la pollution de l'air, le surpoids et l'obésité, l'exposition au papillomavirus (HPV). De plus, un tiers des Belges seulement déclarent atteindre les niveaux recommandés d'activité physique quotidienne, alors que l'exercice physique est un facteur protecteur contre le cancer.

L'organisation note aussi que la précarité et le faible niveau de littératie en santé dans certaines catégories de la population augmentent particulièrement le risque de ne pas se faire dépister. En Wallonie, le Centre de Coordination et de Référence pour le dépistage des cancers (CCRef) travaille justement activement avec divers partenaires en promotion de la santé pour encourager le dépistage organisé auprès des publics précarisés, qu'il s'agisse de la Fondation contre le cancer, de la LUSS (Ligue des Usagers des Services de Santé) ou encore de PSMG (Promotion Santé et Médecine Générale). Il donne aussi des formations pour que ces partenaires puissent mieux sensibiliser leurs publics à l'importance de participer au dépistage organisé.

Quelques chiffres :

- ▶ Sein : 11 592 cas par an en 2023 – le taux de survie est de 86 %
- ▶ Colon : 8 000 cas par an (52 % d'hommes pour 48 % de femmes) en 2022 – le taux de survie est de 68 %
- ▶ Col de l'utérus : 641 cas par an (en 2022), le taux de survie est de 65 %

Bien que les directives européennes sur le dépistage soient mises en œuvre dans les trois régions, les taux de couverture du programme sont inférieurs aux niveaux cibles recommandés. Les programmes se heurtent à des obstacles, comme le fait d'avoir ou non le réflexe du dépistage individuel, les inégalités socio-économiques et de littératie, et le lobbying de certains praticien·nes notamment en ce qui concerne le sein.

« *Des dépistages, on peut en faire pour de nombreuses maladies, et quand on met en place un dépistage organisé, qui s'adresse à certaines tranches d'âge de l'ensemble de la population, il y a toute une série de critères à respecter, explique Michel Candeur, coordinateur du CCRef. Il faut non seulement que cela soit faisable, mais aussi acceptable, économiquement soutenable, etc. Pour le moment il n'y a que trois dépistages qui correspondent à ces critères : le sein, le colon et le col de l'utérus.* »

Cancer du sein : dépistage organisé vs bilan personnalisé

En près de 20 ans, la mortalité spécifique par cancer du sein, standardisée pour l'âge, a diminué de 33 %. Elle est aujourd'hui sensiblement la même dans les trois régions du pays, en partie en raison de l'amélioration de l'efficacité des traitements.

Le dépistage du cancer du sein concerne depuis 2002 les femmes entre 50 et 69 ans. 58 % des Belges s'y tiennent avec des différences substantielles entre les trois régions : 45 % à Bruxelles, 49 % en Wallonie et 65 % en Flandre.

Comme l'incidence du cancer du sein augmente chez les femmes de plus de 70 ans, et touche parfois les femmes avant leurs 50 ans, l'Union Européenne suggère depuis 2022 de mener un dépistage annuel chez les femmes dès 45 ans, puis de poursuivre avec un examen bisannuel à partir de 50 ans jusqu'à 74 ans.

DEPISTAGE DU CANCER EN BELGIQUE



En Wallonie, depuis 2002, les femmes entre 50 et 69 ans reçoivent tous les deux ans un courrier faisant office de prescription pour réaliser une mammographie gratuite (aussi appelé « mammotest ») dans une unité agréée. Il est aussi possible de solliciter ce dépistage à tout moment via le site du CCRéf. Pourtant, elles ne sont que 5 % à répondre à l'invitation. En effet, 44 % des femmes se font dépister en suivant les conseils de leur médecin généraliste ou de leur gynécologue à travers un bilan personnalisé parfois dès 40 ans. « *Ce bilan devrait être réservé aux 20 % de femmes qui ont vraiment besoin d'un suivi spécifique* », explique Michel Candeur.

À titre de comparaison, en Flandre, où le dépistage individuel n'était pas une pratique courante avant 2002, le dépistage organisé s'est massivement imposé – à hauteur de 50 %, quand seulement 10 % repose sur l'impulsion des médecins généralistes. Le système d'invitation fixe le lieu et l'heure du rendez-vous de dépistage. Il est basé sur des algorithmes complexes et implique la participation des unités de mammographie à une programmation coordonnée.

L'essor de la tomo-synthèse, une technique pourtant coûteuse

Au sud du pays, la force de l'habitude, mais surtout le recours de plus en plus fréquent à la radiologie 3D (tomo-synthèse) dans le dépistage individuel explique en grande partie la baisse du recours au dépistage organisé (le taux de participation tournait autour de 10 % entre 2006 et 2008 pour descendre progressivement à 7 % en 2015 et atteindre aujourd'hui 5 %).

« *Beaucoup de radiologues/sénologues préfèrent cette technologie qui permet de faire 'tourner' les images. Le dépistage organisé, lui, n'autorise pas le recours à la tomo-synthèse car les études scientifiques n'ont pour l'instant pas démontré une nette valeur ajoutée en termes de performance ou de moindre irradiation* », poursuit le coordinateur wallon.

Par ailleurs, pour les radiologues, le dépistage de masse (Mammotest) – qui prévoit que la mammographie puisse être réalisée par un technicien en imagerie médicale – représente possiblement un manque à gagner d'environ 50 %, d'où « *le lobbying qui existe depuis 30 ou 40 ans en faveur du dépistage individuel* », analyse Michel Candeur. En effet, si dans le dépistage organisé, le radiologue continue d'être rémunéré pour l'acte technique et sa lecture, il ne reçoit pas d'honoraires de consultation. C'est pourquoi, du point de vue du système de santé, le dépistage individuel est aussi un dépistage qui coûte cher.

L'exception bruxelloise sur le cancer du sein

La région bruxelloise fait figure d'exception à plusieurs titres. Le nombre annuel de cas de cancer du sein à Bruxelles est d'environ 900 (2022). C'est 32 % de moins qu'en Wallonie



et en Flandre ! Pour quelle raison ? Parce que la population bruxelloise est plus jeune, selon Bruprev.

Ces 20 dernières années, la fréquence absolue du cancer du sein à Bruxelles reste stable. Rapportée à la population, la fréquence montre cependant une légère diminution (94/100 000 en 2004, 74/100 000 en 2022). Ce qui peut s'expliquer à la fois par l'augmentation de la population et son rajeunissement. Cet aspect cache une autre réalité : une légère augmentation de la fréquence du cancer du sein chez les femmes de 70-85+ ans est compensée par une légère diminution chez les femmes de moins de 60 ans. « *Contrairement à ce que l'on entend souvent, il n'y a pas d'augmentation de la fréquence du cancer du sein chez les femmes jeunes* » précise le Dr Burrion.

Autre fait remarquable à Bruxelles : les chiffres de 2009-2013 montrent que la fréquence et la mortalité du cancer du sein augmentent avec le statut socio-économique de la commune de résidence. Sur la période 1998 à 2007, l'Observatoire Bruxellois de la santé et du social a aussi mis en évidence, qu'après l'âge de 50 ans la mortalité par cancer du sein est trois fois moindre chez les femmes issues de l'immigration turque et marocaine que chez les femmes belges, selon les chiffres de 2015.

Enfin, en région bruxelloise, les campagnes de sensibilisation, qu'elles soient régionales (Bruxelles, Wallonie, Flandres) ou locales (Communes, mutuelles) n'ont jamais amélioré la participation au programme. « *Tout ce qu'on a essayé pour augmenter la couverture du dépistage du cancer du sein à Bruxelles n'a pas eu d'effet : les campagnes, les conférences, les bus, etc...* constate le Dr Burrion. *La couverture de ce dépistage, même si elle plafonne à 10 %, reste stable depuis 15 ans. Les médecins généralistes devraient pouvoir consacrer plus de temps à la prévention et au dépistage lors de la consultation. Le problème c'est que, très souvent, ils n'ont pas ce temps* ».

Cancer colorectal : un tabou persistant

51 % de la population belge se dépiste pour le cancer du côlon. Là encore, avec une nette différence de part et d'autre de la frontière linguistique – 29 % à Bruxelles, 33 % en Wallonie et 63 % en Flandre.

Depuis 2009, un dépistage organisé existe pour le cancer colorectal en mettant des auto-tests à disposition. En Flandre, toutes les personnes entre 50 à 74 ans reçoivent un kit permettant de prélever un échantillon de selles qui sera ensuite analysé en laboratoire pour y déceler l'éventuelle présence de sang occulte (non visible à l'œil nu). 55 % des Flamands renvoient un échantillon – ce qui représente une perte économique importante.

À Bruxelles, Bruprev a mené plusieurs campagnes de promotion du dépistage, notamment sur des marchés à la rencontre des citoyen·nes en 2021 et 2023. « *L'effet dure en moyenne deux mois, puis retombe* », regrette le coordinateur bruxellois. Actuellement, l'organisme met en place un partenariat avec les pharmaciens, un courrier invite à aller chercher un autotest en officine.

En Wallonie, un courrier est envoyé à toutes les personnes entre 50 à 74 ans : celles qui en font la demande reçoivent dans un deuxième temps un kit de dépistage. Comme pour le cancer du sein, il est aussi possible de solliciter un dépistage via la plateforme du CCRef. « *Les personnes entrent leur numéro national et s'ils sont dans les critères, ils reçoivent le kit de dépistage dans la quinzaine*, précise Michel Candeur. *Au départ, la méthodologie n'était pas optimale, mais depuis 2016, on a introduit un test immunologique qui présente une très grande sensibilité.* » En cas de résultat positif, les personnes sont invitées à réaliser une coloscopie, seul examen capable d'infirmier ou de confirmer le diagnostic de cancer colorectal. Actuellement, 15 % du public cible se fait dépister, un pourcentage auquel il faut ajouter les 18 % de personnes directement dépistées grâce à une coloscopie, parfois réalisée pour d'autres raisons.

« *Il n'y a pas de compétition entre ces deux voies de dépistage*, précise le coordinateur wallon. *Par ailleurs, si la coloscopie est l'examen par excellence pour dépister le cancer colorectal, on ne peut pas l'imposer à tout le monde : ils ont essayé de le faire en Allemagne mais le taux de participation n'a jamais dépassé les 6 %...* » Actuellement, 82 % des Wallon·nes concerné·es par un résultat positif réalisent la coloscopie. « *Il y a donc une bonne compliance, même si l'Europe dit qu'il faudrait atteindre au minimum 90 % après un test positif* », poursuit-il. Par ailleurs, pour permettre une diminution de la mortalité, le taux de dépistage global devrait atteindre 60 à 70 %.

Le prélèvement de selles est fréquemment perçu comme tabou. « *Pour toute une partie de la population, on ne parle pas de ces choses-là. Mais le dépistage du cancer colorectal est d'autant plus justifié qu'il permet de trouver des lésions précancéreuses qui n'évolueront pas en cancer et qui permettront d'avoir une qualité de vie préservée* », encourage Michel Candeur.

Col de l'utérus, dépistage nouvelle formule

Le taux de couverture globale est de 56 % avec des chiffres similaires dans les trois régions : 56 % en Wallonie, 54 %



Des dessinateurs pour sensibiliser au dépistage dans une des régions les plus touchées de France

En France, au Sud-Ouest d'Amiens, la zone connaît les plus forts taux d'incidence de cancer de l'hexagone. Une communauté de communes a fait appel à l'association The Ink Link, une association de médiation en santé créée par des dessinateurs. Leur mission a été de combiner un projet de sensibilisation sur l'importance du dépistage et une exposition de vulgarisation scientifique.

Pour impliquer les publics cibles et s'assurer que ceux-ci viennent voir l'exposition, the Ink Link a proposé d'ajouter un pan artistique. La première phase du projet a consisté à réaliser des « micro-trottoirs dessinés » pour briser la glace avec les participant·es avant d'organiser des groupes de parole autour du dépistage. Les échanges ont permis de constater que celui-ci est associé de manière unanime à différentes peurs : de la maladie, de l'annonce, de mourir.

Les participant·es ont exprimé leurs émotions sur des supports, qui ont ensuite été travaillés par une artiste plasticienne. Ils ont été montrés lors d'une exposition itinérante en deux volets avec d'un côté la partie artistique contributive, de l'autre l'exposition scientifique pour informer sur les mécanismes du cancer et augmenter le pouvoir d'agir. Ces informations ont été vulgarisées de manière à simplifier l'essentiel et à ajouter une dimension ludique. L'exposition itinérante s'est tenue dans toutes les communes de la collectivité.

thinklink.org/fr/projets/favoriser-depistage-des-cancers-dans-une-region-forte-incidence

en Flandre et 51 % à Bruxelles. L'objectif est d'atteindre un taux de 90 % de participation au sein de la population cible.

Depuis le 1^{er} janvier 2025, le dépistage du cancer du col de l'utérus est modifié pour le rendre plus efficace. Pour les jeunes femmes de plus de 30 ans, le frottis est testé pour le HPV tous les cinq ans. Ce n'est que si ce test HPV est positif qu'un test cellulaire supplémentaire (test cytologique) est effectué. Pour les femmes entre 25 et 29 ans, le test cytologique tous les trois ans perdure pour limiter le risque de faux-positifs. Avant, le dépistage individuel était généralement pratiqué tous les trois ans chez toutes les femmes (et par le passé, tous les deux ans et même tous les ans).

Bruxelles n'a pas encore mis en place ce projet, faute de budget. Tandis que la Flandre et la Wallonie ont opté pour un système d'invitation comme pour le sein.

Côté wallon, depuis janvier 2025 des lettres d'invitation sont envoyées à toutes les femmes entre 25 et 64 ans, mais elles ne font pas office de prescription. « Il faut se rendre chez son gynécologue ou chez un médecin traitant, par exemple en maison médicale où beaucoup pratiquent le frottis. Le dépistage est gratuit mais le ticket modérateur de la consultation est à charge de la patiente », précise Michel Candeur.

Ce programme de dépistage vient appuyer la large campagne de vaccination contre le HPV (*Human PapillomaVirus*). « L'Europe s'est fixé pour objectif d'atteindre 90 % de filles vaccinées et une augmentation significative de garçons vaccinés d'ici 2030, les garçons étant aussi impactés par ces virus, rappelle Michel Candeur. Par ailleurs, le vaccin protège de cancers dont on parle peu comme le cancer anal, le cancer de la gorge, le cancer du pénis... ». Le vaccin gratuit est recommandé pour les femmes et les hommes. La couverture vaccinale à Bruxelles est de 50,2 % tandis qu'elle est de 84,3 % en Flandres d'après le KCE.

Comme pour les autres dépistages, les centres de screening de chaque région travailleront de manière coordonnée. « Nous échangeons nos méthodes, nos process, ce qui nous permet de faire évoluer nos approches et notamment de mieux cibler nos publics géographiquement ou économiquement défavorisés », conclut Michel Candeur.

S'attaquer au poumon, au pancréas et à la prostate

Plusieurs projets sont en réflexion pour améliorer le dépistage des cancers du poumon, du pancréas et de la prostate. Un projet-pilote mené par l'université d'Anvers analyse l'intérêt de la mise en place du dépistage annuel ou bisannuel du cancer du poumon pour les gros fumeurs à partir de l'âge de 50 ans. Tandis qu'une autre étude se penche sur celui du pancréas chez les personnes à très haut risque. Pour la prostate, il est surtout question de trouver un moyen de résorber le surdiagnostic et les faux-positifs.

Références

- ▶ Registre belge du cancer / Belgian Cancer Registry – (BCR): kankerregister.org/fr
- ▶ registre européen des inégalités face au cancer – **rapport OCDE** (en anglais)
- ▶ KCE REPORT 376C – Performance of the Belgian health system: report 2024 – kce.fgov.be/sites/default/files/2024-01/KCE376C_HSPA2024_Report.pdf
- ▶ Les trois organismes belges sont :
 - CvKO en Flandres : cvko.vlaanderen
 - Bruprev : bruprev.be/fr/bruprev
 - En Wallonie, le Centre de Coordination et de Référence pour le dépistage des cancers (CCRef) : ccref.org

Bruxelles : les espoirs du secteur malgré les incertitudes



POLITIQUES

À Bruxelles, plus de huit mois après les élections régionales, la Fédération bruxelloise de promotion de la santé (FBPS) retrace les moments-clés de la législature écoulée et, dans l'attente de la formation d'un nouveau gouvernement régional, souhaite souligner les éléments essentiels pour renforcer le secteur de la promotion de la santé dans les années à venir.

▶ FÉDÉRATION BRUXELLOISE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Huit mois après les élections du 9 juin 2024, la Région bruxelloise tarde encore à former son gouvernement et collègues et à établir les coalitions pour les cinq prochaines années. Dans ce contexte incertain, le secteur de la promo-

tion de la santé a choisi de se mobiliser pour faire entendre ses recommandations, basées sur le bilan de la législature écoulée, marquée par une succession de crises, l'amorce d'une transformation du système social-santé à Bruxelles

et l'adoption du nouveau plan de promotion de la santé pour 2023-2027.

Une législature marquée par les crises

Cette législature a été profondément affectée par une série de crises successives : la crise sanitaire de la Covid-19, la crise énergétique et l'inflation, l'épuisement de la première ligne de l'aide et du soin, pour n'en citer que quelques-unes. Ces crises ont eu, et continuent d'avoir, un impact durable tant sur les travailleur-euses que sur les pratiques professionnelles, affectant les comportements et la manière de concevoir les actions dans tous les secteurs, et plus particulièrement dans le secteur non-marchand. En effet, une crise – entendue comme une situation imprévisible menaçant un système établi – exige, face à des menaces souvent inconnues, non seulement une réaction rapide mais aussi et surtout des stratégies à long terme fondées pour rendre nos systèmes plus robustes.

À l'instar de nombreux autres secteurs, celui de la promotion de la santé n'a pas échappé à cette spirale et a dû faire face à l'urgence et aux menaces pesant sur la population et sur lui-même.

Prenons l'exemple marquant de la crise sanitaire liée à la Covid-19. Même si les autorités publiques ne se sont pas spontanément tournées vers les principes et les professionnel·les de la promotion de la santé pour faire face à la situation, il est évident, aujourd'hui, que le secteur de la promotion de la santé a joué un rôle en influençant les stratégies sanitaires mises en place. Les premières mesures gouvernementales prises pour limiter la propagation du virus ont révélé des inégalités sociales de santé profondes, avec des impacts différenciés selon les populations concernées. L'épidémie et sa gestion ont affecté tous les aspects de la vie quotidienne, mettant en lumière l'importance de concevoir la santé de manière transversale et durable, en tenant compte de tous ses déterminants.

Le secteur a ainsi plaidé pour l'intégration de méthodologies à la fois plus globales et adaptées, telles que l'atten-

tion aux publics fragilisés, les approches communautaires et participatives, le développement des compétences psychosociales, l'approche de réduction des risques, ainsi que la concertation avec d'autres secteurs (emploi, logement, social, soins, éducation...). Ces approches font partie des expertises que les professionnel·les du secteur développent depuis de nombreuses années et qui ont pu être mises à profit.

Avec le recul, on peut constater que l'approche adoptée par les pouvoirs publics s'est appuyée sur une vision biomédicale et centrée sur les comportements individuels (gestes barrières, mesures de protection, etc.). Cependant, certaines recommandations du secteur ont été prises en compte et ont pu faire évoluer quelque peu cette approche. Le secteur a pu également répondre concrètement aux besoins des populations fragilisées par la crise en adaptant les messages de santé publique à leur situation, en leur offrant un soutien social et psychologique, en facilitant l'accès aux soins, en proposant des solutions innovantes comme des auto-tests VIH ou des maraudes à vélo pendant le confinement.

Une des réalisations notables de cette période a été la mise en place d'instances de réflexion, de coordination et d'actions telles que les stratégies concertées Covid, réunissant acteur·trices, cabinets et administrations, pour échanger sur les stratégies d'action à adopter en situation de crise. Ce dispositif a permis de faire reconnaître la promotion de la santé comme approche sanitaire probante dans ce contexte et au-delà.

Une autre réalisation marquante est le renforcement de la démarche communautaire en santé. La mobilisation du secteur ainsi que le financement – par Barbara Trachte, Ministre en charge de la promotion de la santé d'alors – d'une concertation des acteur·trices de démarches communautaires sur deux années ont permis de faire entendre et reconnaître les principes, les valeurs et les méthodologies qui guident cette stratégie d'action. Après un long travail de plaidoyer, nous pouvons constater une place accrue laissée aux actions communautaires dans les différents plans bruxellois ainsi que la mise en place d'un service de support dédié à



l'accompagnement, la formation et la récolte de données autour des démarches communautaires en santé.

Malgré ces avancées, il reste un regret : l'absence d'une évaluation approfondie des stratégies et politiques publiques mises en œuvre pendant cette période. Une analyse détaillée de l'impact de ces mesures sur les populations bruxelloises, les usager·ères, les services et les autorités est indispensable. Il est peut-être encore temps de tirer les leçons de cette crise et d'enrichir les pratiques futures et les politiques de santé publique.

L'avènement du Plan Social-Santé Intégré (PSSI)

Un élément majeur de cette législature a été l'adoption du Plan Social-Santé Intégré (PSSI), issu d'un travail de concertation entre les politiques, les acteur·trices de terrain et les administrations. L'objectif du PSSI était d'adopter une approche plus intégrée de la santé et du social à Bruxelles, afin d'améliorer la cohérence et la lisibilité des dispositifs d'aide et de soins, tout en ancrant davantage l'offre au sein des territoires. On notera ici l'avènement du découpage territorial par bassins (au nombre de cinq) et le renforcement d'une approche dite « par quartier ».

Sans revenir sur les détails historiques du processus (détaillés dans un article précédent d'Éducation Santé¹), il convient de souligner les étapes-clés de la construction du PSSI, de ses premières discussions à sa mise en œuvre en 2024.

Lors de l'annonce du plan, le gouvernement bruxellois a mis en avant la volonté de renforcer l'intégration des services sociaux et de santé. La FBPS a salué cette initiative, en soulignant l'importance de l'inclure dans une approche globale de promotion de la santé.

Le secteur a d'ailleurs œuvré pour que la promotion de la santé soit pleinement intégrée dans les groupes de travail thématiques liés à ce plan. Aujourd'hui, bien que le secteur s'accorde sur les objectifs poursuivis par ce plan, il reste encore largement au stade d'intentions. Le plan opérationnel présente environ 200 actions à mettre en œuvre, mais beaucoup de ces actions sont suspendues en raison de l'absence de budget, de temporalité ou de priorisation.

En outre, bien que le secteur de la promotion de la santé soit intégré au PSSI, il doit faire face à des besoins qui ne sont pas accompagnés des ressources nécessaires. L'intersectorialité prônée par le PSSI, bien qu'indispensable, nécessite des ressources humaines et administratives importantes, qui sont souvent détournées des projets pour lesquels les acteur·trices sont véritablement financés.

Le secteur de la promotion de la santé attend donc des moyens supplémentaires pour pouvoir assumer pleinement ses responsabilités dans ce travail intersectoriel, réaliser les projets pour lesquels les acteur·trices sont financé·es et assurer un véritable rayonnement de la promotion de la santé au sein des autres secteurs d'activité. Tout cela contribuera à une diminution de la pression et des coûts liés aux soins de santé.

La mise en œuvre du PSSI reste donc un enjeu majeur pour la prochaine législature : comment garantir que ces actions seront réellement financées et mises en œuvre efficacement ? Comment faire de ce plan un réel levier de transformation en faveur de la santé et de l'équité ? Comment donner une place aux démarches de promotion de la santé, à la participation citoyenne et au secteur qui les défend ?

Le plan quinquennal pour la promotion de la santé (2023-2027)

Le plan de promotion de la santé 2023-2027, adopté en mars 2023 faisant désormais partie intégrante du PSSI, réunit 35 opérateurs désignés, quatre réseaux ainsi que neuf services de support et un service d'accompagnement.²

Le plan bénéficie d'un budget d'environ 6 millions d'euros, soit une augmentation de 10 % par rapport au précédent plan. Cependant, il convient de nuancer cette hausse, car elle provient principalement de la redistribution de subsides existant au sein du plan (précédemment sous la forme de subsides dits « initiatives »), et non d'une véritable augmentation des moyens. Il s'agit ici davantage d'une translation que d'une augmentation.

La construction du Plan de promotion de la santé a grandement évolué par rapport à sa première mouture en 2016. En effet, le nouveau Plan s'articule désormais autour de cinq axes issus de la Charte d'Ottawa (1986)³. Chacun de ses axes se décline en objectifs spécifiques qui, eux-mêmes, se déclinent en objectifs opérationnels qui sont tous définis à partir des priorités déterminées par les autorités publiques.

Le secteur souhaite saluer le travail fourni par l'administration pour la rédaction de ce plan quinquennal. Nous souhaitons mettre en avant l'évolution de l'approche dans la construction du plan notamment sur les portes d'entrées de ce plan qui sont davantage transversales que thématiques. Ce changement fait, entre autres choses, à la suite des recommandations formulées par le secteur. Par ailleurs, il reste que ce plan est largement sous-financé au regard des ambitions qu'il porte, en particulier sur certains axes de celui-ci. Un refinancement du secteur à hauteur des besoins de la population est essentiel.

1 PSSI: Interview – bilan du cabinet Maron-Trachte : educationsante.be/psii-promotion-de-la-sante-interview-bilan-du-cabinet-maron-trachte

2 Pour le détail du Plan opérationnel et des opérateur·trices : educationsante.be/bruxelles-decryptage-du-plan-de-promotion-de-la-sante-2023-2028

3 iris.who.int/handle/10665/349653

Et pour la suite ?

Le prochain cabinet gagnerait à reconnaître et intégrer davantage les principes, méthodologies et stratégies de la promotion de la santé pour améliorer le bien-être des Bruxellois et réduire les inégalités sociales de santé.

De nombreux secteurs, scientifiques et politiques, reconnaissent déjà l'importance d'investir dans la promotion de la santé et la prévention pour désengorger le système de soins, à l'image de la Wallonie qui a fait ce choix stratégique pour « anticiper les coûts liés aux soins de santé »⁴.

La Fédération bruxelloise de promotion de la santé a eu l'opportunité de discuter avec divers partis des recommandations qu'elle souhaite voir mises en œuvre pour la future législature.

Parmi celles-ci, plusieurs trouvent déjà un écho favorable auprès des élu-es, notamment :

- ▶ augmenter les budgets du secteur et de la promotion de la santé pour alléger la pression sur les soins ;
- ▶ pluriannualiser les subsides facultatifs pour pérenniser les projets ;
- ▶ sortir de la logique d'appel à projets pour assurer des financements structurels aux organismes et affirmer par là leur rôle structurel dans la promotion de la santé des populations ;
- ▶ réduire la charge administrative des ASBL en simplifiant les obligations et en facilitant la prise en main des outils numériques ;
- ▶ clarifier et financer les actions prioritaires du PSSI ;
- ▶ maintenir et financer les accords du non-marchand qui permettent d'améliorer les conditions de travail des travailleuses du non-marchand et de renforcer l'attractivité du secteur.

Enfin, une recommandation importante concerne la reconnaissance officielle de la Fédération bruxelloise de promotion de la santé. En effet, au cours des dernières années, la fédération a évolué dans ses missions et ses activités, notamment avec l'instauration du nouveau plan quinquennal et l'arrivée de nouveaux membres.

Cependant, les missions de représentation, de plaidoyer et de défense sectorielle ne sont toujours pas reconnues par les autorités publiques, bien qu'elles soient essentielles tant pour le secteur que pour l'autorité publique. Il convient de souligner que ces missions sont d'ores et déjà reconnues pour les fédérations des autres secteurs du non-marchand.



Quelques ressources pour aller plus loin

- ▶ Actes du colloque « *La promotion de la santé dans un contexte de politique social-santé intégrée: Pourquoi? Comment?* » 2 octobre 2023
 - Actes complets : fbpsante.brussels/wp-content/uploads/2024/12/actes-colloque-2023-v7.pdf
 - Synthèse : fbpsante.brussels/wp-content/uploads/2024/12/actes-colloque-2023-synth-2.pdf
 - Recommandations : fbpsante.brussels/wp-content/uploads/2024/12/recos-actes-colloque-v3.pdf
- ▶ Plaidoyer pour la promotion de la santé à Bruxelles (2022)
 - Plaidoyer complet : fbpsante.brussels/wp-content/uploads/2022/06/fbps-plaidoyer-depliant-hd-01.pdf
 - Synthèse : fbpsante.brussels/wp-content/uploads/2022/06/fbps-plaidoyer-synthese-hd-01.pdf
- ▶ Synthèse de la concertation démarches communautaires (2023)
 - Référentiel complet : fbpsante.brussels/wp-content/uploads/2023/09/concertation-des-demarches-communautaires-de-promotion-de-la-sante-en-region-bruxelloise-referentiel.pdf
 - Synthèse : fbpsante.brussels/wp-content/uploads/2023/09/fbps-demcom-web.pdf

⁴ wallonie.be/fr/actualites/268-millions-deuros-deconomies-pour-le-budget-regional-2025

Jeux et animations, un duo gagnant



Depuis une vingtaine d'années, l'asbl Question Santé crée, expérimente, diffuse et surtout utilise les jeux comme support de ses actions tant en Promotion de la santé qu'en Éducation permanente. Cette utilisation des outils-jeux nous permet d'apporter ici quelques réflexions sur les avantages que représente l'usage des supports ludiques lors de nos activités avec différents publics.

► ÉRIC YVERGNEAUX¹

Un vendredi matin de novembre 2024, vers 9 heures, dans le local fraîchement rénové d'un centre d'insertion socio-professionnelle du Hainaut, une dizaine de participant-es s'installent autour du plateau de jeu Parcours D-Stress. Pendant trois heures, sous la conduite d'un animateur, ils vont partir à la découverte du stress en jouant.

Ce jeu de plateau, qui s'adresse au plus de 15 ans, permet de sensibiliser à la problématique du stress, d'échanger sur les causes et les conséquences du stress et d'apporter des solutions afin de mieux le gérer.

La séance débute avec une question rituelle adressée aux participant-es: « quelle a été, pour vous, votre dernière source de stress ? ». Après quelques secondes de réflexion et d'hésitation, les réponses fusent: la crainte d'arriver en retard quand les transports en commun sont perturbés, la difficulté de conduire un véhicule pour certain-es, le stress des fins de mois quand on ne dispose pas de revenus importants. Les participant-es commencent à se sentir plus à l'aise et plus confiant-es. Après l'explication des règles et la formation des équipes, la partie va pouvoir commencer.

Pourquoi un jeu ?

Quels sont les avantages d'utiliser un jeu en animation en Promotion Santé et en Éducation permanente ?

Tout d'abord, le jeu présente un avantage social en aidant les participants à être en relation. L'aspect ludique du jeu facilite la mise en place d'une dynamique de groupe. Il va souvent jouer le rôle de « brise-glace », ce qui permet à l'animateur de gagner du temps. Placés devant un jeu, les membres d'un

groupe restreint vont presque automatiquement laisser tomber les postures qui peuvent habituellement gêner l'animateur. Le jeu favorise la mise en place d'une dynamique saine et constructive. Il va créer presque instantanément des interactions, des liens voire des alliances, qui vont générer de la cohésion dans le groupe durant la partie, cohésion qui demeurera une fois le jeu terminé.

Le jeu a également un avantage éducatif. Lors d'une partie, un espace sécurisé et libre se crée sous la gouverne de l'animateur, où chacun et chacune peut s'exprimer, sans devoir affronter les difficultés du débat, ou de la confrontation à des « leaders ». Stimulé-es par l'aspect ludique, les joueur-euses vont pouvoir prendre beaucoup plus facilement un risque dans leurs prises de parole. Il s'agit là d'atouts précieux pour proposer une animation efficace, surtout si, comme c'est souvent le cas en Éducation permanente, l'animateur accueille des participants qui ont une maîtrise inégale de la langue française, ou des codes et des techniques de débat.

Un outil-jeu doit être mis en place avec ses règles. Seul un respect de celles-ci va permettre d'obtenir les résultats escomptés, et garantir un espace de dialogue. Sauf si... pour les besoins de la cause, on les détourne !

Le jeu n'est sans doute pas la panacée, l'outil ultime. Certains sujets ne pourront sans doute pas être abordés via un outil-jeu. Certains groupes ne seront peut-être pas directement réceptifs à cette approche, mais là, c'est l'expertise de l'animateur qui devra faire la différence.

La partie a démarré ! Les pions progressent sur le plateau. Les quizz sur le stress, les mimes, les cartes de situation,

¹ Animateur en Éducation permanente, Question Santé

qui donnent un avantage ou le retirent se succèdent à un rythme soutenu. Les participant-es sont maintenant bien entrés dans le jeu, même les plus réservés d'entre eux. Ils et elles sourient, plaisantent, répondent aux questions de manière spontanée, et acceptent volontiers lors des séquences de réflexion de partager leur expérience sur le stress. La magie du jeu a fait son effet.

Et le plaisir dans tout cela ?

Si, en animation, jouer n'est pas l'objet principal, mais un moyen, il ne faudra pas oublier une des dimensions essentielles du jeu réussi : le plaisir. Le plaisir apporte la motivation nécessaire, il favorise la participation et les apprentissages. Jouer doit donc procurer aux participants des sensations, des stimulations, en un mot, du plaisir. Le jeu doit être conçu de manière à entretenir une dynamique, notamment en mettant en scène une émulation entre joueurs ou entre équipes, en les entraînant vers un objectif final, la victoire.

Lors du déroulement de ce type de séances, si l'animation « prend », les participant-es vont adopter une posture différente de celle qu'ils auraient prise lors d'une séance plus « classique ». Le jeu va leur permettre en effet de se projeter

dans l'imaginaire créé par le contexte, de s'éloigner d'une réalité quotidienne qui peut être délicate ou difficile.

Amélie fait partie des participants du jour. Elle a clairement pris le leadership de son équipe. Elle réfléchit mûrement avant d'annoncer son choix et l'action qu'elle souhaite effectuer une fois son tour arrivé. Elle a vite compris ce qui lui apportait un avantage supplémentaire, et bien repéré les actions intéressantes en fonction de la position du pion de son équipe sur le plateau. Thierry, lui, ne cesse de compter les cases qui lui restent avant la ligne d'arrivée, et les points qui permettront d'y arriver. Pour lui, c'est évident, participer n'est pas la seule chose qui compte. Pierre, lui, collectionne les tirages moins favorables. Cela a tendance à le rendre un peu maussade, mais avec le jeu « Parcours D-Stress », la chance peut vite changer de camp.

Profils-type et jeu d'équilibre

Lors d'activités basées sur un jeu, certains fonctionnements types peuvent apparaître chez les joueurs. Parmi ceux-ci, on trouve le « stratège », qui risque de vite se désintéresser des dialogues pédagogiques transmis par le jeu pour ne plus penser qu'à son action suivante. Il y a aussi

Le **Parcours D-Stress**, un jeu de plateau qui permet de sensibiliser le public adolescent, jeune adulte ou adulte à la problématique du stress, d'échanger sur les causes et conséquences du stress et d'apporter des solutions afin de mieux le gérer. Parcours D-Stress est

le fruit d'une collaboration entre l'asbl Question Santé et Solidaris.

pipsa.be/outils/detail-2139614106/parcours-d-stress-2e-edition-mise-a-jour.html



le « gagneur », qui va, comme son nom l'indique, accorder une très grande importance à la victoire, et risquer de passer à côté du contenu que véhicule la séance. De plus, le gagneur peut se transformer en « mauvais perdant » si l'on n'y prend garde, ce qui peut avoir un impact négatif sur la dynamique de groupe.

Certain-es participant-es peuvent également se poser la question de la pertinence d'une séance proposant un jeu, notamment dans un contexte où leur participation est contrainte (au sein de groupe de mobilisation sociale au sein de CPAS, par exemple), en ne voyant que la dimension « jeu de société » et en excluant son intérêt pédagogique.

Ces attitudes peuvent apparaître comme des écueils, mais elles sont surmontables. Surtout si la personne en charge de l'animation garde à l'esprit ses objectifs et parvient à préserver l'équilibre entre les enjeux du débat et le plaisir de jouer.

C'est finalement l'équipe d'Amélie qui a remporté la partie. Il est temps de se congratuler, éventuellement d'évacuer quelques frustrations, mais aussi de revenir sur les notions apparues durant la partie et de les exploiter.

Animer un jeu demande un-e animateur-ric-e !

Animer un jeu demande à l'animateur-ric-e de bien maîtriser les enjeux de cette activité. En plus des aspects techniques existants lors d'animations classiques, comme le choix en matière de gestion de la dynamique du groupe, du type de directivité qu'il utilise, de la nature de ses interventions, l'animateur-ric-e devra être attentif-ve à la manière dont la partie évolue. La nature hybride d'une animation basée sur l'utilisation d'un outil-jeu nécessite d'allier facilitation au niveau de la circulation de la parole, médiation parfois, et aussi, le cas échéant, régulation. En cela, et même s'il ou elle choisit une posture extrêmement discrète, l'animateur-ric-e joue un rôle-clé dans la réussite de la séance et la réalisation des objectifs qu'il-elle s'est fixés.

Que des avantages ?

Utiliser un jeu permet d'atteindre un bon nombre d'objectifs très différents. Faire connaissance, briser la glace, créer des liens entre les participants. Mais aussi susciter la réflexion, amorcer un débat autour d'un enjeu de société. D'une manière différente, peut-être plus facilement, et certainement de façon plus ludique.

Un exemple d'outil-jeu créé par l'asbl Question Santé : Sa Majesté Normes I^{er}, jouer avec les normes de santé

À l'occasion de son 40^e anniversaire, l'équipe Éducation permanente de Question Santé, à l'instigation de sa directrice de l'époque, Bernadette Taeymans, décide de produire un jeu sur les normes de santé. À l'origine, un jeu existait, « Débats Débiles », crée par Cyril Blondel & Jim Dratwa, publié aux éditions « Le Droit de Perdre » (ce jeu est utilisé régulièrement en France dans le cadre d'activités de type « Café Philo »).

Les règles du jeu de « Sa Majesté Normes I^{er} » sont simples : en gros, un des joueurs choisit un mot sur une carte et formule une question avec ce mot. Les autres participants du jeu devront alors répondre par « oui » ou par « non » à la question posée par le joueur. Le joueur a gagné s'il a réussi à poser une question qui divise au maximum les autres participants. En d'autres termes, l'objectif idéal est d'obtenir autant de réponses « oui » que de réponses « non » à la question posée. Le joueur qui aura réussi à poser une question qui divise le plus les participants sera couronné Sa Majesté Normes I^{er} !

L'intérêt de ce jeu est multiple. Tout d'abord, il s'agit de jouer de façon rythmée, décalée, et ainsi de créer une dynamique de groupe en mettant en place une ambiance conviviale et détendue. L'objectif final n'est évidemment pas uniquement de jouer, mais de sensibiliser les par-



participants aux enjeux de santé et aux normes qui les sous-tendent, dans une optique commune d'Éducation permanente et de Promotion de la Santé. Questionner notre regard sur la santé, nuancer notre réflexion, notre point de vue, débattre des normes dominantes, du politiquement correct, expérimenter les différents points de vue (accords-désaccords) : argumenter et respecter d'autres points de vue que le sien, dégager des questions et thématiques de santé à développer ultérieurement ; tout cela fait partie des objectifs de « Sa Majesté Normes I^{er} ».

pipsa.be/outils/detail-2139614225/sa-majeste-normes-1er.html

Soigner une approche critique de la santé par le genre



INITIATIVES

Après plusieurs mois d'interruption, les activités de l'ASBL Femmes et Santé (FESA) redémarrent avec le soutien du GAMS Belgique. La nouvelle équipe annonce déjà un premier rendez-vous le 28 mai pour célébrer la Journée internationale d'action pour la santé des femmes et poursuit la structuration du service support genre.

► CLOTILDE DE GASTINES

Constituée en octobre, la nouvelle équipe Femmes et Santé (FESA) conserve et valorise l'ADN de l'association qui va fêter ses 20 ans. L'asbl féministe de promotion de la santé, a pour missions de réduire les inégalités de santé et les violences faites aux femmes, de soutenir une analyse de genre en santé pour des équipes et institutions, des projets, et la recherche.

Fabienne Richard, coordinatrice *ad interim* est par ailleurs directrice du GAMS, Marwa Mohamed El Rufai est chargée de mission pour la région wallonne, Julia De Clerck et Léa Rollin sont chargées de mission pour la région bruxelloise.

Unir ses forces et ses réflexions

Le 20 février dernier avait lieu le (re)lancement officiel du Réseau bruxellois Femmes et Santé: pour favoriser les liens entre les différents acteur·rices du secteur. Il a réuni une vingtaine de participant·es au cours d'un workshop d'échange de pratiques.

Après le redémarrage du réseau bruxellois, FESA organisera également des événements communs avec le Réseau wallon pour la santé des femmes. Celui-ci a continué de fonctionner malgré la mise en suspens des activités de Femmes et Santé sur Bruxelles.

En région bruxelloise, FESA compte aussi relancer les ateliers autour de l'auto-santé et les ouvrir aux publics minorisés. « Ces ateliers d'auto-santé n'avaient plus lieu depuis deux ans, car l'équipe précédente avait mis le focus sur la diffusion des deux référentiels d'auto-santé et la formation à leur utilisation, explique Fabienne Richard, coordinatrice. En tant que nouvelle équipe, nous souhaitons refaire du

terrain et rencontrer notre public cible, car rien ne remplace la pratique, et celle-ci nourrit le plaidoyer.

L'auto-santé est parfois vue comme une activité réservée aux personnes privilégiées qui ont le temps et l'argent de penser à leur santé. L'équipe souhaite renforcer la vocation intersectionnelle de l'asbl afin que « les principes et les pratiques d'auto-santé soient accessibles autant aux femmes migrantes, qu'à celles porteuses de handicap, aux minorités de genre, aux publics marginalisés (prison, sans abri, santé mentale) », précise Julia De Clerck.

L'asbl a également réédité *Que se passe-t-il dans nos culottes?*, un carnet d'activité réalisé en partenariat avec la Fédération pluraliste des centres de planning familial (FPCPF) pour les enfants à partir de 9 ans qui se posent des questions sur les règles, leur corps, la puberté et les changements.

Structuration du service Support Genre

Le service support Genre relance ses activités en partenariat avec l'Observatoire du sida et des sexualités de l'ULB. Destiné aux professionnel·les de la santé et du social, ce « service de support en matière d'approche genrée des inégalités de santé » a pour objectif de soutenir les acteur·ices œuvrant à améliorer la qualité de vie de l'ensemble de la population bruxelloise susceptible de subir des inégalités de genre en matière de santé.

L'OSS et FESA se partagent la tâche.

- FESA poursuivra sa mission de mise en réseau et proposera un service gratuit d'accompagnement et de soutien opérationnels des acteur·rices de la promotion de la santé.

- ▶ L'OSS assurera la récolte de données, de documentation, d'enquête et de recherche.

Après l'attribution du service support en mars 2024, l'OSS a missionné la chercheuse Aurélie Aromatario pour qu'elle réalise un état des lieux des savoirs. La chercheuse a réalisé une revue de littérature scientifique, et identifié les acteur·rices du genre et de la promotion de la santé en région bruxelloise. « *Ce travail a permis de réaliser un état des lieux des savoirs et de la connaissance en socio-anthropologie de la santé, ce qui nous donne un bon aperçu des intersections* ». Dans les prochains mois, l'OSS publiera un document d'une cinquantaine de pages à destination principale des acteur·ices de la promotion de la santé avec une approche théorique sur la question de la santé et du genre.

Le service support en genre veut promouvoir une santé inclusive en améliorant la compréhension des inégalités de santé liées au genre et en répondant aux besoins spécifiques des acteurs de santé sur le terrain.

« *Avoir une approche basée sur le genre, c'est avoir une approche critique de la santé, cela oblige à changer de lunettes, pour ne pas se contenter d'aborder la santé des femmes par exemple sous l'angle de leur santé reproductive, comme c'est souvent le cas* » explique Aurélie Aromatario. Des pans entiers de la santé des femmes sont encore « invisibilisés » dit-elle. Ainsi, l'endométriose, une affection qui touche une femme sur dix, met en moyenne sept ans à être diagnostiquée. Et ses causes sont toujours inconnues. Comme la gynécologie a longtemps eu pour mission centrale de se concentrer sur la fonction reproductive des femmes, l'endométriose ou le vaginisme sortaient du prisme.

La chercheuse cite plusieurs affections pour lesquelles pèse le poids du genre.

- ▶ L'alcoolisme: chez les hommes, l'alcool est souvent considéré comme une affection en soi, alors qu'elle peut procéder d'un état dépressif. Chez les femmes, un médecin va plus rapidement interroger sur la dépression, ce qui va avoir pour conséquence une surreprésentation des femmes dans la catégorie Santé mentale et une sous-représentation dans les catégories liées aux assuétudes.
- ▶ L'ostéoporose: celle-ci est trop souvent sous-diagnostiquée chez les hommes. Elle est en générale découverte trop tardivement quand la maladie est très avancée, entraînant des risques de mortalité plus élevés.
- ▶ La vaccination contre le papillomavirus (HPV): la première campagne de vaccination en 2010 concernait seulement les femmes, car le virus peut provoquer des lésions qui



Un outil:

Que se passe-t-il dans nos culottes? est un carnet d'activité pour les enfants à partir de 9 ans qui se posent des questions sur les règles, leur corps, la puberté et les changements qu'elle entraîne. En bonus: un carnet pour aider les adultes à accompagner et échanger avec les enfants.

évoluent en cancer au niveau du col de l'utérus. C'est typique d'une affection pensée uniquement comme un risque au féminin, et un gros raté en termes de santé publique, car les hommes non vaccinés sont potentiellement porteurs et peuvent transmettre le virus. Certaines des lésions pré-cancéreuses générées par le HPV (cavité buccale, anus...) peuvent en outre concerner les hommes également. Il a fallu plusieurs réajustements des campagnes de vaccination au fil des années pour dépasser ces impensés.

Le service support genre permettra ainsi d'initier une réflexion au sein des équipes et institutions désireuses de faire évoluer leurs pratiques. Une étude exploratoire dans le domaine de la promotion de la santé sera ainsi mise en place dans les années à venir par Charlotte Pezeril qui reprend ce dossier auprès de l'OSS.

Le 28 mai prochain, FESA fête ses 20 ans et célèbre la Journée internationale d'action pour la santé des femmes avec des plénières, une conférence gesticulée, des ateliers d'auto-santé, et une projection de film.

Références

- ▶ Formulaire de demande d'appui en santé et genre: [/docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeXkyQP1AKGmPLvrQYA4Ur0_96_8kaWBtzGpuhQ5YMvwnilg/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeXkyQP1AKGmPLvrQYA4Ur0_96_8kaWBtzGpuhQ5YMvwnilg/viewform)
- ▶ Le site de Femmes & Santé: femmesetsante.be
- ▶ Le site de l'Observatoire du sida et des sexualités: observatoire-sidasexualites.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



Avec le soutien de :

