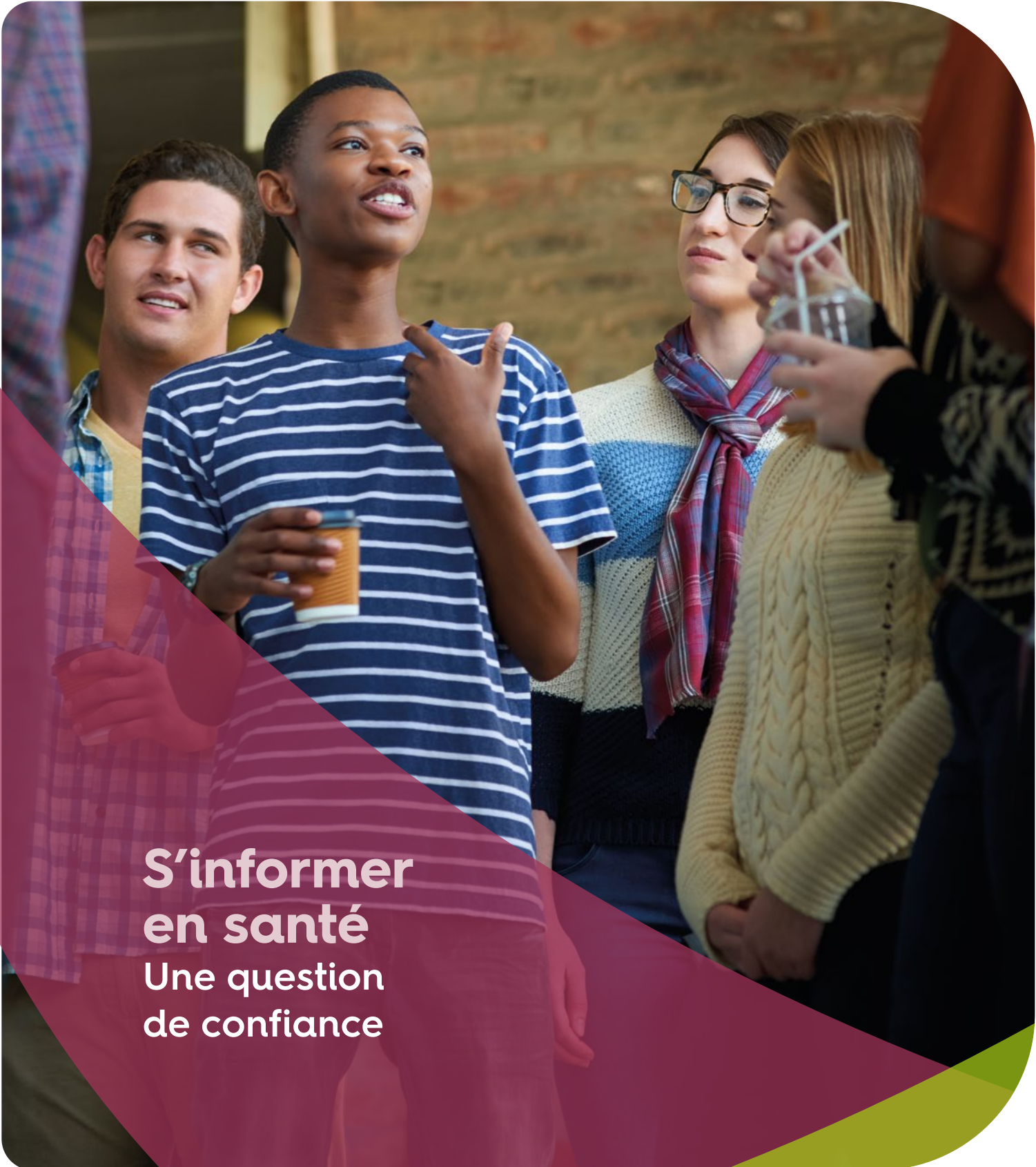


éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé – educationsante.be
Chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles
N° 435 / SEPTEMBRE 2026



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



**S'informer
en santé**
Une question
de confiance

Sommaire



Carine Maillard rejoint la rédaction d'Éducation Santé comme journaliste et secrétaire de rédaction



3

OUTIL S'informer en santé

Une question
de confiance

5 | Ces IA qui brossent
dans le sens du poil



10

INITIATIVES Suicide

Un certificat
universitaire, prélude
à une communauté
de pratique



6

INITIATIVES Santé au travail

Vers un nouveau cadre ?

9 | Des contours
internationaux
et européens



13

INITIATIVES Se nourrir en prison

Les détenus de Haren
se mobilisent



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, Laura Gimenez, Fany Panichelli, Vincent Lorient, Pablo Nicaise, Vincent Dubois. **RÉDACTRICE EN CHEF** : Clotilde de Gastines (education.sante@mc.be). **ÉQUIPE** : Maryse Van Audenhaege, Marie Lennerts, Carine Maillard. **CONTACT ABONNÉS** : education.sante@mc.be. **COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT** : Martin de Duve, Dominique Doumont, Sirine El Khoury, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Estelle Georgin, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Denis Mannaerts. **COMITÉ OPÉRATIONNEL** : Tania Antonioli, Nathalie Cobbaut, Dominique Doumont, François Negrel, Anne-Sophie Poncelet. **ÉDITEUR RESPONSABLE** : Georges Gilkinet, 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.

S'informer en santé

Une question de confiance

À l'heure où les sources d'information se multiplient, l'outil d'animation « L'info, ça se partage ! », développé par Cultures&Santé, explore les manières de s'informer en matière de santé, y compris à partir de sources informelles comme les amis, la famille et les pairs. Un outil conçu comme une manière de valoriser l'expérience de chacun-e et d'œuvrer à un renforcement de la littératie en santé.

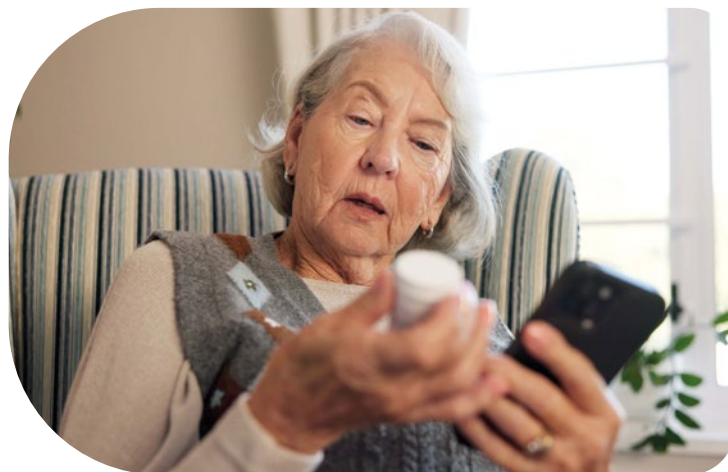
► JULIE LUONG

Avec l'avènement des réseaux sociaux mais aussi, plus récemment, des IA génératives, les manières de s'informer ont connu des bouleversements majeurs. Du point de vue de la promotion de la santé et de ses objectifs d'équité, cette multiplicité et cette abondance des sources d'information sont à double tranchant : si elles peuvent renforcer l'autonomie des sujets et les inciter à prendre en main leur propre santé, elles peuvent aussi accroître leur sentiment d'incompétence, leurs difficultés à s'orienter et diminuer leurs facultés à prendre des décisions éclairées.

« Dans un contexte de diversification des sources d'information, les sources informelles telles que la famille, les réseaux de connaissances, les amis, les pairs jouent également un rôle central mais souvent négligé et peu reconnu par les professionnel·les et les politiques de santé, explique Laurence D'hond, chargée de projet au sein de l'asbl Cultures&Santé. Or, nous faisons tous partie de communautés d'information. Nous avons donc eu envie de comprendre et valoriser ces pratiques. »

Recherche-action

Appuyée par le RESO, le service universitaire de promotion de la santé de l'UCLouvain, Cultures&Santé a ainsi entamé dès 2020 une recherche-action, en menant des entretiens avec différent·es professionnel·les (médecins, chargé·es de projet, formateur·ices en français langue étrangère, coordinateur·ices d'asbl dans le social et la santé, etc.) « Notre question de départ, c'était de comprendre comment les personnes s'informaient en matière de santé et à qui ou à quel type d'info, elles accordaient le plus de confiance, poursuit Laurence D'hond. Nous nous sommes alors rendu compte que certain·es professionnel·les étaient très au fait des manières dont leur public s'informait – via les réseaux sociaux ou des chaînes étrangères par exemple – et qu'ils en tenaient compte dans leur communication. À partir de là, nous avons commencé à construire des leviers qui pourraient permettre d'améliorer la littératie en santé. »



De cette recherche-action est né l'outil d'animation « L'info, ça se partage ! », élaboré en collaboration avec Salto, opérateur en promotion de la santé de l'AIGS (Association Interrégionale de Guidance et de Santé). « Nous avons mené une démarche collective qui a eu lieu dans leurs locaux à Herstal, avec une dizaine d'ateliers autour des manières de s'informer, détaille Laurence D'hond. Nous avons donc pu tester les outils en présence de profils très divers, notamment des personnes avec des difficultés en santé mentale et qui n'avaient pas nécessairement l'habitude qu'on vienne prendre en compte leur expertise et leurs ressources. Pour beaucoup d'entre elles, le constat de base, c'était que rechercher de l'info c'était "galère", a fortiori quand il n'y avait pas une bonne maîtrise des outils numériques. C'est donc aussi sur ces éléments que nous avons travaillé. »

Prendre du recul

Conçu comme un outil d'animation pouvant être utilisé avec des groupes d'adultes dans les champs de la promotion de la santé, de l'éducation permanente, de l'insertion socio-professionnelle, de la cohésion sociale, du social et de la culture au sens large, « L'info, ça se partage » invite à prendre le temps de mieux comprendre et identifier les pratiques d'information de chacun-e, mais aussi à mettre en

partage ces pratiques au sein du groupe afin de susciter une prise de recul. « *Nous avons conçu un guide d'animation mais aussi un guide d'accompagnement très complet pour les animateur-ices car prendre cette posture très "méta" sur ses propres pratiques est souvent inhabituel pour leurs publics, poursuit la chargée de projet. Il faut donc que l'animateur-ice soit bien présent-e, d'autant que les questions de santé peuvent toucher à des sujets assez intimes. Les participant-es doivent donc se sentir en sécurité.* »

En valorisant les sources informelles, souvent perçues par les institutions officielles comme « peu fiables » mais qui, parce qu'inscrites dans des environnements familiers et rassurants, sont parfois plus adaptées aux besoins spécifiques des personnes, cet outil entend reconnaître les compétences et ressources de chacun-e. « *Dans un monde où les systèmes de santé sont complexes et parfois intimidants, mais aussi où certains sujets de santé – comme la santé mentale, les addictions ou encore certaines maladies transmissibles – restent encore stigmatisés, ces sources peuvent offrir une alternative accessible et pratique* », rappelle Laurence D'hond. Bien sûr, cet outil a aussi pour objectif de permettre aux personnes de distinguer la confiance accordée à la source d'une part, et la crédibilité de l'information dispensée d'autre part. Selon une étude Solidaris, de nombreuses personnes font en effet davantage confiance à leurs proches pour obtenir des informations pour leur santé qu'aux sources officielles¹. Or cette confiance, si elle n'a pas à être contestée en tant que telle, doit être accompagnée d'une certaine vigilance afin d'éviter la propagation et l'utilisation d'informations erronées.

Motivation et confiance

Comme première piste d'animation, l'outil propose l'élaboration d'une carte reprenant les différentes sources d'information auxquelles a recours chaque participant-e et pour quel type d'information : par exemple, autour du thème de l'alimentation saine, un-e participant-e pourra citer Internet pour les recettes et les régimes, son ou sa meilleur-e ami-e à propos d'expériences pour « mieux s'alimenter », un-e voisin-e pour les coordonnées d'un-e coach sportif-ve, les forums pour échanger des avis, son psy pour obtenir des contacts de spécialistes, etc. Une deuxième piste d'animation consiste à découvrir en groupe les différents facteurs qui influencent les pratiques d'information à partir de 12 fiches « réflexion ».

« Nous avons identifié trois facteurs principaux, détaille Laurence D'hond : la motivation, la confiance et les rôles. La motivation est centrale parce que c'est le facteur qui va déclencher le processus de recherche d'information, mais c'est aussi elle qui est motrice pour comprendre et vérifier ces informations. Or cette motivation fluctue en fonction des ressources, du temps dont on dispose, du parcours, de la situation de vie... Si l'on souffre de douleurs chroniques,

on aura peut-être moins de motivation pour s'informer. Mais par ailleurs, on est parfois motivé à chercher des infos pour d'autres personnes que nous... »

La confiance est un autre facteur prépondérant dans les manières de s'informer. Par exemple, si la source d'information est une personne proche, ayant une légitimité et une expertise reconnue dans le domaine de l'information transmise, le niveau de confiance sera élevé. « *S'identifier à la personne ou développer un sentiment d'appartenance par rapport à un média jouera aussi sur la confiance en cette source : partager une langue, des valeurs communes, un vécu similaire, un milieu social...* », précise le guide d'accompagnement. À l'inverse, une personne que l'on ne connaît pas et qu'on a du mal à comprendre bénéficiera de moins de crédibilité. « *La confiance est plus difficile à accorder lorsqu'on est soi-même dans des conditions difficiles (faible maîtrise de la langue, lourdes préoccupations au quotidien...) et en terre inconnue.* »

Demander, transmettre et recevoir l'info

Enfin, le rôle de demandeur-euse et/ou de transmetteur-ice est central dans les pratiques d'information. Demander une information est en effet une démarche active, qui renvoie à un processus mobilisant des ressources et des compétences nombreuses : capacités à prendre conscience de ses besoins, à les accueillir, à les comprendre, à formuler adéquatement sa demande, à identifier les sources d'information, à pouvoir les solliciter... À l'inverse, transmettre de l'information est une attitude liée au « *care* », à la prévention, aux ressources disponibles pour améliorer ou maintenir sa propre santé ou celle de ses proches. À ce propos, le guide d'accompagnement rappelle que les personnes qui transmettent et aident le plus les autres dans leurs recherches d'information pour la santé sont plutôt des femmes âgées de 35 à 64 ans, mères de famille, en bonne santé, avec un niveau d'éducation et des revenus élevés. Ces personnes parlent la langue du pays, en maîtrisent souvent une autre, et ont fréquemment un lien familial avec quelqu'un-e atteint-e d'une maladie grave ou chronique.²

Cette transmission d'informations peut se réaliser à la suite d'une demande plus ou moins explicite de son interlocuteur-ice. Mais elle peut également se faire de manière spontanée et proactive. « *À côté des informations qu'on sollicite, il y a toute une série d'informations que l'on reçoit "sans le vouloir",* » souligne Laurence D'hond. Ces situations sont parfois difficiles à vivre : certaines personnes témoignent du fait qu'elles ont parfois reçu des conseils qu'elles n'avaient pas demandés et qu'elles auraient parfois préféré ne pas entendre... par exemple au moment de la grossesse. Cette transmission d'informations est alors vécue comme intrusive, remettant en question les choix que la personne a posés et la mettant en position de se justifier. Lorsque l'on

¹ L'information santé en Belgique francophone – État des lieux, attentes de la population et impact d'internet, Institut Solidaris, 2017.

² Sarah L. Cutrona, [et al.], *Health information brokers in general population*, 2016

manque de confiance en soi, ces situations peuvent engendrer de la culpabilité, être source de disqualification et d'impuissance. » C'est pourquoi, parmi les « bonnes pratiques » à destination des professionnel·les répertorié·es dans le guide d'accompagnement, Cultures&Santé mentionne la nécessité de travailler avec des pairs-aidant·es et des médiateur·ices interculturel·les, mais aussi de prendre le temps d'amener les informations en santé au moment opportun et de s'interroger sur la notion de consentement lorsqu'on transmet ces informations. Car si une information fiable est toujours bonne à prendre, elle ne l'est pas n'importe où, n'importe quand, ni de n'importe quelle manière... ■



Pour aller plus loin

- Retrouvez « L'info, ça se partage » dans la rubrique « Outils » de cultures-sante.be
- Le 25 juin dernier, Laurence D'hond et Anaïs Mauzat intervenaient dans le Midi de la littérature organisé par le RESO-UCLouvain – retrouvez le replay sur [Youtube](https://www.youtube.com/watch?v=...): « Midi de la littérature: Désinformation & fake news en santé, y faire face en tant que professionnel ».



Ces IA qui brossent dans le sens du poil

Au moment où Cultures&Santé a mené sa recherche-action sur les pratiques d'information en santé, les IA génératives du type ChatGPT n'avaient pas encore pris la place qu'elles ont désormais. Ce type d'outil est donc peu présent dans les résultats. Pourtant, il rend plus pertinent encore le facteur confiance identifié par le guide d'animation comme l'un des déterminants majeurs dans les manières de s'informer. « Il y a un an encore, on faisait le choix d'aller chercher de l'information dans les IA génératives. Aujourd'hui, plus personne ne fait ce choix puisque dès lors qu'on utilise un moteur de recherche, la première réponse qui vous est donnée provient d'une IA générative », souligne Daniel Bonvoisin, responsable de l'équipe d'éducation permanente au sein de l'asbl Média Animation.

Une couche d'illusion

Dans ce contexte, à quel point les utilisateurs accordent-ils leur confiance aux réponses générées ? « Certaines personnes conservent un regard assez critique mais d'autres entrent plus facilement dans une logique conversationnelle, poursuit Daniel Bonvoisin. L'outil parle en "je" et en "tu", donc on peut se sentir facilement dans une relation de confiance. » Le degré de confiance accordé dépendra ainsi moins de la qualité de l'information et des preuves apportées que de la « couche d'illusion » générée par ces outils. Plus encore que les forums santé, les IA génératives donnent par ailleurs l'impression d'une relation horizontale, là où le dialogue avec un·e professionnel·le de santé traduit souvent une relation d'autorité. Pour des personnes en situation de vulnérabilité, cette manière qu'ont les IA de traiter le ou la demandeur·euse d'information comme un·e égal·e et de ne jamais le ou la contredire frontalement peut s'avérer très séduisante. « L'IA est un outil "gentil", qui ne vous prend jamais de haut, souligne Daniel Bonvoisin. Contrairement à certains spécialistes ou même à un·e de vos proches, il ne se montrera jamais désagréable... »

Confirmation de biais

Bien sûr, ces outils peuvent amener certaines personnes à s'éloigner des professionnels de santé. Mais ce n'est pas toujours le cas. « Le principe de la recherche Internet, c'est la confirmation de biais. D'un côté, cela peut entraîner le rejet de la science officielle. Mais de l'autre, on sait que si le diagnostic du ou de la médecin correspond à l'autodiagnostic généré à partir de recherches Internet, cela renforce l'effet du traitement par une sorte d'effet placebo, à savoir que les personnes se sentiront davantage en confiance vis-à-vis du traitement, ce qui le rendra aussi plus efficace », détaille Daniel Bonvoisin, qui constate que, dans les premières étapes, les outils d'IA génératives sont cependant assez prudents. Ils vont par exemple conseiller de consulter. Mais au fur et à mesure, les réponses peuvent devenir plus problématiques, avec des personnes qui, au fur et à mesure de la conversation, peuvent se persuader d'avoir telle ou telle maladie.

Pas de réflexivité

Daniel Bonvoisin rappelle enfin que les IA ne sont pas des entités réflexives et qu'elles sont donc incapables de mettre à distance leurs propres résultats. Elles sont désignées pour donner l'impression à l'utilisateur·rice d'être face à « quelque chose qui pense », mais il n'en est rien. « La question de la confiance est au cœur de l'IA parce qu'en réalité, on ne comprend pas comment ces outils fonctionnent ! Non seulement, ce fonctionnement est extrêmement complexe, mais en plus ces outils ont été conçus par des entreprises qui cherchent à imposer leurs produits et qui souhaitent donc que ce fonctionnement demeure totalement obscur. » Voilà pourquoi il peut s'avérer si difficile de mettre à distance des réponses qui apparaissent « comme par magie ».

J.L.

Santé au travail

Vers un nouveau cadre ?

Le RESO, centre d'expertise en promotion de la santé (UCLouvain), publie les premiers résultats de son enquête collaborative sur la promotion de la santé au travail en Région wallonne. Pour coconstruire un cadre opérationnel entre le secteur de la promotion de la santé et le monde de l'entreprise¹ en Wallonie, il faut lever de nombreux freins.

► LAURA GIMENEZ, FANY PANICHELLI

Laura Gimenez et Fany Panichelli sont chercheuses à UCLouvain/IRSS-RESO, centre d'expertise en promotion de la santé. Elles écrivent au nom de l'équipe de recherche: Isabelle Aujoulat – professeur à l'UCLouvain/IRSS-RESO, Sandrine Ruppel – médecin du travail au CESI, Anaïs Peters – conseillère en prévention chez Effisens

L'équipe du RESO s'est penchée sur la promotion de la santé en milieu professionnel en Région wallonne dans le cadre d'une recherche exploratoire et collaborative, soutenue par l'AVIQ et menée sur toute l'année 2025. Réalisée en collaboration avec Sandrine Ruppel du CESI (Service externe de prévention et de protection au travail) et Anaïs Peters – conseillère en prévention chez Effisens, elle vise à mieux comprendre l'articulation entre les compétences



¹ Dans le cadre de la recherche, l'équipe du RESO définit une « entreprise » comme une entité économique organisée en vue de la production de biens ou de services, qu'elle se situe dans le secteur marchand ou non marchand.

régionales et fédérales en matière de santé et de promotion de la santé au travail. Elle cherche aussi à étudier et définir un cadre opérationnel pour des stratégies d'actions optimales en promotion de la santé et prévention en milieu du travail.

Dans une première phase du projet, l'équipe de recherche a mis en œuvre une démarche qualitative exploratoire reposant sur une série d'entretiens semi-dirigés et deux ateliers participatifs – pour un total de 20 entretiens : 9 auprès d'acteurs et actrices du secteur de la promotion de la santé, 8 auprès d'acteurs et actrices de la prévention en milieu de travail, et 3 auprès de personnes ressources.

Des zones grises liées à la complexité institutionnelle

Premier constat : si le cadre international sur la promotion de la santé au travail est stable (lire l'encadré p. 9), la santé et la promotion de la santé au travail en Belgique francophone s'inscrivent dans un contexte institutionnel complexe, marqué par une multiplicité d'acteurs et d'actrices et le partage des compétences entre le niveau fédéral et les entités fédérées, issu des multiples réformes de l'État.

Les compétences en matière de santé au travail sont fédérales, tandis que la promotion de la santé est une compétence régionale. Cette répartition a des contours complexes, émaillés de chevauchements, d'exceptions et de restrictions. Et cette complexité institutionnelle et législative belge influence directement la manière dont les différents acteurs et actrices concerné-es par cette thématique l'investissent ou pourraient l'investir.

Au niveau fédéral, la santé est régie par le Code du bien-être au travail (SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale). Le Code du bien-être développe, encadre et réglemente la politique de bien-être dans les entreprises en fonction du nombre de travailleurs et travailleuses, du secteur de l'entreprise, des risques auxquels les personnes employées sont exposées, etc... À ce niveau, c'est donc l'axe prévention des risques qui est mobilisé pour réduire les risques et l'impact du travail sur la santé des travailleurs et des travailleuses.

Tandis qu'au niveau régional, la promotion de la santé est une compétence qui s'inscrit dans un cadre législatif émanant de plusieurs entités fédérées :

- ▶ le décret du 14 mars 2019 relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités de la Fédération-Wallonie-Bruxelles ;
- ▶ le décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école de la Fédération Wallonie Bruxelles ;
- ▶ le décret du 18 février 2016 relatif à la promotion de la santé de la COCOF ;
- ▶ le décret du 3 février 2020 relatif à la promotion de la santé et la prévention de la Région wallonne ;
- ▶ le plan wallon de promotion de la santé et de prévention.



Cette complexité apparaît difficile à appréhender et génère des zones grises dans la mise en œuvre des politiques tant au niveau de l'entreprise que des acteurs.

La prévention : mètre-étalon des actions en entreprise

Les propos recueillis lors de nos entretiens mettent en évidence que la prévention constitue la porte d'entrée quasi exclusive des démarches en entreprise. La promotion de la santé, telle qu'elle est définie par la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) et dans le Plan de promotion de la santé de la Région wallonne (AVIQ, 2022) y reste méconnue, peu mobilisée et difficilement intégrée dans les pratiques professionnelles. Sur le terrain, la distinction entre prévention et promotion de la santé est souvent perçue comme floue, voire inexistante. Certains acteurs et actrices les utilisent de manière interchangeable, d'autres n'utilisent pas le terme de promotion de la santé puisque la prévention est au cœur du dispositif de santé en milieu professionnel.

Prévention et promotion sont pourtant conciliables ! En 2023, le projet REFORM P² montrait même que la prévention et la promotion de la santé doivent être envisagées comme des démarches complémentaires. Linda Cambon et ses collègues (2018), cités par Malengreaux et al., (2023) proposent d'envisager la prévention des maladies et la promotion de la santé comme deux concepts dont les stratégies d'intervention peuvent se recouper. Les auteurs considèrent qu'il existe une certaine porosité entre ces concepts, tout en reconnaissant qu'il est nécessaire d'inscrire la prévention dans une vision de promotion de la santé, en s'appuyant sur les principes, les valeurs et les stratégies qu'elle propose. En d'autres termes, la promotion de la santé apparaît comme un cadre pertinent pour réorienter les pratiques de prévention vers des finalités d'équité, de justice sociale et de renforcement du pouvoir d'agir des individus et des collectivités.

Des activités de prévention peuvent ainsi s'inscrire dans une perspective de promotion de la santé, à condition de « *s'intéresser aux ressources des personnes et des populations, pas seulement à leurs facteurs de risques, d'adopter une approche qui favorise la participation, et de prendre en compte la multiplicité des déterminants de la santé, dans le cadre des activités de soins et de prévention* » (Aujoulat & Sandrin, 2019, citées par Malengreaux S., et al, 2023).

Des liens diffus et des angles morts

Les résultats de notre recherche de terrain mettent par ailleurs en évidence que le manque d'interconnaissance entre les acteurs et actrices de la santé au travail, de la promotion de la santé et du monde du travail constitue un frein majeur à la co-construction de démarches intégrées.

La diversité des intervenants et intervenantes, bien qu'elle représente une richesse en termes d'expertise et de ressources, s'inscrit aussi dans un paysage institutionnel complexe, susceptible d'alimenter des logiques de concurrence et de tension entre parties prenantes.

Enfin, toutes les entreprises ne disposent pas du même accès aux services et dispositifs de santé et d'accompagnement. De ce fait, l'accès à la promotion de la santé et à la prévention est inégal. Ainsi, les petites et moyennes entreprises (PME) peuvent se trouver désavantagées par rapport aux grandes organisations, principalement en raison de contraintes financières, humaines et temporelles qui limitent leur capacité à investir durablement dans des actions de promotion de la santé au travail. Ce constat issu de nos entretiens de terrain est confirmé par la littérature. Comme le soulignent Virtanen M., et al, (2025) si des progrès

indéniables sont documentés en matière de promotion de la santé au travail, des réalités plus spécifiques comme celles des petites et moyennes entreprises, demeurent actuellement un angle mort dans la littérature, car elles sont moins représentées dans les études.

Expérimenter un processus collectif

Au regard de ces constats, la deuxième phase de cette recherche va s'attacher à explorer les conditions d'un rapprochement plus effectif entre prévention et promotion de la santé, afin de développer un cadre opérationnel pour soutenir le déploiement de stratégies d'interventions efficaces en matière de santé et de promotion de la santé en milieu professionnel. En 2027, cette recherche-action se poursuivra dans deux entreprises wallonnes en collaboration avec deux CLPS partenaires pour observer, documenter, analyser et expérimenter un processus collectif permettant d'intégrer durablement la promotion de la santé dans les pratiques internes des entreprises. ■

Bibliographie

- ▶ 1. Agence pour une vie de qualité (AVIQ). (2022). *Programmation wallonne en prévention et promotion de la santé : mise en œuvre du plan d'actions*. aviq.be/fr/actualites/programmation-wallonne-en-prevention-et-promotion-de-la-sante-mise-en-oeuvre-du-plan
- ▶ 2. Dooris, M. (2006). Healthy settings: Challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International*, 21(1), 55–65. doi.org/10.1093/heapro/dai030
- ▶ 3. European Network for Workplace Health Promotion. (s. d.). *Site officiel*. enwhp.org
- ▶ 4. Malengreaux, S., Fiorente, M., Fonteyne, G., Paridans, M., Pétré, B., & Aujoulat, I. (2023, septembre). *Projet REFORM P2 – Rapport final : Stratégies pour un meilleur ancrage de la promotion de la santé et de la prévention dans la formation initiale et continue de la 1^{re} ligne de soins en Fédération Wallonie-Bruxelles*. Woluwé-Saint-Lambert.
- ▶ 5. Sciensano. (2025). BE.Well.Pro : Rapport Belgique. health.belgium.be/sites/default/files/media/files/2025-11/rapport_global_belgique_fr_20250602.pdf
- ▶ 6. SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. (s. d.). *Code du bien-être au travail*. emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail/principes-generaux/code-du-bien-etre-au-travail
- ▶ 7. Virtanen, M., Lallukka, T., Elovainio, M., Steptoe, A., & Kivimäki, M. (2025). Effectiveness of workplace interventions for health promotion. *The Lancet Public Health*, 10(6), e512–e530. [doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00095-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00095-7)
- ▶ 8. Wolfenden, L., Goldman, S., Stacey, F. G., Grady, A., Kingsland, M., Williams, C., et al. (2018). Strategies to improve the implementation of workplace-based policies or practices targeting tobacco, alcohol, diet, physical activity and obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), CD012439. doi.org/10.1002/14651858.CD012439.pub2
- ▶ 9. World Health Organization. (1986). *Charte d'Ottawa*.
- ▶ 10. World Health Organization. (s. d.). *Healthy settings*. who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/healthy-settings



Pour aller plus loin

- ▶ Pour en savoir plus sur l'ensemble de la démarche méthodologique et des activités déployées dans le cadre de la première phase de cette recherche, le rapport détaillé est disponible via ce lien : uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/promotion-de-la-sante-dans-le-milieu-du-travail
- ▶ Publication à venir: RESO publiera sous peu un « Lu pour vous » sur deux articles scientifiques récents: l'un examine les conditions d'efficacité des interventions (Virtanen et al., 2025), l'autre s'intéresse aux stratégies susceptibles d'améliorer l'implémentation des interventions de promotion de la santé en milieu professionnel (Wolfenden et al., 2018).



Des contours internationaux et européens

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose un cadre de promotion de la santé au travail fondé sur l'approche « *healthy settings* », qui désigne les approches de promotion de la santé axées sur les milieux de vie, qui s'enracinent dans la stratégie de l'OMS « La santé pour tous » de 1980 et, plus spécifiquement encore, dans la Charte d'Ottawa. Celle-ci affirme que « la santé est créée et vécue par les personnes dans le cadre de leur vie quotidienne, là où elles apprennent, travaillent, jouent et aiment » (OMS, 1986).

Avant même la création de l'approche par les milieux de vie – dont le milieu du travail – dans les années 90, l'OMS posait d'ailleurs déjà le cadre de la promotion de la santé au travail, en la définissant comme « *l'ensemble des actions visant à améliorer la santé et le bien-être des travailleurs, au-delà de la simple prévention des risques professionnels* » (OMS, 1986).

Elle repose également sur une logique de co-construction : les démarches gagnent en pertinence lorsqu'elles émergent des communautés concernées, dans une dynamique ascendante (*bottom-up*), attentive aux réalités locales. Cette approche promeut un équilibre entre pilotage institutionnel et implication active des parties prenantes et bénéficiaires, afin de conjuguer cohérence stratégique et ancrage contextuel (Dooris M., 2006).

En termes d'efficacité, l'approche par les milieux de vie présente plusieurs atouts liés à ces caractéristiques. Elle fournit un cadre global d'intervention et favorise l'appropriation des enjeux de santé par les acteurs et actrices concernés. Elle permet également d'examiner les liens entre les personnes, leurs environnements et leurs comportements, ainsi que les interactions entre différents groupes au sein d'un même milieu. Enfin, au sein d'une entreprise par exemple, elle aide à articuler plusieurs enjeux de santé de manière intégrée et encourage une vision à la fois interne et externe de l'organisation, notamment en soutenant la responsabilité sociale des entreprises et la prise en compte de leurs impacts sur la santé, la durabilité et les inégalités à différentes échelles (Dooris M., 2006).

Le déploiement d'un plaidoyer européen

Dans le cadre de l'approche par les milieux de vie, la création d'un Réseau européen de promotion de



la santé au travail (European Network for Workplace Health Promotion, ENWHP) en 1996 contribue à préciser les contours et les leviers d'action dans ce champ. Ainsi, la promotion de la santé au travail se caractérise par « *les efforts combinés des employeurs, des travailleurs et de la société pour améliorer la santé et le bien-être des personnes au travail. Ceci peut être obtenu par une combinaison de l'amélioration de l'organisation et de l'environnement de travail, la promotion de la participation active et de l'encouragement du développement personnel...* » (European Network for Workplace Health Promotion, s.d.).

Plus concrètement, ce réseau européen développe des activités de plaidoyer qui soulignent l'importance du lieu de travail comme milieu pertinent pour le déploiement d'activités de promotion de la santé, mettant en évidence plusieurs arguments :

- ▶ Le lieu de travail est un moyen d'atteindre un grand nombre d'individus. En effet, les lieux de travail rassemblent un grand nombre de personnes aux profils variés dont des groupes moins favorisés en matière de santé et d'accès aux soins.
- ▶ L'intérêt est double à la fois des personnes employées et de l'employeur-euse de se soucier et de promouvoir la santé au travail.
- ▶ La santé des travailleurs et des travailleuses reste un facteur déterminant qui exerce une influence importante sur la santé de l'entreprise (European Network for Workplace Health Promotion, s. d.).

L.G et F.P.

Suicide

Un certificat universitaire, prélude à une communauté de pratique

École, maison de repos, institution psychiatrique ou entreprise, les organisations sont souvent démunies en cas de suicide. Pour y remédier, l'UCLouvain met en place dès 2027 un Certificat Universitaire en prévention du suicide dans les communautés et les organisations, pour préfigurer une communauté de pratique.

► VINCENT LORANT, PABLO NICAISE ET VINCENT DUBOIS (Institut de Recherche Santé et Société, UCLouvain)

Le suicide demeure un défi majeur de santé publique en Belgique. En 2022, il représentait 1,5 % de l'ensemble des décès et 25,7 % de ceux des jeunes âgés de 15 à 24 ans. Les décès par suicide surviennent ainsi, en moyenne, à un âge relativement jeune (53 ans chez les hommes et 56 ans

chez les femmes). En conséquence, le suicide constitue la troisième cause d'années de vie perdues chez les hommes et la neuvième chez les femmes (De Pauw et al., 2025). Malgré une diminution progressive de la mortalité par suicide observée au cours des dernières décennies, notre

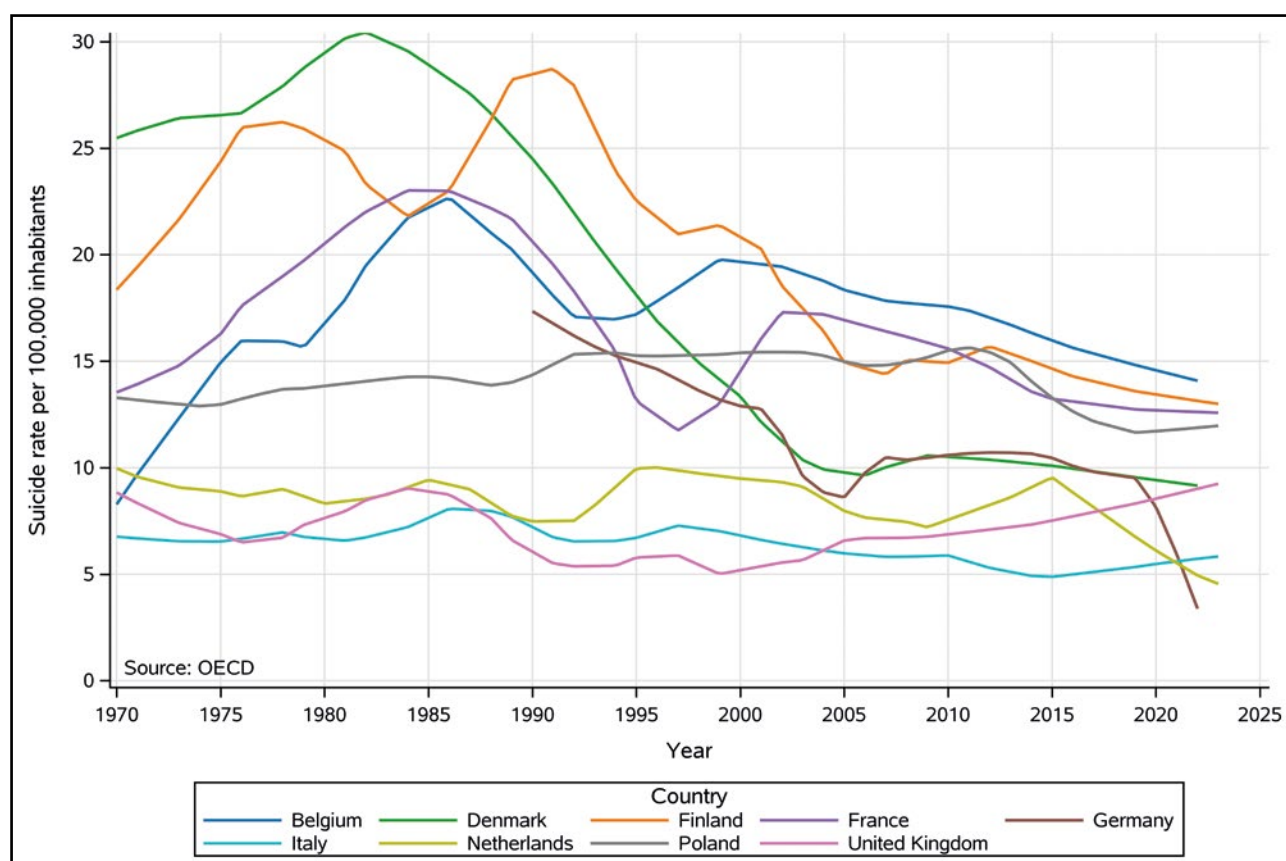


Figure 1. Évolution du taux brut de mortalité par suicide (pour 100 000) au sein de quelques pays de l'OCDE entre 1970 et 2022 (hommes et femmes), avec lissage.

pays reste parmi ceux qui affichent les taux les plus élevés en Europe occidentale avec 14 décès pour 100 000 habitants en 2022, juste derrière la Hongrie, la Slovénie et la Lituanie (Organisation for Economic & Development, 2026). En outre, la baisse de la mortalité par suicide a été moins marquée en Belgique que dans les autres pays de l'Europe occidentale (voir le schéma page 10). Selon les analyses faites par un consortium international, le suicide a diminué de 22 % en Belgique entre 1990 et 2021 contre 41 % dans le reste de l'Europe occidentale (Weaver et al., 2025).

Le nouveau certificat élargit la conception de la prévention du suicide en agissant sur les environnements dans lesquels les personnes vivent, travaillent et grandissent, et en renforçant les capacités des organisations à détecter et à accompagner la souffrance. Sa création de repose sur trois constats.

Les limites d'une prévention centrée sur les personnes à haut risque

Environ 60 % des suicides surviennent chez des personnes qui n'ont pas eu de tentatives antérieures connues des services (Hawton & van Heeringen, 2009 ; Owens et al., 2002). La situation est similaire pour les contacts avec les professionnel·les de la santé mentale : moins d'un tiers des personnes décédées par suicide ont eu un contact avec un·e professionnel·le de la santé mentale au cours de l'année précédente (Stene-Larsen & Reneflot, 2019).

Dès lors, une prévention ciblée sur les personnes connues à haut risque (pour des tentatives antérieures) ou sur les usagers et usagères de la santé mentale n'a que des effets modestes sur la mortalité globale. Or pendant longtemps, la prévention du suicide a été principalement pensée sous l'angle clinique et individuel. Les efforts se sont concentrés sur l'identification des personnes à risque, la prise en charge psychiatrique et psychologique, la gestion des crises suicidaires et le suivi après une tentative de suicide. Ces approches restent indispensables, d'autant qu'elles ont permis des avancées importantes dans la compréhension et la prise en charge de la souffrance suicidaire. Toutefois, d'un point de vue de santé publique, elles ne suffisent pas. Il est nécessaire d'élargir le dénominateur.

Prévenir plutôt que de prédire

Même en présence de plusieurs facteurs de risque, il reste très difficile de déterminer quelles personnes passeront à l'acte, ce qui limite fortement l'efficacité des instruments de prédiction. S'il n'est pas possible de prédire le risque suicidaire, il est possible de le prévenir. Le programme du certificat s'enracine autour d'un tronc commun consacré aux concepts fondamentaux, aux modèles explicatifs, à l'épidémiologie, aux stratégies fondées sur les preuves et aux approches organisationnelles. Trois approches de prévention, basées sur les enseignements de la littérature scientifique (Moutier et al., 2021) vont former la colonne vertébrale du certificat :



- universelle : elle couvre l'ensemble de la population ;
- sélective : elle vise les groupes à risque présentant un risque suicidaire plus élevé que la population en général ;
- ciblée : elle vise les personnes présentant un haut risque de suicide, par exemple à la suite de tentatives antérieures (Wasserman, 2021).

Améliorer la prévention hors du système de soins

Le troisième constat est que de nombreux déterminants du suicide se situent en dehors du système de soins : conditions de travail, isolement social, environnement scolaire, organisation des parcours de soins, accès aux moyens létaux, exposition aux contenus numériques ou encore modalités de sortie d'hospitalisation. Ces leviers requièrent une approche interdisciplinaire puisant ses ressources dans différentes disciplines : la psychiatrie, la psychologie, la santé publique, les sciences sociales, le droit, les sciences de l'environnement et de l'infrastructure.

Ce certificat aborde une palette d'interventions efficaces qui s'est élargie au cours de la dernière décennie. La prévention du suicide ne se limite plus aux lignes d'aide téléphoniques (Zalsman, 2016). Il est nécessaire d'inclure une meilleure préparation de la sortie d'hospitalisation psychiatrique, qui est un passage à haut risque de suicide, comme l'a montré le projet VigilantS en France (OECD, 2025).

Elle nécessite des interventions sur les infrastructures publiques (par exemple la protection de l'infrastructure ferroviaire), sur la régulation de l'accès aux moyens de suicide, sur l'accompagnement des proches, collègues, ami·es touché·es par un suicide (postvention).

En parallèle du tronc commun, le certificat déploie ensuite des modules thématiques consacrés aux contextes spécifiques :

- les services de santé mentale ou d'assuétudes (résidentiels et ambulatoires),

- ▶ les milieux fermés,
- ▶ les Maisons de Repos et de Soins,
- ▶ le milieu scolaire.

Une approche organisationnelle et d'évaluation de programme

Pour le participant, le livrable principal est l'élaboration d'un plan de prévention du suicide pour son contexte professionnel. L'enjeu n'est donc pas seulement de former des professionnel·les. Il s'agit également de mieux comprendre comment développer durablement des capacités de prévention au sein de sa propre organisation : reconnaître le problème, le quantifier, identifier les points faibles, identifier et choisir les solutions, les mettre en œuvre et les évaluer.

« Au-delà de la formation, l'un des objectifs consiste à créer progressivement une communauté de pratique francophone en prévention du suicide »

Le modèle « Zero Suicide » est un autre exemple d'approche globale du suicide, développé en Grande-Bretagne et moins connu en Europe continentale. Il vise à transformer l'ensemble de l'organisation des services de santé afin que la prévention du suicide devienne une responsabilité collective portée par les institutions elles-mêmes (Mokkenstorm et al., 2018). Ces expériences contribuent à déplacer le regard : la prévention du suicide devient une question de gouvernance, d'organisation, de coordination et de développement communautaire ; une question qui sera abordée ainsi tout au long des différents modules qui plaident pour une politique publique de prévention du suicide.

La formation s'adresse à des participants provenant de différents secteurs : soins de santé et de santé mentale, enseignement, action sociale, administration publique, entreprises et secteur associatif. Elle permettra le partage d'expériences, la circulation des connaissances et le développement de collaborations interdisciplinaires.

S'inspirer des pratiques à l'étranger

Depuis une vingtaine d'années, plusieurs pays ont développé des approches globales de la prévention du suicide. L'Australie, le Canada, le Royaume-Uni et la Finlande ont mis en œuvre des stratégies nationales fondées sur des interventions coordonnées à plusieurs niveaux : actions de sensibilisation, amélioration des parcours de soins, restriction de l'accès aux moyens de suicide, formation des professionnel·les, développement de réseaux locaux et implication des communautés.

La recherche suggère que ces stratégies globales sont efficaces pour réduire la mortalité par suicide (Lewitzka et al., 2019). À l'inverse, la Belgique est sans doute l'un des

rares pays de l'UE sans plan interfédéral de prévention du suicide. Il est étonnant que l'état fédéral belge et ses entités fédérées aient réussi à se coordonner pour élaborer des politiques interfédérales (dans le domaine de la santé mentale ou de la prévention du tabagisme, par exemple), mais qu'ils ne parviennent pas à le faire dans le domaine du suicide. Au-delà de la formation elle-même, l'un des objectifs plus ambitieux consiste à créer progressivement une communauté de pratique francophone en prévention du suicide susceptible de renforcer le plaidoyer dans ce domaine.

Ce certificat universitaire « prévention du suicide dans les communautés et les organisations » organisé par l'UCLouvain en 2027, deviendra interuniversitaire avec l'Université de Mons en 2028. ■



Plus d'infos sur le site uclouvain.be – dans le catalogue des formations 2026-2027.

Références

- ▶ De Pauw, R., Gorasso, V., Scohy, A., Nayani, S., Claerman, R., Van den Borre, L., Wellekens, J., & Devleeschauwer, B. (2025). *BeBOD estimates of mortality, years of life lost, prevalence, years lived with disability, and disability-adjusted life years for 38 causes, 2013-2022* (v2025-06-26) (Zenodo). doi.org/10.5281/zenodo.15574409
- ▶ Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373(9672), 1372-1381. [doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
- ▶ Lewitzka, U., Sauer, C., Bauer, M., & Felber, W. (2019). Are national suicide prevention programs effective? A comparison of 4 verum and 4 control countries over 30 years. *BMC Psychiatry*, 19(1), 158. doi.org/10.1186/s12888-019-2147-y
- ▶ Mokkenstorm, J. K., Kerkhof, A. J. F. M., Smit, J. H., & Beekman, A. T. F. (2018). Is It Rational to Pursue Zero Suicides Among Patients in Health Care? [Article]. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(6), 745-754. doi.org/10.1111/sltb.12396
- ▶ Moutier, C. Y., Pisani, A. R., & Stahl, S. M. (2021). *Suicide prevention: Stahl's handbooks*. Cambridge University Press.
- ▶ OECD. (2025). *Mental Health Promotion and Prevention: Best Practices in Public Health*. O. Publishing. doi.org/10.1787/88bbe914-en
- ▶ Organisation for Economic, C.-o., & Development. (2026). *OECD Health Statistics* (OECD). oecd.org/health/health-data.htm
- ▶ Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry*, 181, 193-199. doi.org/10.1192/bjp.181.3.193
- ▶ Stene-Larsen, K., & Reneflot, A. (2019). Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scand J Public Health*, 47(1), 9-17. doi.org/10.1177/1403494817746274
- ▶ Wasserman, D. (2021). Strategies in suicide prevention. In D. Wasserman, C. Wasserman, D. Wasserman, D. Wasserman, C. Wasserman, & D. Wasserman (Eds.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (pp. 421-426). Oxford University Press. doi.org/10.1093/med/9780198834441.003.0050
- ▶ Weaver, N. D., Bertolacci, G. J., Rosenblad, E., Ghoba, S., Cunningham, M., Ikuta, K. S., Moberg, M. E., Mougin, V., Han, C., Wool, E. E., Abate, Y. H., Adewuyi, H. O., Adnani, Q. E. S., Adzighbi, L. A., Afolabi, A. A., Agampodi, S. B., Ahinkorah, B. O., Ahmad, A., Ahmad, D.,... Naghavi, M. (2025). Global, regional, and national burden of suicide, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 [Article]. *The Lancet Public Health*, 10(3), e189-e202. [doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00006-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00006-4)

Se nourrir en prison

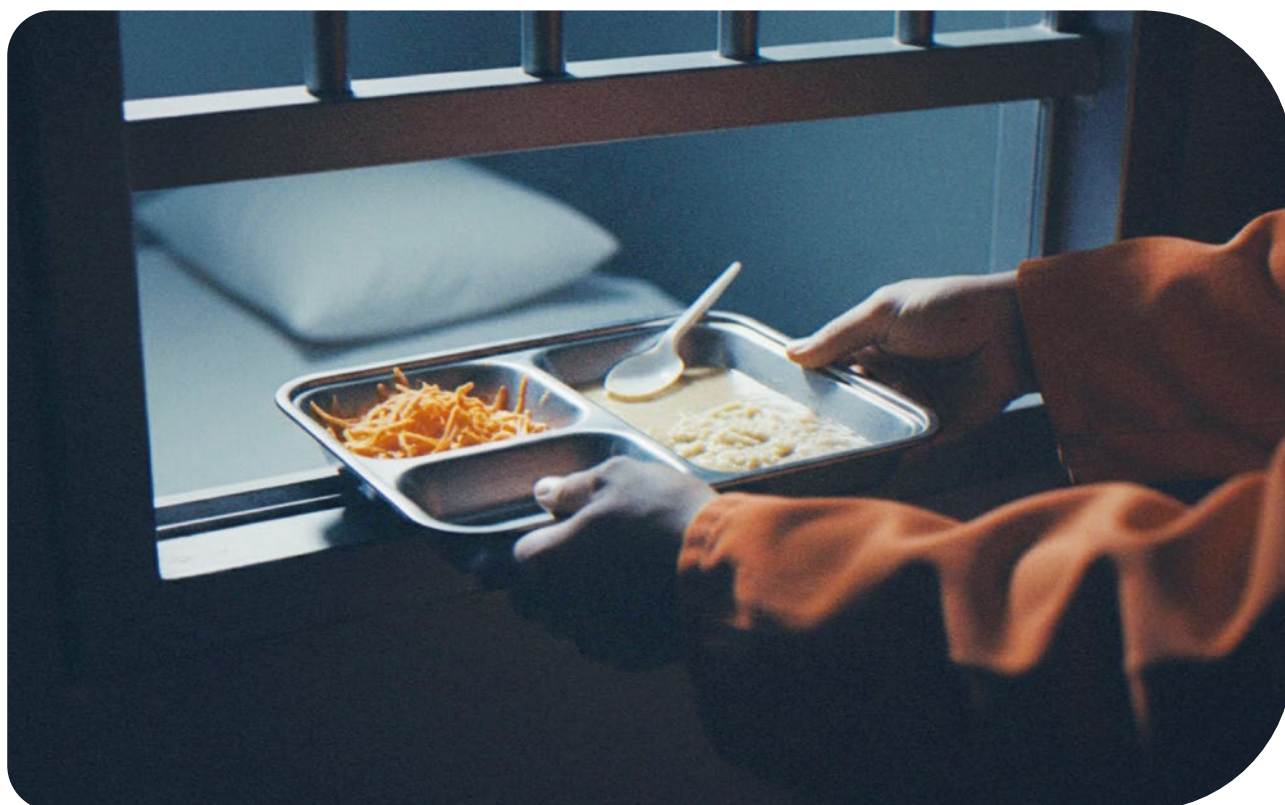
Les détenus de Haren se mobilisent

Pendant près d'un an, des détenus de la prison de Haren ont réfléchi à la manière d'améliorer leur accès à l'alimentation. Les discussions ont débouché en juillet 2025 sur un document de plaidoyer qui a été remis à la direction, mais les résultats concrets se font attendre.

► CLOTILDE DE GASTINES

« En détention, la nourriture c'est le premier facteur qui établit le niveau social. Celui qui a du pouvoir d'achat, il peut cantiner du café ou de quoi cuisiner : de la viande hachée, des oignons et des poivrons », témoigne Faouzi, incarcéré à la prison d'Haren. Celui-ci a pu être contacté par téléphone parce qu'il bénéficie d'un régime de semi-liberté. Entre septembre 2024 et l'été 2025, il a participé au groupe communautaire créé par l'asbl I.Care (I.Care intervient en détention sur des projets de prévention et de promotion de la santé, y compris de santé mentale, de réduction des risques ou encore d'accompagnement psychosocial).

Tous les 15 jours, 5 à 9 participants se sont réunis pour proposer des projets d'amélioration concrètes au sein de la prison. *« Ils avaient le sentiment que leur pouvoir d'agir sur certains fonctionnements était très bas. C'était une période où il y avait beaucoup de restructurations, notamment à la cantine, en raison d'un changement de fournisseur, le sujet s'est donc rapidement imposé »,* explique Camille Leddet, éducatrice spécialisée chez I.Care. Pendant 11 mois, les discussions ont donc décortiqué le système de la « cantine » et permis d'aborder plus largement la question du droit à l'alimentation en détention.





La cantine, levier d'agentivité et de solidarité

Les détenus qui ont les moyens (économies personnelles, aide financière de leur famille, ou rémunérations liées au travail en détention) achètent des produits sur la base d'un catalogue, validé par l'administration. Ensuite, chaque unité dispose d'une cuisine commune – dont l'utilisation se fait sur inscription. Malgré les restrictions tant des circulations que des créneaux horaires, la cantine est un lieu symbolique où le détenu peut exercer sa liberté de choix et son autonomie pour améliorer l'ordinaire, comme le confirment des travaux menés par la chercheuse belge An-Sofie Vanhouche en 2022.

Dans le cadre de sa thèse à la Vrije Universiteit Brussel sur la question de l'alimentation en prison, elle a constaté que les repas préparés à l'avance peuvent être perçus comme une composante des privations inhérentes à l'incarcération. À l'inverse, un système de cantine, qui permet aux détenus de cuisiner eux-mêmes, leur donne la possibilité de retrouver de l'autonomie, du contrôle, un sens des responsabilités et de renforcer leur estime de soi.

Les détenus qui n'ont pas de latitude financière dépendent de la distribution des repas classiques – qui a lieu deux fois par jour. « *La bouffe est pauvre en goût et pauvre en nutriments. C'est triste. On est tous très carencés* » témoigne Faouzi. Les plus pauvres ont bien droit à une aide de 15 euros par mois pour cantiner, mais « *avec 15 euros, tu n'achètes pas grand-chose: un paquet de tabac c'est déjà 12 euros ou alors si tu prends la télé à 60 centimes par jour, ça revient à 18 euros par mois. La plupart d'entre eux fument pour couper la faim* » détaille-t-il. Ces 15 euros ne sont pas issus de financements publics. Ils proviennent d'une caisse d'entraide alimentée par une taxe de 10 à 20 % sur les produits que les détenus mieux lotis achètent à la cantine. L'OIP Belgique regrette d'ailleurs que le système des prix et de la répartition de ces taxes soit encore trop obscur.

Carences, détresse et violences

En octobre dernier, le quotidien *Le Soir* alertait sur le fait que les détenus ne mangeaient pas à leur faim, car les portions sont calculées non pas sur le nombre effectif de détenus, mais sur la capacité de la prison. Or, Haren est plus grand établissement carcéral de Belgique. Il peut en principe accueillir 1233 détenus (chiffre 2025), devant Lantin (995) et Bruges (819), mais la surpopulation atteint 1 400 détenus. Devant le tollé, le gouvernement fédéral a annoncé début janvier un refinancement annuel de 50 millions d'euros, dont une partie doit être affectée à l'alimentation et aux soins de santé – mais sans que les montants aient été précisés.

Cette précarité alimentaire a des impacts sur la santé de celles et ceux qui vivent derrière les barreaux. « *La très grande majorité des détenus sont issus de la pauvreté, de la rue, avec parfois un long parcours de migration ou des*

Repère: Le droit à l'alimentation en détention

La Loi de principes (article 42) indique que « *l'alimentation du détenu doit être fournie en quantité suffisante, respecter les normes d'hygiène modernes et, le cas échéant, être adaptée aux exigences de son état de santé* ». Les régimes médicaux, les pratiques culturelles ou religieuses doivent aussi être pris en compte dans les repas proposés.

maladies psychiatriques, explique l'OIP Belgique. *Ils ont des besoins nutritionnels très particuliers vu qu'ils sont enfermés 23h sur 24* ».

« Les cuisines sont annulées, certains n'ont parfois pas à manger... Je me sens devenir bête, l'impression de perdre mon vocabulaire, le jour de la marmotte, encore et encore »
JF, détenu à la prison de Haren

Or selon les rares études internationales sur la nutrition en détention, les carences en nutriments essentiels (omega 3, vitamines) affectent les fonctions cérébrales, ce qui augmente la détresse psychologique, la dépression et le brouillard mental. La faim et la mauvaise qualité relative des repas accroît l'impulsivité et l'agressivité. À l'inverse, l'amélioration de la nutrition permettrait de réduire le niveau de violence, comme le souligne la psychologue britannique Kimberley Wilson.

Onze mois de réflexion, une liste de doléances

Le groupe de détenus accompagné par I.Care s'est d'abord concentré sur l'amélioration du catalogue :

- ▶ Donner des détails de prix pour savoir à quel point les produits sont taxés.
- ▶ Proposer davantage de produits « blancs », sans marque.
- ▶ Ajouter une photo de chaque produit pour les détenus allophones.
- ▶ Permettre de suggérer et de recommander de nouveaux produits dont les gens ont le plus besoin.
- ▶ Rendre la cantine du ramadan permanente pour respecter les régimes alimentaires de certains détenus. Par ailleurs, cette année, la liste des produits a été divisée par 2, les dattes ont été remplacées par des pruneaux, et la qualité du thé vert s'est dégradée.

Les détenus ont aussi dressé la liste des dysfonctionnements structurels: prix peu transparents ou des variations inexpliquées, incertitude des délais de livraisons. « *Parfois on attend trois semaines pour recevoir la viande,*

les oignons pourrissent dans un coin, ou alors elle n'arrive jamais, puis on est remboursé seulement deux ou trois mois après» décrit Faouzi. Ils demandent d'améliorer les commandes en ligne via la télévision du détenu, ce qui permettrait de réduire les erreurs, la perte, le gaspillage.

Les contraintes de l'institution totale

« Comme il y a beaucoup de transferts d'une prison à l'autre, les détenu-es ont des points de comparaison et donc ça renforce le sentiment d'injustice. Ils savent qu'il est possible d'avoir un catalogue adapté aux besoins des détenus », explique Marion Guémas, directrice d'I.Care. Or, à Haren, il est possible d'agrandir le catalogue seulement deux fois par an, en ajoutant 10 produits pour remplacer les produits sous commandés. En juillet 2026, à la date où nous écrivons ces lignes : un produit seulement avait pu être ajouté au catalogue. « Ce serait une erreur de ne regarder que ce résultat, étant donné qu'en matière de pouvoir d'agir, l'implication directe dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre d'actions est une étape primordiale de son renforcement » précise Camille Leddet.

Le parti pris d'I.Care est d'identifier « les contraintes de l'institution totale », précise Camille Leddet, avec les freins et les contraintes inhérentes à la prison, où les vies des individus sont principalement gérées sans eux et d'ailleurs contre leur gré, et où une demande n'est jamais assurée d'aboutir. I.Care rappelle que son rôle est de faciliter l'accès à l'information dans cet environnement contraint, dans différent-es langues et registres – analyse et compréhension, notamment celle qui porte sur l'environnement carcéral, les droits des personnes détenues, l'accès à différents services.

« Il y a une grande dégradation », regrette Faouzi, qui a pourtant la chance d'avoir déjà un pied hors de la prison.



De moins en moins d'ateliers, les asbl découragées à cause des annulations de dernière minute... « Maintenant c'est cellule, cellule, cellule, et de la mauvaise bouffe. Tout ça pour une prison qui a coûté un milliard ! » s'exclame-t-il. Dans un autre témoignage écrit transmis par l'OIP Belgique, JF confirme : « Les cuisines sont annulées, le fitness est annulé, les préaux sont annulés, certains n'ont parfois pas à manger... Je me sens devenir bête, l'impression de perdre mon vocabulaire, le jour de la marmotte, encore et encore ». ■



Pour aller plus loin

- Le site d'I.Care : i-careasbl.be
- Le site de l'OIP Belgique : oipbelgique.be

AGENDA

Judi 19 novembre 2026 (après-midi) les Fédérations bruxelloise et wallonne de promotion de la santé fêtent leurs 10 ans et célèbrent les 40 ans de la Charte d'Ottawa. Pour retracer le chemin parcouru, elles vous donnent rendez-vous à La Tricoterie – Rue Théodore Verhaegen 158, 1060 Bruxelles.

Au programme : une expo des initiatives du secteur en Wallonie et à Bruxelles, une table ronde inspirante interrogera le texte fondateur à la lumière des défis actuels. Une réflexion croisée, sans jargon, pour imaginer ensemble la santé de demain. L'événement sera suivi d'un drink convivial.

Plus d'infos sur le site de la fbpsante.brussels

- 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

