

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé – educationsante.be
Chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles
N° 436 / OCTOBRE 2026



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



Bruxelles,
une évaluation
en demi-teinte

Sommaire



3

POLITIQUE
Région bruxelloise
Une évaluation
en demi-teinte



6

DONNÉES
**Droits
fondamentaux
et santé**
Le poids de la précarité



8

INITIATIVE
Service Learning
Réciprocité et réflexivité
au cœur de la formation



11

TÉMOIGNAGE
Handicap invisible
Un outil pour patients
et professionnels



14

OUTIL
**Maltraitance
des aîné-es**
L'âgismomètre : se poser
les bonnes questions



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** : Clotilde de Gastines, Carine Maillard, Delphine Kirkove, Margaux Dumont de Chassart, Alyssia Dubuffet, Benoit Pétré, Sonia de Vree. **RÉDACTRICE EN CHEF** : Clotilde de Gastines (education.sante@mc.be). **ÉQUIPE** : Marie Lennerts, Carine Maillard. **CONTACT ABONNÉS** : education.sante@mc.be. **COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT** : Geneviève Aubouy, Martin de Duve, Dominique Doumont, Sirine El Khoury, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Estelle Georgin, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Vincent Lorant, Denis Mannaerts, Bruno Vankelegom, Élise Willame. **COMITÉ OPÉRATIONNEL** : Tania Antonioli, Ouafa Boughir, Nathalie Cobbaut, Frédéric Deconinck, Céline Demonceau, Dominique Doumont, François Negrel. **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 TOUTES 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.

Région bruxelloise

Une évaluation en demi-teinte

Déséquilibres, financement incertain et sentiment d'être mis en concurrence, la Cocof a publié cet été son rapport d'évaluation intermédiaire du Plan de Promotion de la Santé (PPS) 2023-2027. En pointant le manque de mobilisation sur certains sujets et les difficultés d'articulation avec le PSSI (Plan Social Santé Intégré), ce bilan à mi-parcours esquisse déjà les contours du prochain plan.

► CLOTILDE DE GASTINES

En mai dernier, la ministre bruxelloise en charge de la Politique de la Santé, Karine Lalieux (PS), a confirmé le renouvellement de 33 acteurs et de 4 réseaux chargés de la mise en œuvre du Plan de Promotion de la Santé 2023-2027 de la Commission Communautaire française (Cocof). Le rapport synthétique (48 pages, sans compter les annexes) publié fin juillet dresse un bilan d'étape important.

S'il déplore un certain déséquilibre entre les priorités politiques du plan et les actions réellement financées entre avril 2023 et décembre 2025, il identifie un faisceau de causes et propose déjà des pistes pour rectifier le tir à l'avenir.

Pour commencer, l'administration rappelle que des publics sont encore délaissés, en particulier les personnes âgées et personnes en situation de handicap. C'est le manque le plus clairement identifié au point que le Collège a dû relancer en 2024 un appel à projets dédié, car « *aucun dossier n'avait permis de rencontrer ces publics de manière suffisamment ciblée et convaincante* ». Et parmi les objectifs peu ou pas rencontrés et qui mobilisent trop peu les opérateurs agréés figurent : l'amélioration des liens sociaux des aînés, la lutte contre l'âgisme, la prise en compte du handicap et encore le renforcement du pouvoir d'agir des résidents de maisons de repos et de soins.

Trop ou trop peu

L'évaluation constate un déséquilibre marqué avec des axes sous-investis par rapport à d'autres. Cette tendance existait déjà dans le plan précédent, écrivent les auteurs qui constatent « *une concentration des interventions sur un nombre limité de thématiques de l'Axe 4* » (aptitudes individuelles — drogues, santé sexuelle, IST). Il compte 134 actions, soit plus de la moitié du total pondéré et le rapport regrette un « *risque de glissement vers des*

Le plan en chiffres

Au total, la Cocof a financé 50 projets portés par 35 acteurs, 4 réseaux pour un total de 221 actions pour les acteurs/réseaux et 117 objectifs opérationnels pour les 10 services piliers (ou service « supports »). En décembre 2025, 3 projets portés par Fian, Nos Oignons, et Question Santé (sur la santé au travail) ont perdu leurs financements sans pour autant que les raisons y soient détaillées.

pratiques davantage orientées vers l'éducation à la santé ». Mais l'administration note aussi qu'au sein de cet axe-là, l'objectif spécifique qui vise à réduire la fracture numérique n'a été rencontré par aucun des 10 services pilier alors que « *les opérateurs constatent une augmentation des besoins liée à la numérisation croissante des services* ».

En comparaison, les axes 1 et 5 sont les moins couverts, car ce sont « *les plus exigeants en termes de temps, de coordination et de ressources humaines* ». Pour l'axe 1 relatif à l'intégration de la promotion de la santé dans toutes les politiques, l'administration dénombre seulement 6 actions menées par 3 opérateurs. C'est le reflet de « *son ancrage essentiellement institutionnel et politique* ». Les auteurs précisent que « *les objectifs qui y sont associés relèvent principalement de compétences administratives, de concertations intersectorielles et de décisions structurelles, échappant en grande partie à l'initiative des opérateurs de terrain* ».

Quant à l'axe 5, consacré à la réorientation des services, il a bien suscité l'intérêt d'un nombre significatif d'opérateurs qui ont développé des actions en lien avec la formation,

l'accompagnement et le support, des leviers essentiels pour permettre une appropriation concrète des concepts de promotion de la santé dans les pratiques professionnelles. Mais le flou n'est pas encore dissipé. Les auteurs estiment « *nécessaire de constituer un état des lieux structuré des formations existantes (qui forme, à quoi et pour quels publics ?), tant pour les opérateurs de la promotion de la santé que pour l'ensemble du secteur social-santé* ».

Les contours du prochain plan

L'analyse pointe aussi les difficultés persistantes d'appropriation de certains concepts-clés de la promotion de la santé. « *Des confusions subsistent entre participation, outreach, activités collectives ou pair-aidance, ce qui peut conduire à des pratiques éloignées des principes communautaires.* » La solution serait que les services de support et le service d'accompagnement clarifient les cadres conceptuels, renforcent le soutien méthodologique et des compétences du secteur.

Enfin, l'axe 3 sur la création d'environnements favorables à la santé, avec 48 actions, est jugé « *insuffisamment investi* », alors qu'il est essentiel dans une région urbaine comme Bruxelles, confrontée aux enjeux de logement, d'urbanisme, de mobilité et de qualité de l'environnement. Les auteurs notent aussi que « *malgré des initiatives ciblées (notamment en milieu carcéral), les actions portant sur les environnements de vie demeurent minoritaires* ». A fortiori, le futur plan devrait renforcer ses exigences en termes d'actions, en particulier sur la question du logement qui mobilise encore peu les acteurs de la promotion de la santé, comme nous l'avons décrit dans l'article « Logement : le territoire bruxellois cherche son échelle d'intervention » en novembre dernier. À cette thématique du logement

s'ajoutera une priorité politique laissée en souffrance faute de gouvernement bruxellois : la question des violences intra-familiales.

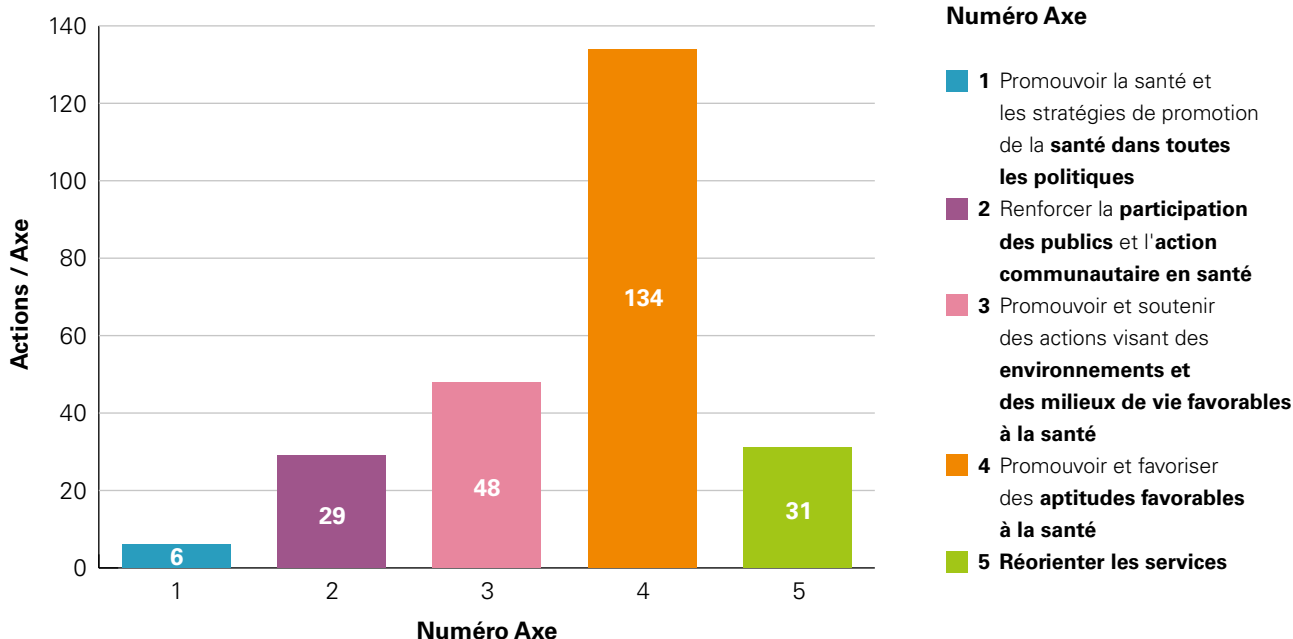
L'intégration incertaine dans le PSSI

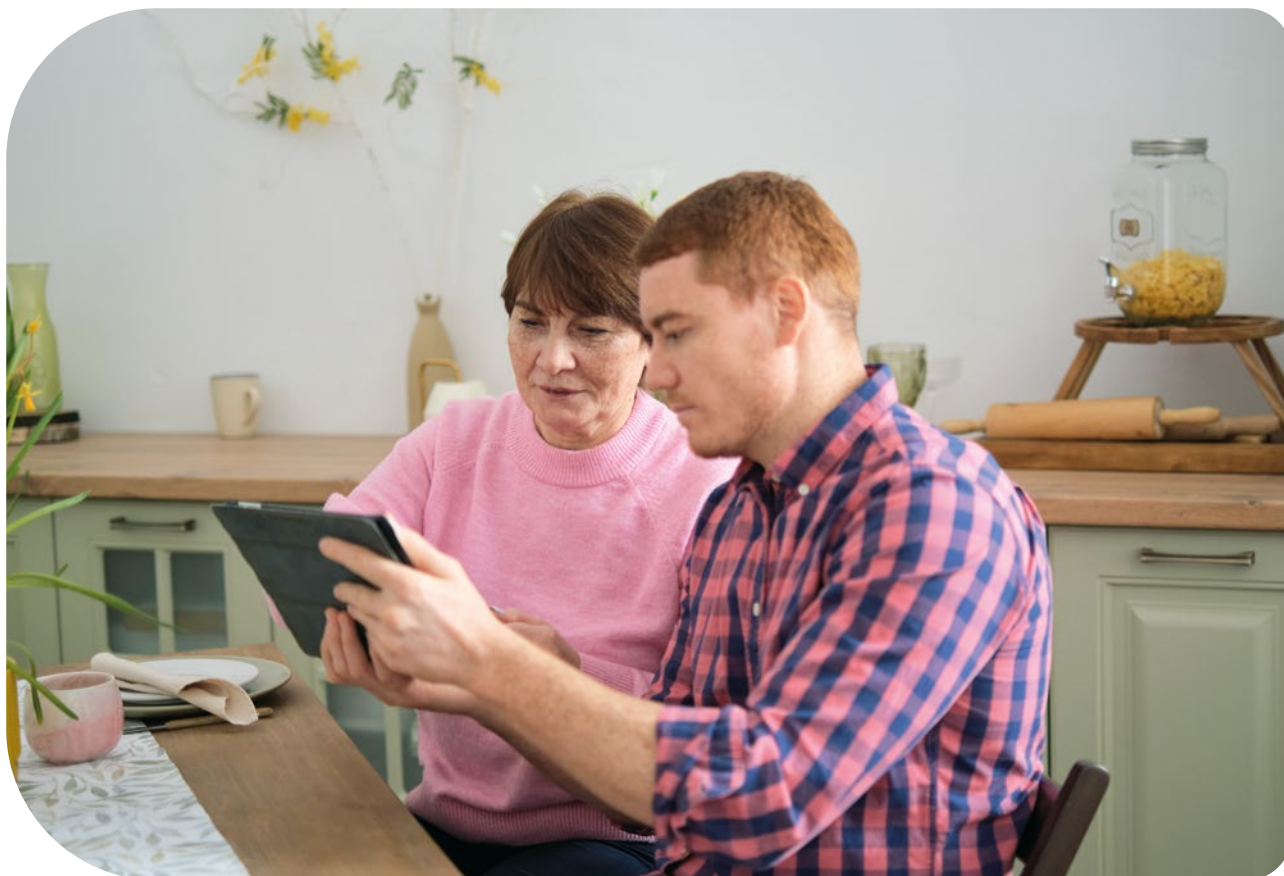
L'administration prend acte des difficultés liées au contexte socio-économique, à la précarisation croissante des publics et au sous-effectif chronique, mais aussi le *turnover* qui complique les liens et l'interconnaissance entre opérateurs alors même que les lieux de concertation se sont multipliés avec la mise en place du PSSI.

Le rapport d'évaluation de la Cocof détaille en effet les difficultés d'articulation avec les politiques publiques en matière de social-santé. « *L'inscription du Plan de Promotion de la Santé comme second volet du PSSI, les évolutions liées à la première ligne de soins, ainsi que le rôle croissant de la coordination territoriale ont renforcé les attentes à l'égard des opérateurs, en particulier en matière de participation, de territorialisation et d'articulation intersectorielle.* » Si le décroisement est bien en cours, « *les espaces d'échange actuels ne permettent pas d'élaborer véritablement des actions* », regrette Damien Favresse, coordinateur du Centre bruxellois de promotion de la santé, qui vient de remettre un rapport à la Cocom sur les nouveaux dispositifs social-santé de première ligne.

Il rappelle que la rencontre ne fait pas la collaboration. « *Il faut créer des espaces et du temps de travail pour articuler les démarches, construire un vocabulaire commun, comprendre les logiques de travail des uns et des autres et pouvoir confronter les différentes approches. Souvent, l'intervention d'un tiers est nécessaire, car les hiérarchies formelles ou informelles peuvent empêcher le travail collectif.*

Graphique tiré du Rapport d'évaluation de la Cocof





La Cocof observe que l'objectif spécifique qui vise à réduire la fracture numérique n'a été rencontré par aucun des 10 services pilier.

Chacun reste alors sur ses plates-bandes et on risque d'entrer dans des logiques de concurrence ou de conflit plutôt que de complémentarité. » Par ailleurs, la logique de l'urgence et du curatif au sein des services de première ligne déjà saturés, risque de prendre le pas sur le temps long de la promotion de la santé.

Les moyens budgétaires, le nerf de la guerre

Pour la Cocof, l'intégration du plan de promotion de la santé dans le PSSI ne pourra se faire « sans renforcement structurel des moyens alloués aux acteurs du secteur de la promotion de la santé ». La coordination de ces bassins d'aide et de soins a été confiée à Brusano via une augmentation considérable du budget financé par la Cocom (5,6 millions d'euros), alors que les acteurs de la promotion de la santé n'ont pas reçu de moyens additionnels. En l'absence d'un renforcement des moyens humains et financiers dédiés, la Cocof pressent que les acteurs ne parviendront pas à se mobiliser. « La participation à l'ensemble des concertations, bassins et conseils d'action, ainsi que la mise en œuvre des plans d'action afférents, apparaissent difficilement soutenables à moyen terme pour ces opérateurs », écrivent les auteurs.

Le sociologue Jacques Moriau, l'un des concepteurs du PSSI, regrette lui aussi ce sous financement. Contacté par *Éducation Santé*, le chargé de recherches au Conseil Bruxellois de Coordination Socio-politique (CBCS) déplore que le politique ait si peu investi. Il aurait fallu « environ

12 millions d'euros » pour que les structures puissent participer aux instances et organiser la collaboration, précisait-il lors d'une audition devant le parlement bruxellois le 5 juin 2025. « Le PSSI est encore balbutiant. On est vraiment au tout début de "la santé dans toutes les politiques". On dispose d'un cadre formel, ce sont les tout premiers pas. »

Au manque de moyens additionnels s'ajoutent les secousses des décisions politiques prises au niveau fédéral. « On a des politiques humanistes au niveau bruxellois, et des choix régressifs au niveau fédéral : attaques contre la sécurité sociale, discrimination envers les étrangers, les usagers de drogues, etc. Que peut-on dire de la responsabilité populationnelle quand tout se rétrécit ? interroge Jacques Moriau. Aujourd'hui, on a passé un seuil : la question n'est plus de savoir comment on se finance, mais quelles alliances on conclut pour résister à ce qui nous arrive ? » ■

Références

- Rapport d'évaluation intermédiaire de la mise en œuvre du Plan de Promotion de la Santé 2023-2027 (publié en juillet 2026) – cf.brussels
- Les nouveaux dispositifs social-santé de première ligne : de la mise en pratique aux enjeux futurs (juin 2026) – cbps.be
- Rapport d'activité 2025 – Brusano (septembre 2026) – brusano.brussels

Droits fondamentaux et santé

Le poids de la précarité

Spatialiser les inégalités d'accès aux droits fondamentaux en Wallonie et en tirer des cartes interactives. C'est le tour de force réalisé par l'Iweps, l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique, qui distingue 8 clusters. Utile pour penser les actions de promotion de la santé.

► CARINE MAILLARD

L'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (Iweps) a publié en juillet dernier un rapport qui décortique son *Indicateur synthétique d'Accès aux droits fondamentaux* (ISADF) de 2025. L'ISADF 2025 mesure l'accès effectif de la population des 252 communes francophones de Wallonie à 13 droits fondamentaux parmi lesquels ceux au « meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint, et à l'aide médicale », à « une alimentation suffisante, adéquate et de qualité », aux « revenus conformes à la dignité humaine », ou encore à « l'épanouissement social et culturel ».

Quelques éléments peuvent en être retirés en termes de santé et de promotion de la santé, en particulier la corrélation entre les moyens financiers et l'accès à bon nombre des droits fondamentaux.

À 500 euros près

L'analyse des données confirme que la précarité est un facteur significatif de l'accès aux droits fondamentaux. « L'indicateur REV6 (lié au fait de ne pas pouvoir faire face à une dépense imprévue de 500 euros) permet de donner un aperçu assez fidèle de l'accès global aux droits fondamentaux », affirme Baptiste Feraud, chercheur statisticien à l'IWEPS.

La question de l'alimentation aussi en dit long sur la situation globale de privation matérielle, constate le rapport. « L'indicateur composite lié à l'alimentation est celui qui atteint le score le plus élevé de corrélation par rapport à l'ISADF global (coefficient de corrélation : 0,95). » Il comprend à la fois la difficulté à financer une alimentation saine, la peur de manquer de nourriture avant la prochaine rentrée d'argent ou de ne pas avoir les moyens d'acheter des fruits et légumes ni des protéines (viande, poisson ou autres sources de protéines). Cette réalité ne se cantonne pas aux grandes villes du sillon Sambre-et-Meuse, elle concerne aussi certaines zones rurales, en particulier au sud de la province de Namur et le long de la frontière française.

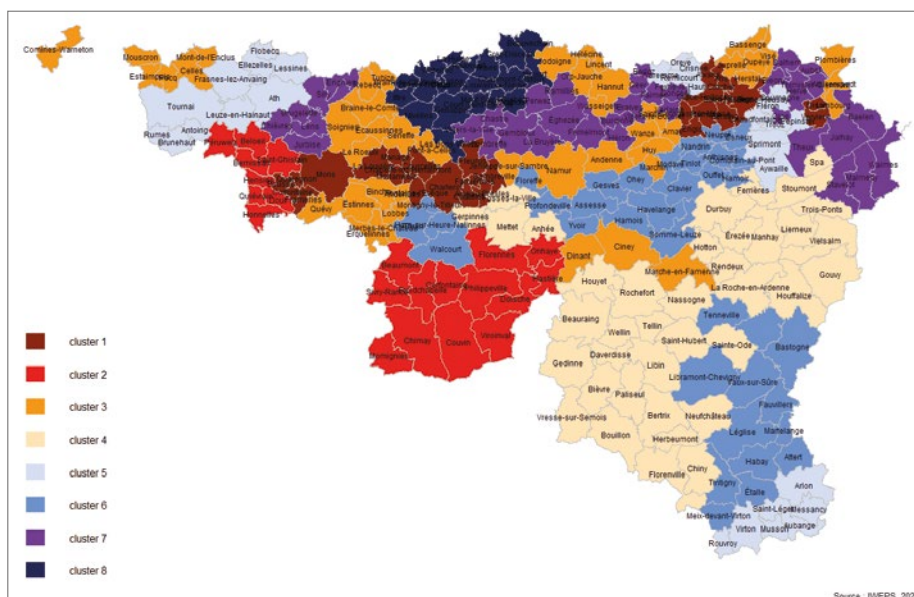
Les liens entre les droits

Il apparaît aussi que le droit à une bonne santé est le plus fortement corrélé à l'épanouissement social et culturel qui englobe notamment la santé mentale ou encore la pratique sportive ; suivent ensuite les droits liés à une alimentation



Qu'est-ce que le coefficient de corrélation ?

C'est un outil statistique qui mesure l'interdépendance entre deux variables. Il est représenté par un nombre compris entre -1 et 1. Plus il s'approche de 1, plus la corrélation existe : si l'un augmente, l'autre augmente aussi. À 0, les deux variables ne sont pas liées. À -1, la relation est inverse : si l'un augmente, l'autre diminue.



Les 8 clusters obtenus sur la base des droits fondamentaux (Source Rapport ISADF 2025)

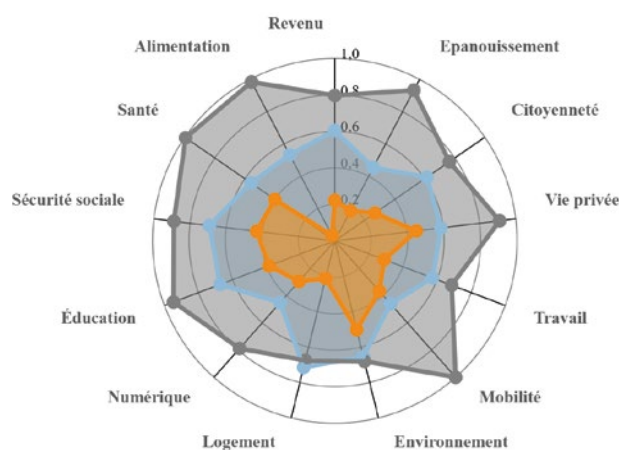
saine et suffisante, l'éducation, le numérique et seulement ensuite le niveau de revenus (qui atteint toutefois un score élevé). Celui-ci constitue aussi un élément décisif dans l'accès à une activité physique régulière : ainsi, moins les personnes interrogées ont d'argent, moins elles font de prévention par le sport.

Autre fait notable que ce rapport fait ressortir : « Une offre correcte (comme un service d'urgences à moins de 30 minutes) ne va pas de pair avec un accès effectif élevé à cette offre. En effet, si les personnes n'ont pas les moyens financiers de les payer ou de s'y rendre, elles ne s'y rendront pas... Notons aussi que les droits à accéder à une alimentation adéquate et de qualité et à un revenu suffisant sont les plus corrélés entre eux (coefficient égal à 0,88) ».

Le deuxième volet du document fournit une analyse spatiale des résultats sous forme de carte. Les communes sont regroupées en 8 clusters sur base de leurs scores en termes d'accès aux droits fondamentaux : du cluster 1 où l'accès est le plus faible, au cluster 8 où il est le plus élevé. L'objectif est d'identifier les communes aux accès comparables et de tenter de comprendre pourquoi ils le sont, mais aussi, à contrario, pourquoi des communes peuvent être si dissemblables.

Au-delà des constats

Sur base des nombreux constats de ce rapport, des pistes d'actions pourraient être adaptées, renforcées, voire créées. Par exemple, on peut en déduire que les acteurs de promotion de la santé gagnent à travailler de concert avec des structures de lutte contre la pauvreté, les moyens financiers semblant constituer un levier essentiel dans bon nombre de droits. Et si l'utilité des actions visant à favoriser l'alimentation saine fait ses preuves, il pourrait être utile d'insister sur son rôle sur la santé des populations ciblées.



Sur le site isadf.iweps.be, il est possible de comparer les scores d'accès à chaque grand groupe de droits fondamentaux entre deux communes et par rapport à la moyenne wallonne. Sur cet exemple, les scores des communes d'Engis (en orange) et Waterloo (en gris foncé) par rapport à la moyenne wallonne (en bleu).

La cartographie publiée dans l'analyse pourrait aussi aider des structures à se développer dans les zones où les besoins sont les plus importants et à organiser ou renforcer une collaboration dépassant le cadre communal entre les acteurs de terrain. Quant aux cartes interactives proposées et qui donnent le profil détaillé de chaque commune, elles pourraient permettre aux acteurs de terrain d'identifier les leviers d'actions à mobiliser en priorité. ■



Pour en savoir plus

- Le rapport n° 69 de l'IWEPs « Analyses endogènes et spatiales de l'ISADF 2025 » (juillet 2025) iweps.be/publication/analyses-endogenes-et-spatiales-de-lisadf-2025
- Les cartes interactives : isadf.iweps.be

Service Learning

Réciprocité et réflexivité au cœur de la formation

L'apprentissage par le service (Service Learning ou SL) est une approche pédagogique qui propose d'articuler savoirs académiques, engagement citoyen et expérience de terrain. De nombreuses universités belges s'en emparent pour former à la promotion de la santé.

► **DELPHINE KIRKOVE, MARGAUX DUMONT DE CHASSART, ALYSSIA DUBUFFET, BENOIT PÉTRÉ** (CeLFORPS)¹

Les enjeux actuels de promotion de la santé (PS) requièrent des compétences qui dépassent l'acquisition de connaissances : analyser les réalités d'un milieu, travailler avec les acteurs concernés et construire des réponses adaptées (1-3). Ces compétences, difficilement mobilisables dans un cadre exclusivement théorique, invitent à repenser les modalités de formation.

Les principes et les modalités pédagogiques du Service Learning (SL) consistent à partir des réalités d'un milieu, identifier avec les acteurs concernés les besoins et les ressources, construire des réponses avec eux, négocier entre différents points de vue et prendre en compte les déterminants sociaux de la santé.

Le SL articule deux objectifs indissociables : favoriser les apprentissages des étudiants tout en répondant à un besoin exprimé par une organisation ou une communauté (4). Il ne s'agit donc ni d'un simple stage, ni d'une activité de bénévolat. Le projet s'inscrit dans le cursus de formation, fait l'objet d'un accompagnement pédagogique et donne lieu à une réflexion critique permettant aux étudiants de transformer leur expérience en apprentissage.

Deux principes sont au cœur de cette démarche (5) :

- la réciprocité. Les étudiants apprennent, mais les partenaires bénéficient eux aussi de la collaboration à travers une contribution répondant à leurs besoins.
- la réflexivité. L'expérience de terrain doit être analysée et mise en perspective pour permettre aux étudiants de questionner leurs représentations, leur posture professionnelle et leur manière d'interagir avec les acteurs.

Inscrit dans les théories de l'apprentissage expérientiel, le SL articule savoirs académiques et réalités sociales. Cette logique résonne fortement avec les principes de la PS, tel qu'illustré dans le tableau 1 (6).

Tableau 1 : correspondances entre le Service Learning et la promotion de la santé

Service Learning	Promotion de la santé
Répondre à un besoin réel	Partir des besoins, ressources et réalités du public, d'un territoire
Réciprocité	Participation et co-construction
Partenariat avec des acteurs de terrain	Intersectorialité et action concertée
Engagement dans la communauté, avec l'organisme partenaire	Approche par milieux de vie
Réflexivité	Posture critique et capacité d'adaptation
Prise en compte du contexte	Déterminants sociaux et inégalités sociales de santé

À la recherche d'expériences en Belgique

Pour cette recherche, nous avons réalisé un repérage, non exhaustif, d'initiatives existantes en Belgique francophone. Cette démarche s'est appuyée sur une recherche

¹ Centre d'expertise Liégeois en Formation et Recherche en Promotion de la Santé) : depuis janvier 2023, l'unité de recherche Santé Publique de l'université de Liège est reconnu comme un centre d'expertise agréé en promotion de la santé par l'AViQ. Pour en savoir plus : celforps.uliege.be

documentaire menée auprès des universités, puis sur des entretiens avec des enseignants et responsables académiques impliqués dans ces dispositifs. Ces échanges ont permis de mieux comprendre la mise en œuvre du SL.

En pharma, à l'ULiège, améliorer la pratique des pharmaciens

Dans le Master en sciences pharmaceutiques de l'Université de Liège, pour leur stage à option, les étudiants ont la possibilité de sortir des lieux de stage habituels pour rejoindre une association ou une structure de soins et découvrir d'autres réalités de santé.

Une étudiante a ainsi effectué son stage dans une maison médicale et conçu une brochure de vulgarisation sur les traitements courants, notamment ceux utilisés en automédication. Une autre a rejoint l'ASBL La Lumière, une association qui accompagne des personnes malvoyantes. Après avoir observé les activités de l'association et pris le temps de se familiariser avec ce public, elle a identifié un besoin : mieux préparer les pharmaciens à l'accueil des personnes malvoyantes. Elle a ainsi réalisé une brochure destinée aux professionnels afin de les sensibiliser à cet accueil. L'étudiante mobilise ainsi ses connaissances au service d'un besoin identifié avec la structure d'accueil, tandis que celle-ci lui offre en retour un contexte pour développer ses compétences et mieux comprendre une réalité de santé qu'elle connaissait peu. Cette logique de réciprocité constitue l'un des principes centraux du SL.

L'expérience ne se limite toutefois pas à l'immersion dans une structure inhabituelle. Des séminaires d'accompagne-

ment réguliers permettent aux étudiants de partager leur expérience et de prendre du recul sur celle-ci. En fin de parcours, ils présentent leur projet sous la forme d'un poster, en présence notamment de l'organisation partenaire.

Expérimenter le principe de la santé dans toutes les politiques

Le Séminaire d'intégration du Master en santé publique de l'Université de Liège constitue un autre exemple, d'autant plus intéressant que le cours existait avant d'évoluer vers une démarche de SL. Cette évolution a notamment été accompagnée par la Cellule d'appui au SL de l'ULiège, qui soutient les équipes pédagogiques souhaitant intégrer cette approche dans leurs enseignements. L'objectif du cours est de placer les étudiants dans une position de conseiller en santé publique, en les amenant à mobiliser leurs connaissances pour contribuer à des décisions qui ne sont pas nécessairement formulées au départ comme des enjeux de santé.

Les projets portent sur le développement urbanistique de quartiers de Liège, notamment à travers la question de la végétalisation. Avant le passage au SL, les étudiants travaillaient à partir de données, de ressources documentaires, d'apports théoriques et d'échanges avec des représentants du service urbanisme de la Ville. L'évolution du cours les amène désormais à aller sur le terrain et à rencontrer les acteurs des quartiers.

Cette immersion permet d'affiner leur compréhension des réalités locales et de faire émerger des problématiques plus spécifiques. Les étudiants rapportent également que



le terrain rend l'exercice plus concret, notamment pour ceux qui n'ont pas encore d'expérience professionnelle. Les rencontres avec les acteurs locaux permettent surtout de découvrir des pistes de solutions ou d'actions qu'ils avaient eux-mêmes déjà envisagées ou mises en place, qui n'auraient pas nécessairement été identifiées à partir des seules données disponibles. Les étudiants peuvent ainsi construire leurs propositions en s'appuyant sur l'existant et en tenant compte de ce qui est réellement prioritaire pour les acteurs concernés. Cette manière de construire les pistes d'action avec eux peut également faciliter leur appropriation. Le dispositif constitue ainsi une manière concrète d'expérimenter le partenariat et l'intersectorialité.

À l'UCLouvain, les situations vécues deviennent des supports

À l'UCLouvain, l'option « Comportements et compétences en santé » dans le master en sciences de la santé publique propose une autre manière d'intégrer le SL. Les enseignements théoriques y sont articulés à l'analyse de situations concrètes et à un travail réflexif mené tout au long du parcours.

Les étudiants, dont certains sont déjà professionnels de santé, font part de situations rencontrées dans leur pratique ou dans leur expérience personnelle, notamment en éducation thérapeutique du patient ou en éducation pour la santé. Ces situations servent de support aux séminaires d'analyse et d'intervision, où les étudiants confrontent leurs expériences et questionnements, mobilisent les apports théoriques et explorent collectivement d'autres manières d'agir. Des témoignages de pratiques, des exercices et des mises en situation complètent la démarche, qui se poursuit à travers un portfolio réflexif.

Ici, la réflexivité n'est donc pas une étape ajoutée après l'expérience : elle en constitue une composante du processus d'apprentissage. Les situations vécues deviennent des supports pour questionner ses pratiques, confronter ses représentations à celles des autres et ajuster sa manière d'agir. Une telle pédagogie demande toutefois un investissement important de l'équipe : elle suppose une coordination étroite entre les différents intervenants et une attention à la cohérence du parcours.

Une pédagogie prometteuse, mais exigeante

Ces expériences montrent le potentiel du SL pour développer, au-delà des connaissances techniques, des compétences relationnelles, réflexives et citoyennes : travailler en partenariat, comprendre les réalités sociales, adapter son intervention au contexte et porter un regard critique sur sa pratique.

Mais cette pédagogie ne repose pas sur la seule immersion. Pour produire les apprentissages recherchés, les projets doivent répondre à un besoin réel et être construits avec les partenaires, dans une logique de réciprocité.

L'accompagnement réflexif est tout aussi essentiel : sans temps d'analyse et de mise en perspective, l'expérience peut ne pas produire les apprentissages attendus, et risque même de renforcer certaines représentations ou stéréotypes.

Le SL demande donc un investissement important des équipes pédagogiques : construire et entretenir les partenariats, accompagner les étudiants, coordonner les intervenants et évaluer des apprentissages complexes. Il suppose aussi une évolution de la posture enseignante, davantage centrée sur la création des conditions permettant d'apprendre à partir de l'expérience. L'existence de dispositifs d'appui aux équipes pédagogiques peut dès lors constituer un levier important pour accompagner cette évolution.

Les défis de santé publique invitent aujourd'hui à repenser non seulement les contenus des formations, mais aussi les modalités d'apprentissage. En permettant aux étudiants d'apprendre avec les communautés plutôt que seulement à leur sujet, il donne corps à une idée simple : la PS ne s'enseigne pleinement que lorsqu'elle se vit. ■

Contacts

- Benoit Pétré : benoit.petre@uliege.be
- Delphine Kirkove : delphine.kirkove@uliege.be
- Le recensement complet des expériences est disponible sur le site du CeLFORPS : celforps.uliege.be

Références

- (1) 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, incluant un prototype de référentiel. Woluwé-St-Lambert ; 2023.
- (2) Dijkstra I, Penders B, Horstman K. How health promotion prevents itself from tackling health inequalities. A critical analysis of Dutch health promotion's paradigm through its handbooks (1995–2022). *SSM – Qual Res Health*. juin 2025;7:100533. doi:10.1016/j.ssmqr.2025.100533
- (3) World Health Organization. Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cité 3 avr 2025]. 122 p. Disponible sur : iris.who.int/handle/10665/93635
- (4) Ratnayake A, Lederer A. Service Learning in Public Health: A Critical Assessment of Potential Benefits and Unintended Consequences. *Pedagogy Health Promot*. mars 2024;10(1):11 5. doi:10.1177/23733799231177043
- (5) Buff SM, Jenkins K, Kern D, Worrall C, Howell D, Martin K, et al. Interprofessional service-learning in a community setting: findings from a pilot study. *J Interprof Care*. 4 mars 2015;29(2):159 61. doi:10.3109/13561820.2014.934956
- (6) Rosenkranz, Richard R. Service-learning in Higher Education Relevant to the Promotion of Physical Activity, Healthful Eating, and Prevention of Obesity. *International Journal of Preventive Medicine* [Internet]. oct 2012;67281. Disponible sur : ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3482993

Handicap invisible

Un outil pour patients et professionnels

Sonia de Vree est enseignante à la Haute École Libre Mosane (HELMo) à Liège, qui forme les futur·es assistant·es sociaux et sociales, métier qu'elle a exercé auparavant. Elle a un syndrome d'Ehlers-Danlos, une maladie chronique génétique qui impacte sa vie quotidienne tout en étant « invisible » au commun des mortels. Cette expérience la place également du côté des « expert·es du vécu ». Elle l'a mise à contribution pour lancer des ateliers et des outils destinés à aider les professionnel·les à mieux accompagner les personnes porteuses de handicap invisible. Elle nous explique son cheminement.

► SONIA DE VREE

Les réflexions incessantes, les préjugés, l'impression de devoir se justifier en permanence m'ont poussée à mener une recherche au sein du Laboratoire pour le Changement Social (LABOCS). Durant 3 ans, mon enquête baptisée MIRaD, pour Maladie Invisible et Recours aux Droits, a exploré le concept de maladie invisible et posé un cadre théorique en recueillant la parole de personnes concernées et de professionnels¹ du travail social.

Par définition, une maladie invisible est une maladie qui ne présente pas, ou très peu, de signes extérieurs permettant aux autres de percevoir immédiatement que la personne est malade. Cette invisibilité ne va pas pour autant de pair avec une absence de symptômes ou de conséquences dans la vie quotidienne. Elle pose cependant une question particulière : comment l'autre peut-il appréhender ce qu'il ne peut pas voir ?

300 pages de savoirs expérimentiels

Durant trois ans, j'ai recueilli les témoignages d'une dizaine de personnes vivant avec une maladie chronique invisible, ainsi que des récits lus et visionnés sur les forums et les réseaux sociaux. J'ai également rencontré des assistants sociaux, exerçant dans différents secteurs : hôpitaux, maisons médicales, services de santé mentale, associations de patients... À ces matériaux s'ajoute une démarche auto-ethnographique, nourrie par mon propre journal de terrain.

De grands thèmes ont ainsi émergé : les conséquences et difficultés invisibles de la maladie, le diagnostic et l'errance qui peut l'accompagner, les relations sociales et le regard des autres, les négociations avec soi-même ou avec l'entourage, mais aussi le travail, les loisirs, l'inclusion ou encore les rapports avec les institutions publiques.

Les échanges ont permis de mettre à jour un phénomène d'invisibilisation du savoir expérientiel. Vivre quotidiennement avec une maladie produit aussi une connaissance : celle de son corps, de ses limites, de ses fluctuations, mais également de toutes les adaptations mises en place pour continuer à travailler, avoir une vie sociale ou familiale. Pourtant, cette connaissance n'est pas toujours entendue ou reconnue de la même manière que les autres formes de savoir. La réflexion de Charles Gardou sur la hiérarchisation des vies et les travaux autour du *doing* d'Annemarie Mol ont également nourri cette réflexion sur les normes et sur ce que la personne malade fait concrètement, jour après jour, pour vivre avec la maladie (voir les références en fin d'article).

« Sois patient, le professionnel ! »

L'analyse de ces différents matériaux a ainsi fait émerger trois questions :

¹ Afin de faciliter la lecture de son texte, l'autrice a souhaité utiliser le genre masculin comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes, sans intention discriminatoire.

- ▶ Quelle place accordons-nous réellement au savoir issu de l'expérience de la maladie ?
- ▶ Les professionnels sont-ils conscients des stratégies que les personnes mettent en place pour continuer à paraître « normales » ?
- ▶ Comment faire reconnaître des difficultés qui ne se voient pas et accéder effectivement à des droits lorsque ceux-ci supposent de rendre visibles les conséquences d'une maladie qui, précisément, ne l'est pas ?

Une sélection d'une vingtaine de verbatims a servi de base pour construire des ateliers intitulés : « *Le patient passe la science... Sois patient, le professionnel !* ». Ces ateliers sont avant tout conçus comme des espaces d'exploration et de réflexion. Ils permettent de partir non pas d'une situation fictive, mais de ce que les personnes concernées ont raconté de leur expérience, de leurs difficultés, de leurs stratégies et de leurs rapports avec les professionnels. À partir de ces paroles, les participants sont invités à croiser les regards, mais également à interroger leurs propres représentations, expériences et pratiques professionnelles. Les questions qui ont émergé de MIRaD deviennent ainsi matière à réflexion et à débat.

L'objectif n'est pas d'apporter des réponses toutes faites ou de définir une liste de « bonnes pratiques ». L'atelier propose plutôt de travailler ces questions collectivement et d'interroger les conséquences qu'elles peuvent avoir sur les personnes et sur le système, ainsi que certaines causes structurelles, culturelles ou sociales.

Des ateliers itinérants

L'atelier s'adapte au contexte dans lequel il est proposé, au public, au nombre de participants et au temps disponible.

Il a déjà été proposé dans des contextes différents : lors d'un forum consacré aux handicaps invisibles, auprès de personnes directement concernées par une maladie invisible, notamment via des associations de patients ou la LUSS (Ligue des Usagers des Services de Santé), auprès de futurs professionnels du travail social (assistants sociaux, éducateurs spécialisés...) mais également auprès de managers d'équipe. À l'avenir, l'ambition est d'élargir encore ces ateliers, notamment aux professionnels du *care*.

Selon les circonstances, l'atelier peut suivre un exposé théorique et permettre alors aux participants de mobiliser les éléments qui viennent d'être présentés. Dans d'autres lieux, il servira d'introduction à une présentation des résultats de MIRaD, ou même être proposé seul ; les apports théoriques viennent alors éventuellement nourrir les échanges au moment de la mise en commun.

Concrètement, les participants peuvent ainsi être confrontés à des paroles très différentes : « *Quand je dis que je suis fatigué, on me répond : "tout le monde est fatigué" ; "Pour moi, ce n'est pas une maladie invisible. C'est une maladie invisibilisée." ; "Il y en a qui savent mieux que moi ce que je dois faire" ; ou encore "Mais si je savais le faire, je le ferais !" ;*

J'invite les participants à exprimer ce que les témoignages provoquent en eux. Ils sont ensuite invités à essayer de comprendre pourquoi certains les touchent davantage : une émotion, une situation d'injustice, une prise de conscience ou encore un lien avec leur posture professionnelle.

Lorsque le groupe est petit, j'anime directement les échanges. Avec un groupe plus important, les participants



L'exposition itinérante sur les maladies et handicaps invisibles « *Ce que vous ne voyez pas* » parcourt les routes de Bruxelles et de Wallonie pour sensibiliser à cette problématique. À retrouver sur le site alteoasbl.be



© Sonia De Vree

« Ces ateliers sont avant tout conçus comme des espaces d'exploration et de réflexion. Ils permettent de partir de ce que les personnes concernées ont raconté de leur expérience, de leurs difficultés, de leurs stratégies et de leurs rapports avec les professionnels. »

sont répartis en sous-groupes de 6 à 8 personnes maximum. Chacun choisit alors un verbatim en lien avec sa réflexion et le partage avec les autres. À partir de ces échanges, chaque groupe réalise une affiche qui rassemble ses réflexions et tente d'identifier des pistes utiles pour la pratique.

Appel à partenariat

Pour faire vivre ces ateliers, j'ai expérimenté différentes manières de matérialiser les verbatims : sous forme de cartes ou imprimés sur de grandes feuilles A3 à découper, afin que les participants puissent les choisir, les manipuler et les partager au sein du groupe. Ces prototypes ont permis de tester leur utilisation au fil des ateliers, de voir ce qui fonctionne ou non et de le faire progressivement évoluer.

À ce stade, sa forme reste encore artisanale et le support gagnerait à être plus professionnel. L'idée serait notamment de donner aux verbatims une véritable forme de cartes, agréables à manipuler, suffisamment lisibles et conçues pour pouvoir être utilisées dans différents contextes d'animation. Il ne s'agit donc pas de remplacer ce qui existe, mais de partir des prototypes déjà expérimentés pour leur donner une forme plus aboutie.

Ces cartes pourraient constituer le cœur d'un outil pédagogique plus complet, par exemple en étant accompagnées d'un support permettant de comprendre la démarche et de

proposer différentes manières de l'utiliser, tout en conservant la souplesse qui caractérise actuellement les ateliers. Des illustrations pourraient également être imaginées pour accompagner certains verbatims et contribuer, à leur manière, à rendre perceptible ce qui ne se voit pas.

Le contenu est là, les premières expérimentations aussi. Il reste maintenant à réfléchir à la forme de cet outil pédagogique final et aux compétences nécessaires pour le concrétiser.

Si une personne, une association ou une structure est intéressée par cette démarche et souhaite m'aider à développer et à réaliser cet outil pédagogique, qu'elle n'hésite pas à me contacter (mail de contact : s.devree@helmo.be) ■

Bibliographie

- Boucand, M. (2011). *Malade ou handicapée mais non anéantie* in Boucand M., *Dire la maladie et le handicap : De l'épreuve à la réflexion éthique* (pp. 171-195). Erès.
- Gardou, C. (2012). *La société inclusive, parlons-en ! Il n'y a pas de vie minuscule*. Erès.
- Gardou, C. (2022). *La fragilité de source. Ce qu'elle dit des affaires humaines*. Erès.
- Mol, A. (2009). *Ce que soigner veut dire : Repenser le libre choix du patient*. Presses des Mines, collection « Sciences sociales ».

Maltraitance des aîné·es

L'âgismomètre : se poser les bonnes questions

Lancé avant l'été, l'âgismomètre s'est déjà écoulé à 10.000 exemplaires, et 50.000 sont en réimpression. S'il permet aux personnes âgées de prendre conscience de maltraitements, voire de violences de la part de proches ou d'intervenant·es, cet outil peut aussi aider les professionnel·les à repenser leur pratique.

► CARINE MAILLARD

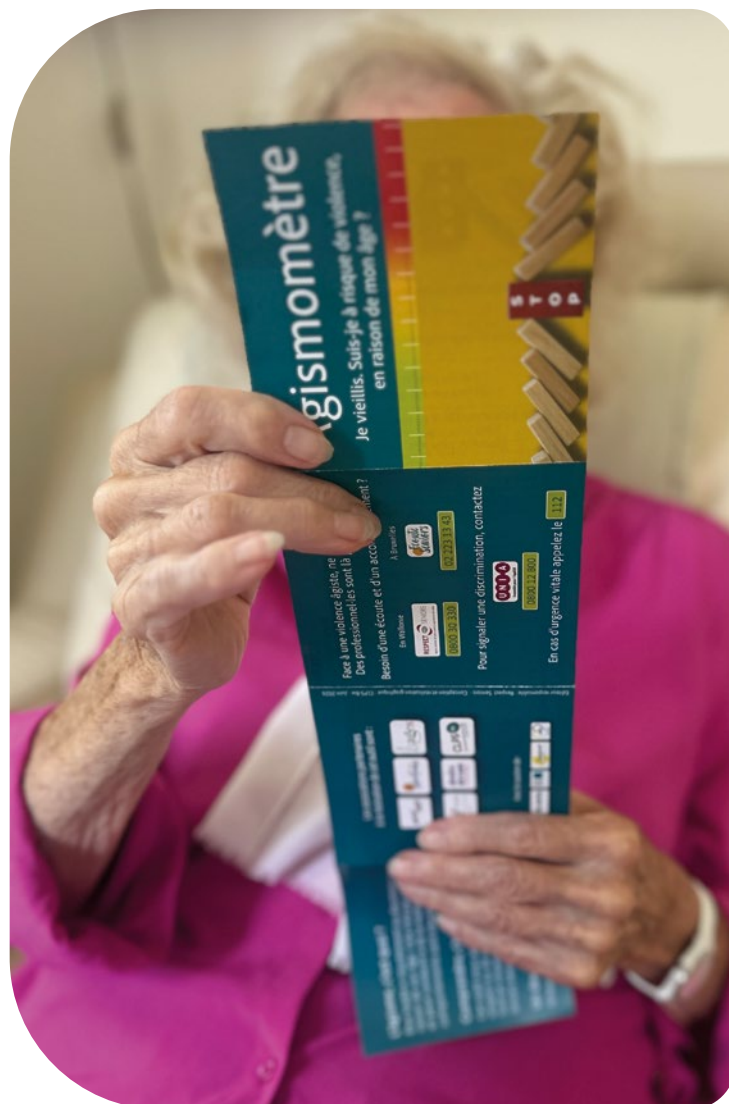
Une personne âgée de plus de 55 ans sur 5 serait victime de maltraitance, selon Amnesty International Belgique (2021). Et seulement 1 cas sur 24 serait signalé, selon l'OMS. L'âgisme est tellement banalisé, voire normalisé, qu'il passe parfois inaperçu.

« Chez Respect Seniors, nous recevons des appels de personnes âgées qui nous demandent par exemple: "Est-il normal que ma fille décide avec mon médecin de me placer en maison de repos?", ou "Est-ce qu'on peut m'interdire de conduire parce que je deviens trop vieille, que c'est trop dangereux?" », raconte Pascale Broché, psychologue chez Respect Seniors, qui constate à quel point les premiers·ères concerné·es connaissent mal les limites et leurs droits.

Cet âgisme, souvent destiné à « protéger » la personne âgée, l'infantilise, et peut aller jusqu'à la déshumaniser. « Alors que je rendais visite à une personne proche à l'hôpital, une aide-soignante est entrée dans sa chambre pour la faire marcher un peu. Elle lui a dit: "Alors, on va marcher un peu. On va se lever, et on va prendre la tribune pour faire quelques pas..." La personne n'avait pourtant pas besoin de tribune pour se déplacer, illustre-t-elle. Et pourquoi lui parler en "on", sur un ton maternel? Les proches ou soignant·es devraient se souvenir qu'ils et elles s'adressent à des adultes... »

Un outil appelé à évoluer

Ces constats ont incité Pascale Broché à réfléchir à un moyen d'informer et sensibiliser les aîné·es. « J'ai commencé à y penser en 2025. Je connaissais le violentomètre que je trouvais extraordinaire, mais il n'était pas adapté à toutes



les situations que peuvent rencontrer les personnes âgées, confrontées à des maltraitances et violences spécifiques, comme celles liées au respect de leurs volontés pour leur fin de vie par exemple», explique Pascale Broché. Pour englober tous les aspects – sociaux, médicaux, légaux – Respect Senior a fait appel à des partenaires : droits devant, Liages, Infor-Homes, Entr'ages et le CLPS du Brabant wallon. Ensemble, ils ont rédigé les phrases à classer dans l'outil, comme : « Je peux m'exprimer et poser mes choix », « On me surprotège, on m'empêche de prendre des risques », « Je suis isolé-e par mon entourage ou on ne me parle plus », « On ne respecte pas mes choix de fin de vie ».... « Si les zones vertes et rouges sont en théorie, relativement faciles à définir, la zone orange est plus délicate, car chacun a ses limites propres. »

Les auteurs avertissent néanmoins sous l'âgismomètre : l'outil est adapté aux personnes dans une situation de vie classique, donc qui ne sont pas sous tutelle, par exemple. « Ces personnes pourraient se sentir dépossédées de leur libre arbitre, mais dans leur cas, il y a des raisons objectives et il ne s'agit pas de maltraitance, bien au contraire. »

L'âgismomètre n'est pas figé : il sera probablement adapté en fonction des retours des personnes âgées qui vont l'utiliser. Ses concepteurs comptent d'ailleurs sur les utilisatrices pour communiquer sur le site agismometre.be leurs remarques, tant positives que négatives. Un webinaire devrait également être organisé vers la fin novembre pour réfléchir aux améliorations possibles sur cette base.

À chacun de se poser les bonnes questions

S'il est destiné avant tout à sensibiliser les aîné-es, l'âgismomètre peut aussi aider certain-es intervenant-es dans leur façon de les prendre en charge. « En lisant les items listés sur l'âgismomètre, ils et elles peuvent s'interroger et remettre en question certaines de leurs attitudes qui sont pourtant motivées par un souci du bien-être de la personne âgée. "Est-ce que j'agis de la manière adaptée, classée dans le vert?" "Est-ce qu'il m'arrive d'être maladroit-e, en adoptant des comportements classés dans l'orange?" D'ailleurs, on remarque que les personnes proches qui font le plus souvent preuve d'âgisme, ce sont les enfants – et en particulier les filles qui s'occupent majoritairement des parents – et les médecins parce qu'ils sont en position de "sachant"... »

Et bien évidemment, tous-tes les professionnel·les pourront utiliser cet outil pour initier une discussion avec des personnes âgées qui semblent rencontrer des situations de vie problématiques, avec leur conjoint-e, leur famille ou les soignant-es. « Après avoir déjà distribué 10.000 exemplaires, nous en avons fait réimprimer 50.000, car la demande est très importante ». Preuve que l'information est plus que nécessaire en ce domaine... ■

www.agismometre.be

Âgismomètre	Je suis reconnu-e pour mes qualités.	TOUT VA BIEN Vous êtes respecté-e
	Je peux m'exprimer et poser mes choix.	
	J'ai du plaisir à vivre et ma vie est agréable.	
	Je suis consulté-e et respecté-e par les personnes qui m'entourent (famille, proches, soignants).	
	Je suis libre de choisir mes relations amicales, intimes et sexuelles.	
	J'ai accès aux informations qui me concernent (médicales, financières, etc.).	ATTENTION Soyez vigilant-e, parlez-en
	Je reçois l'aide dont j'ai besoin (médicale, psychosociale et juridique).	
	On me parle comme à un-e enfant.	
	On me surprotège, on m'empêche de prendre des risques.	
	On remet en question mes choix.	
	On ne prend pas au sérieux mes douleurs (physiques, psychologiques.)	
	On décourage mes déplacements.	
	J'ai un accès difficile aux informations qui me concernent.	
	Je ne trouve plus de place ni de rôle dans mon environnement.	VOUS ÊTES EN DANGER Protégez-vous et demandez de l'aide
	Je suis isolé-e par mon entourage ou on ne me parle plus.	
	Je suis négligé-e par mon entourage ou mes besoins ne sont plus respectés.	
	On décide à ma place et je n'ai plus accès aux informations me concernant.	
	Je n'ai plus accès à mon argent et ne reçois pas d'information sur mon compte en banque.	
On limite ou on contrôle mes relations sociales et intimes.		
On ne respecte pas mes choix de fin de vie (déclarations anticipées, soins palliatifs).		
On m'empêche de circuler librement ou on m'enferme.		
Je suis l'objet de comportements agressifs, intimidants ou menaçants.		
Je subis des violences physiques ou sexuelles.		

AVERTISSEMENT
 Dans le cas de mesure de protection, de troubles neurocognitifs ou psychiatriques, la violence ressentie nécessite un accompagnement spécifique.

Savoir de quoi on parle

Diverses organisations ont utilisé des systèmes d'évaluation basés sur des codes couleurs (vert, orange, rouge) pour sensibiliser à des problématiques de maltraitances et de violences dans de nombreux domaines. En voici quelques exemples :

- ▶ **Sexismomètre** pour connaître les attitudes sexistes à ne pas banaliser
- ▶ **Violentomètre** dans le couple, au travail, dans la relation professeur-élève, dans les soins de santé, au sport...
- ▶ **Validismomètre** pour les attitudes envers les personnes en situation de handicap
- ▶ **Racismomètre** dans les soins de santé
- ▶ **Impunomètre** pour reconnaître les comportements masculinistes

À télécharger ou commander sur agismometre.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

