

# éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones  
en promotion de la santé – [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be)  
N° 382 / NOVEMBRE 2021



**Handicap :**  
un projet d'habitat  
solidaire et inclusif

# Sommaire



## 3

INITIATIVE

### Handicap:

un projet d'habitat  
solidaire et inclusif



## 7

DONNÉES

### Relations patient-médecin- pharmacien

à l'épreuve  
des autotests



## 11

OUTILS

### Emotika



## 13

OUTILS

### Récit d'une co-construction



Sur notre site  
[www.educationsante.be](http://www.educationsante.be)

Retrouvez tous nos articles et bien  
plus encore sur notre site internet  
[www.educationsante.be](http://www.educationsante.be).

Dans les inédits web ce mois-ci, vous trouverez :

- › Une étude évalue et compare les engagements et les pratiques des plus grandes entreprises agroalimentaires en Belgique pour un environnement alimentaire plus sain, Sciensano
- › Le répertoire des acteurs institutionnels et de terrain actifs en promotion de la sécurité et en prévention des traumatismes, Educa Santé
- › Publication « Mais pourquoi tant de fatigue(s) ? », Question Santé

Éducation Santé est aussi présente sur les réseaux



sociaux. Retrouvez-nous sur Facebook :  
[www.facebook.com/revueeducationsante](http://www.facebook.com/revueeducationsante)

**MENSUEL** (11 numéros par an, ne paraît pas en août). **ABONNEMENT** : gratuit pour la Belgique. Pour l'étranger, nous contacter. **RÉALISATION ET DIFFUSION** : Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNIMS. **ONT COLLABORÉ CE MOIS-CI** : Benoît Gérard, Sandrine Roussel, Marie Porcu, François Martin, Stephan Van Den Broecke, Outilthèque PIPsa, Maryse Van Audenhaege, Juliette Vanderveken. **RÉDACTRICE EN CHEF** : France Gerard ([education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be)). **ÉQUIPE** : Rajae Serrokh, Juliette Vanderveken. **CONTACT ABONNÉS** : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be). **COMITÉ STRATÉGIQUE** : Martine Bantuelle, Emmanuelle Caspers, Martin de Duve, Christel Depierreux, Dominique Doumont, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Marie Lefebvre, Denis Mannaerts, Daphné Scheppers, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Chantal Vandoorne. **COMITÉ OPÉRATIONNEL** : Pierre Baldewyns, Nathalie Cobbaut, Dominique Doumont, Anne-Sophie Poncelet, Juliette Vanderveken. **ÉDITEUR RESPONSABLE** : Alexandre Verhamme, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **MISE EN PAGE** : Émerance Cauchie. **ISSN** : 0776 - 2623. Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord de la revue et moyennant mention de la source. **POUR TOUTS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET** : [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be). **COURRIEL** : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be). Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé : [www.pipsa.be](http://www.pipsa.be). Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be). Notre site adhère à la plate-forme [www.promosante.net](http://www.promosante.net). Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt : Bruxelles X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrégation : P401139. Crédit photos : AdobeStock.



INITIATIVE

# Handicap : un projet d'habitat solidaire et inclusif



Un nouveau projet d'Habitat Solidaire et Inclusif voit le jour à Schaerbeek, Square Riga. Ce projet s'inscrit dans l'esprit et les méthodes de promotion de la santé. Benoît Gérard, directeur de *Riga Solidaire et Inclusif asbl*, nous dévoile ce projet...

► BENOÎT GÉRARD

## Le projet en quelques mots

*L'Habitat Solidaire et Inclusif RIGA* est un projet pilote d'habitat inclusif, c'est-à-dire : « un lieu de vie qui rassemble des personnes handicapées et des personnes valides, dans une optique d'accessibilité, de mixité sociale, de solidarité et de réciprocité » (Décret Inclusion Bruxellois 2014). On parle ici d'un immeuble rénové comprenant 27 logements, qui se situe sur le Square Riga, au cœur du quartier Helmet-Hamoir à Schaerbeek. Dans l'immeuble, 14 logements sont adaptés aux personnes à mobilité réduite. On trouve une salle communautaire au rez de chaussée. Au total, 85 personnes y habiteront, dont 23 personnes vivant différentes situations de handicap. Si les formes de handicap sont diverses, le projet met un accent particulier sur le handicap physique et le handicap de grande dépendance. Les personnes en situation de handicap vivront, comme les autres, dans leur appartement en studio, avec leur famille ou en colocation et auront autour d'elles des voisins solidaires. Toutes ces personnes ont donc choisi de vivre une expérience solidaire tout en habitant dans leur propre logement en relative autonomie. Dans une optique de réciprocité, les échanges et l'entraide entre personnes plus et moins valides seront favorisés, à l'intérieur comme à l'extérieur du bâtiment.

Une équipe travaillera sur place et formera ce qu'on appelle un « Service Logement Inclusif ». Notre travail visera l'épanouissement, l'inclusion et le soutien à l'autonomie des personnes en situation de handicap. Le service assurera des missions d'aide à la vie journalière, d'accompagnement, d'animation de la dynamique collective, de mise en lien avec le quartier et de la sensibilisation à l'inclusion.

Les appartements sont mis en location par une agence sociale immobilière, les habitant.es en situation de handicap bénéficient donc de loyers réduits et, dans la mesure du possible, d'un logement adapté à leurs besoins.

## La genèse du projet

Le projet d'Habitat Solidaire et Inclusif RIGA est né d'un heureux concours de circonstances qui a donné lieu à un **partenariat public privé**. Au départ, la commune de Schaerbeek identifia une opportunité de soutenir la mise en place d'appartements adaptés quand le promoteur immobilier est venu se présenter. Des contacts ont ensuite été pris avec le service Phare (Cocof) qui a marqué son intérêt pour un nouveau projet inclusif en s'alignant ainsi sur le Décret Inclusion et les demandes qui lui parvenaient. Par la suite l'Agence Sociale Immobilière de Schaerbeek a rejoint la collaboration. L'asbl *Les Tof Services* a finalement été sélectionnée pour porter le projet. Dans notre recherche de fonds, nous avons pu compter sur l'aide de la Fondation Roi Baudouin et de Cap 48. Entre temps, le projet a mûri et une nouvelle asbl a été créée.

## Intégrer la promotion de la santé dans le domaine du handicap : comment et pourquoi ?

L'approche de la promotion de la santé étant dans l'ADN de l'équipe des Tof Services qui a lancé le projet, c'est directement apparu comme une évidence ! Le projet vise l'inclusion et l'épanouissement des habitants et habitantes et touche ainsi à plusieurs déterminants de la santé.



**En soi, l'inclusion est un déterminant de la santé.** Quand on a sa place dans la société et que l'on est reconnu, cela impacte positivement notre épanouissement et notre santé mentale. Les facteurs qui influencent l'inclusion des personnes en situation de handicap sont multiples : le manque de place dans les lieux d'accueil, l'institutionnalisation, le niveau d'accessibilité et d'adaptation de la société, le niveau de connaissance et de sensibilisation, le regard de la communauté, l'implication et le degré de participation de tous, l'organisation des soins, le temps et l'énergie disponibles de la part des aidants proches et professionnel.les de l'accompagnement, la reconnaissance et la valorisation du statut d'aidant proche, l'existence d'aide financière, l'existence de réseau d'aide et de soin, etc.

C'est pourquoi il est indispensable d'aborder **la question du handicap dans sa globalité**. Le lien social est un enjeu essentiel pour les personnes en situation de handicap, qui sont encore trop souvent isolées socialement. Les dimensions sociales et psychiques sont indissociables du handicap qu'il soit physique ou mental. Il en va de même pour les familles des personnes en situation de handicap qui se retrouvent aussi trop souvent isolées socialement, parfois dans l'incapacité de travailler ou faisant face à la méconnaissance du sujet, à la crainte du handicap voire à de la stigmatisation. Le lien social est ici un élément clé car il permet de déconstruire les préjugés. C'est pourquoi nous voyons notre salle communautaire comme un outil d'inclusion. On peut y inviter le quartier et le quartier peut y organiser des activités.

Et puis nous promovons une **vision positive** du handicap. On part du principe que chaque individu a de la valeur et des ressources à partager. Valorisons les capacités, les ressources et les compétences plutôt que regarder les déficiences.

Chaque personne a la même valeur et a des choses à partager avec d'autres : une chanson, une idée de recette, un film qu'il a aimé. On peut par exemple être porteur d'un handicap moteur et coordonner l'organisation d'un évènement ou faire du soutien scolaire, être en situation de grande dépendance physique et apprendre le français à sa voisine. C'est la question de la **valorisation** qui renvoie à la vision positive de la santé.

### Agir sur des déterminants de la santé, concrètement

Prenons un exemple :

*Une maman solo a des problèmes de dos car elle doit porter son enfant polyhandicapé de 15 ans sur 3 étages. Il y a de l'humidité dans le logement. Son fils développe des problèmes respiratoires. La maman culpabilise. Les voisins se plaignent du bruit occasionné par les déplacements dans la cage d'escalier et par la place que prend la chaise roulante dans le hall. La relation devient tendue. Elle sort moins car*

*cela l'épuise physiquement. Son logement ne lui convient pas. Elle ne trouve pas de logement adapté malgré ses nombreuses recherches. Elle se décourage. Elle aimerait pouvoir prendre un peu soin d'elle à l'occasion mais avec le temps son réseau social s'est érodé. De plus, elle gagne moins d'argent depuis qu'elle a décidé de diminuer nettement son temps de travail pour s'occuper de son fils pour lequel elle ne trouve pas de solution d'accueil adaptée. Madame se retrouve en situation de grande dépendance.*

Par l'intervention de plusieurs partenaires, ce type de projet peut répondre à plusieurs difficultés que rencontre cette maman. Le logement est rénové et adapté au handicap de son fils, et elle bénéficie d'aide sur place et d'un loyer réduit. On agit donc sur les conditions de logement.

La présence d'un service et de voisins solidaires peut aussi fournir une aide précieuse, comme par exemple au moment de la toilette ou pour garder son fils pendant 2 heures. Avec ce soutien, elle se sent moins seule car elle est plus flexible et peut aller boire un café en bas avec des voisins plusieurs fois par semaine.

Pour commencer, le projet vise donc **l'accessibilité et l'adaptation** du bâtiment, des appartements et de l'environnement physique du quartier : plaine de jeu, commerces du quartier, largeur et surface des trottoirs suffisantes, longueur de traversées, arrêts de tram... tout doit être accessible à tous et toutes.

Cela nous mène au lien avec l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé. En santé, on parle d'intégrer la santé dans toutes les politiques. C'est par exemple le cas pour les domaines tels que la mobilité, la culture, l'activité économique, etc. Pour nous, le handicap doit faire l'objet de la même attention ! C'est pourquoi nous avons rencontré plusieurs échevins et rejoint la Commission Consultative Communale sur la Personne Handicapée.

Quand on parle d'inclusion sociale, on parle aussi forcément de **liens avec le quartier**. Un projet inclusif doit dépasser les murs du bâtiment pour prendre en compte la dimension sociétale et communautaire de l'inclusion ! Le Décret Inclusion indique d'ailleurs cette voie. C'est la raison pour laquelle notre projet comprend un axe communautaire assez marqué. L'approche communautaire est intéressante en termes de forces vives, mais elle est aussi porteuse de sensibilisation et d'impact positif sur la santé mentale. Évidemment qui dit communautaire dit aussi réseau.

Nous avons rencontré plusieurs acteurs du quartier et commençons nos premières collaborations. L'échange de savoirs pourrait se faire à plus grande échelle. Tous les acteurs associatifs et citoyens ont à gagner quand un nouvel acteur apparaît dans le paysage. Le développement d'un réseau communautaire bénéficie à toutes et tous. Plus tard, nous espérons que le projet occupera une place complémentaire à ce qui existe déjà.



### La place de la participation dans le projet

Le principe de base c'est que chaque habitant et habitante ait une place à prendre dans le projet. Puisque la participation est un vecteur et un moteur d'inclusion et de santé mentale, cela nous paraît essentiel.

En général, les projets inclusifs viennent souvent d'initiatives de parents de personnes handicapées. Le projet Riga est quant à lui porté par des professionnels et initié par un pouvoir public. Cela colore sans doute les choses puisque nous restons maîtres à certains niveaux et offrons aussi un cadre. La participation de tous et toutes a immédiatement été présentée comme une composante incontournable au projet (en tenant toutefois compte des limites de chacun), cela était pour nous une condition nécessaire à son fonctionnement. La motivation des habitants à passer du temps ensemble et à développer des relations d'entraide a donc été un point d'attention dès le départ. Un temps minimal par ménage sera consacré à la dynamique solidaire, en ce compris une rencontre mensuelle des habitants. En rentrant dans l'habitat, chaque habitant signera une charte de participation qui vient confirmer des engagements et ancrer des balises participatives annoncées dès le départ.

Le projet s'est construit par des rencontres et échanges avec les habitants et habitantes au travers desquelles leurs besoins et ressources ont été récoltés. Ce travail exploratoire a permis de construire une charte de valeurs communes et de poser quelques balises de la vie en communauté, comme les valeurs de respect, l'altérité. Nous avons donc pu identifier des attentes récurrentes vis-à-vis du collectif ce qui nous permet aujourd'hui de faire cor-

respondre les demandes entendues avec les ressources disponibles, et ainsi de mettre en place les premiers projets collectifs : l'aide solidaire à la cuisine et à l'alimentation, et le soutien scolaire.

Malgré la difficulté d'organiser des rencontres dans le contexte sanitaire, nous avons pu impliquer chaque adulte et même quelques enfants. Aussi, l'analyse approfondie des demandes individuelles a été essentielle pour nous permettre de construire les missions et horaires de l'équipe du Service Logement Inclusif.

Quelques activités extérieures ont pu être réalisées en petit comité pour permettre aux futurs habitants de se rencontrer et découvrir le quartier, mais la dynamique collective prend réellement forme maintenant que le groupe est stabilisé et que l'emménagement est imminent (fin 2021).

Enfin, nous avons prévus des mécanismes de co-évaluation de notre service et de co-construction des projets d'accompagnements des personnes en situation de handicap. De manière plus structurelle, nous allons soutenir le lancement d'un comité des usagers qui siègera à l'assemblée générale de l'asbl. Sur le plan communautaire, nous souhaitons soutenir la participation de tous et toutes aux activités réalisées dans le quartier et favoriser la participation des personnes en situation de handicap au comité de quartier.

Aujourd'hui, il reste à donner pleinement vie à la dimension participative de notre projet et à voir jusqu'où elle peut aller. Il ne suffit pas de montrer de l'ouverture, encore faut-il que les personnes se sentent concernées, motivées et mobilisées, qu'elles aient de l'énergie et que les systèmes de communication soient adaptés.

### Et si vous deviez expliquer l'inclusion ?

Avec mes mots : L'inclusion est un concept relativement récent qui, contrairement à celui « d'intégration », vise un processus dans lequel on agit sur la société et ses normes pour faire tomber les obstacles qui provoquent les situations de handicap.

L'inclusion est atteinte quand les conditions sont prévues dès le départ pour que chaque personne ait sa place dans la société. Inclure c'est faire tomber les obstacles afin que chacun.e puisse participer pleinement comme citoyen.ne, travailleur.euse, consommateur.trice. Autrement dit qu'il ou elle ait la possibilité d'être acteur.trice dans tous les domaines de la vie. L'inclusion est un concept relativement récent qui permet de prendre un peu de hauteur par rapport au concept d'intégration qui ne prenait pas tellement en compte cette question des conditions de base.

# Relations patient- médecin-pharmacien à l'épreuve des autotests

À l'issue de la recherche qualitative «CARE-TEST» en région de Bruxelles-Capitale, voici les recommandations formulées par l'équipe de recherche concernant les relations patient-médecin-pharmacien à l'épreuve des autotests à visée diagnostique.

► SANDRINE ROUSSEL<sup>1</sup>, MARIE PORCU<sup>2</sup>, FRANÇOIS MARTIN<sup>3</sup>, STEPHAN VAN DEN BROUCKE<sup>4</sup>

DONNÉES



INNOVIRIS, l'Institut bruxellois pour la Recherche et l'Innovation, finance des projets de recherche thématiques, associant équipes de recherche et organismes intéressés par les implications directes de ces recherches, les projets Bridge. En 2017, l'appel à projets concernait la médecine personnalisée et les soins intégrés. CARE-TEST fait partie des projets sélectionnés. Il bénéficie du parrainage de la Mutualité Chrétienne, de la Société Scientifique de Médecine Générale, de l'Association Pharmaceutique Belge et de l'Association Belge des praticiens de l'art infirmier.

**CARE-TEST s'intéresse aux relations patient-médecin-pharmacien, en général et à ces relations dans le contexte des autotests à visée diagnostique<sup>5</sup>, en particulier.** Les autotests sont un phénomène récent en Belgique. Ils pourraient créer un nouvel équilibre dans la relation patient-professionnel, dans la mesure où le patient peut réaliser un test, sans l'intervention d'un professionnel de santé. Cet équilibre pourrait induire plus de partenariat <sup>[1, 2]</sup>. Une marge d'amélioration est en effet possible: les pratiques d'éducation du patient sont encore souvent limitées à une transmission unilatérale d'informations biomédicales sur la maladie <sup>[3-5]</sup>, alors que des approches partenariales impliquant le patient dans la gestion de sa santé/maladie s'avèrent plus efficaces. Ces approches considèrent le patient et le professionnel comme dépositaires de connaissances propres de la santé/maladie. Elles impliquent la décision partagée, comprennent un travail sur la motivation basé sur les objectifs du patient et consistent en un accompagnement progressif vers l'autonomie. L'autonomie est comprise comme la capacité de gérer sa santé au quotidien (autonomie fonctionnelle) mais aussi de faire des choix éclairés en matière de santé (autonomie décisionnelle). Il ne s'agit pas de gérer sa santé indépendamment de tout professionnel de santé <sup>[3]</sup>.

CARE-TEST considère les autotests comme un élément de contexte susceptible d'interroger les relations patient-médecin-pharmacien. Il ne s'agit ni d'étudier les autotests, ni de les promouvoir.

## Méthodologie

Cette recherche qualitative exploratoire a été menée, par entretiens semi-directifs, auprès de 17 patients, 25 médecins et 16 pharmaciens de la Région de Bruxelles-Capitale.

Elle a été réalisée de l'été 2018 à l'été 2019, soit avant la pandémie de Covid-19. Elle visait à obtenir une vue d'ensemble des relations patient-médecin-pharmacien, à explorer les représentations des autotests ainsi qu'à comprendre les changements escomptés dans les relations patient-professionnel et médecin-pharmacien, suite à l'introduction des autotests en officine. La durée moyenne des entretiens était de 69 minutes [33min; 148min]. Une analyse thématique réflexive a ensuite été menée.

## Recommandations-clés

Cet article présente les **recommandations-clés** relatives aux relations patient-professionnel. Le lecteur désireux de prendre connaissance de l'ensemble des résultats/recommandations trouvera, à la fin de l'article, un lien permettant d'accéder au rapport de recherche.

Les principaux changements escomptés par les participants à la recherche étaient **plus d'autonomie, au sens de « se réapproprier sa santé » pour le patient et un risque de mise à l'écart du médecin. Les autotests pourraient en effet encourager une prise de distance du patient vis-à-vis du monde médical (notamment par des pratiques d'auto-traitement), faute précisément de relations partenariales préalables. En effet, des tendances sont favorables à une telle évolution. Elles soulignent la pertinence de développer des approches partenariales, en amont.**

Voici un exemple. Des patients favorables aux autotests étaient insatisfaits du peu de dialogue dans leur relation avec les médecins. Les médecins défavorables aux autotests présentaient quant à eux des pratiques peu partenariales. La réalisation d'un autotest par le patient risque d'être accueillie négativement par ces médecins. Cette réaction pourrait alors renforcer la prise de distance par le patient.

Les recommandations reposent sur :

- 1 les résultats de recherche. Les résultats correspondants sont spécifiés après chaque recommandation, sous l'intitulé « observations » ;
- 2 les propositions émises par les participants à la recherche. Elles permettent d'optimiser l'adhésion aux recommandations ;
- 3 une discussion des recommandations avec les parrains de la recherche ;
- 4 le cadre idéologique de la recherche. CARE-TEST vise le développement et le maintien de relations partenariales.

1 Université Catholique de Louvain

2 Clinique Mont-Légia

3 CH Dreux (expert pour Innoviris)

4 Université Catholique de Louvain

5 Ce terme désigne ici les autotests commercialisés en officine à l'automne 2016. Ils peuvent être réalisés et interprétés par le patient lui-même. Ils concernent les infections urinaires, le VIH, la maladie de Lyme, le tétanos, le Chlamydia, le cholestérol... Ils n'incluent pas les tests de grossesse et les autotests Covid-19. Le terme « autotest » sera utilisé dans cet article.

## Recommandations pour le terrain

### • Assurer un « service de base »

L'idée est ici de proposer une approche qui satisfasse les attentes du patient afin de ne pas encourager une prise de distance vis-à-vis du monde médical. Il s'agit d'une approche à minima.

**Le médecin:** donner au patient des informations claires et compréhensibles, sur la maladie, les causes, le pourquoi du traitement. Respecter ses options de santé (plus ou moins de médicaments, d'examen perçus comme invasifs, d'acharnement thérapeutique). Réévaluer « régulièrement » les desiderata du patient en matière de participation.

> Observations: Les patients attendent au minimum cette approche. Répondre à cette attente, c'est aussi prévenir la « non-observance » du patient voire sa rupture avec le monde médical, faute de « dialogue ». Les souhaits du patient peuvent varier vers plus ou moins de participation, suite à l'apparition/aggravation d'une pathologie.

**Le pharmacien:** fournir au patient une information sur le « produit », systématique, compréhensible et acceptable pour celui-ci. Un tel rôle permet aussi de faire évoluer l'image du pharmacien. Sensibiliser, en amont, le pharmacien aux outils existants (phrases-types, fiche didactique, étiquettes à apposer sur la boîte).

> Observations: accompagner la délivrance d'un produit pharmaceutique par une information ne fait pas partie des routines de toute officine. Elle peut être conditionnée à l'affluence à l'officine, l'existence d'une prescription, la demande du patient, la motivation du pharmacien... En l'absence de ces conditions, le « produit » est délivré sans information. Il n'est parfois pas utilisé notamment en raison de son incompatibilité avec le traitement existant.



### • Viser des relations partenariales

L'idée est ici d'évoluer vers un véritable partenariat.

#### > Recommandations portant sur la formation

**Le patient:** intensifier les efforts en matière d'éducation santé, en la rendant systématique lors de la scolarité obligatoire. Les séances seraient données par des professionnels qualifiés, légitimes pour en parler et formés aux approches partenariales. Les contenus suggérés sont: situer ses organes, identifier les signaux d'alarme, acquérir un esprit critique en regard des informations, connaître les implications pratiques des droits du patient, communiquer avec le généraliste...

> Observations: le niveau de littératie en santé<sup>6</sup> de la population est perçu comme bas, par les patients et par les professionnels. Ce bagage insuffisant est décrit comme maintenant le patient dans la passivité voire dans la surconsommation d'examen/soins/médicaments, par manque d'esprit critique. Il complique aussi le travail du professionnel qui ne peut s'appuyer sur une base minimale pour informer. Enfin, il ne permet pas au patient de dialoguer avec le professionnel.

**Le professionnel de santé:** former systématiquement les (futurs) professionnels aux approches partenariales, en formation initiale et continue. Discuter les concepts qui s'inscrivent dans un discours de « participation ». Sensibiliser à la pertinence d'une démarche partenariale en encourageant l'utilisation de typologies permettant de situer sa pratique en regard de la participation.

> Observations: les relations patient-professionnel ne sont pas massivement partenariales. Or, une partie des patients est en demande de relations plus partenariales avec le médecin et les patients les plus satisfaits de leur relation avec le pharmacien sont ceux qui ont établi une relation égalitaire, de confiance avec lui. Par ailleurs, les approches partenariales sont déployées par des professionnels formés à ces approches. Enfin, un discours de « participation » (expliquer, patient partenaire, responsabilité partagée, autonomie, négocier, etc.) est intégré au langage du professionnel. Il recouvre toutefois des pratiques variées. Il peut être mal aisé pour le professionnel d'estimer dans quelle mesure sa pratique est partenariale.

#### > Recommandations portant sur les sources d'information

**Mettre à disposition des sources d'informations fiables, compréhensibles et à jour (par exemple des sites web avec une navigation, une fonction**

<sup>6</sup> Les participants parlent de niveau d'éducation santé « bas ». Le terme « littératie » n'était pas utilisé par les patients et utilisé dans une acception souvent limitée par les professionnels (« utiliser des mots simples »). La littératie en santé est la capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de l'appliquer afin d'améliorer/maintenir sa santé et sa qualité de vie. L'éducation santé est un moyen pour parvenir à un niveau plus élevé de littératie.

de recherche et une impression papier aisées) afin de faciliter le dialogue. Cette recommandation vise la relation patient-généraliste, elle est toutefois valable pour tout professionnel de santé.

- > Observations: l'information sur Internet peut être de mauvaise qualité. Disposer d'un support papier pouvant être lu après consultation est utile pour certains patients.

#### > Recommandations relatives à la gestion des données

(Re)Penser la circulation des données de santé du patient entre les professionnels ainsi qu'entre le patient et le professionnel. Trouver un équilibre entre accessibilité et respect de la vie privée.

- > Observations: des patients craignent de vieillir dans un système « où il est nécessaire d'être suffisamment bien pour assurer le suivi de sa santé ». Le délai pour accéder aux résultats en ligne est jugé trop long. Il ne permet pas au patient d'être acteur de santé. Par ailleurs, l'informatisation préoccupe patients et médecins sur les dimensions suivantes: le respect du non partage de données demandé par le patient, la protection des données vis-à-vis de tiers et le risque de commercialisation des données.

#### > Recommandations portant sur le rôle du pharmacien

Mener une réflexion sur la profession de pharmacien d'officine et son avenir, par les pharmaciens. Cette réflexion intégrerait la relation à la personne et aux autres professionnels de santé. Les questions suggérées sont: qu'est-ce qu'un bon pharmacien? Quelles compétences doit-il avoir? Comment les développer? Quelle est la place du conseil, de la vente? Clarifier ensuite les rôles respectifs du médecin et du pharmacien en matière de « suivi » du patient.

- > Observations: Le pharmacien est perçu comme une « profession en crise ». La perspective des autotests souligne des crispations sur le plan de la répartition des rôles entre médecin et pharmacien. L'utilisation que pourrait en faire le pharmacien (information fournie, initiation du traitement...) suscite la méfiance de certains médecins et la réprobation de quelques pharmaciens. La réaction escomptée du médecin plonge des pharmaciens dans l'inconfort. Cette situation n'est pas spécifique aux autotests. Elle est vécue au quotidien lors de la substitution et l'avance de médicaments.

**Autres points d'attention:** outiller le professionnel pour la gestion des « mauvaises nouvelles »; former les soignants aux pathologies transmissibles (afin d'éviter les mesures de protection inadaptées qui nuisent au soin); poursuivre les efforts en vue d'une approche concertée avec les patients maîtrisant d'autres langues ou issus d'autres cultures, tout en capitalisant ces initiatives.



Le rapport de recherche sera disponible sur <http://hdl.handle.net/2078.1/249438>, en septembre 2022. Il est disponible sur demande auprès de: [sandrine.rousseau@uclouvain.be](mailto:sandrine.rousseau@uclouvain.be).

#### > Recommandations pour la recherche

Déterminer dans quelle mesure les tendances observées sont présentes dans la population bruxelloise, par des recherches à plus grande échelle.

- > Observations: La recherche est qualitative. Elle permet de mettre en évidence l'existence de tendances mais ne donne pas d'indication sur l'ampleur de ces dernières.

Étudier dans quelle mesure la notion de fiabilité (...à traduire pour la rendre intelligible!) est maîtrisée et souhaitée par les patients, médecins, pharmaciens.

- > Observations: Il n'existe de consensus ni sur la pertinence d'en parler au patient, ni sur le degré de maîtrise de cette notion par les professionnels.

## Conclusion

Les autotests, apparus dans un contexte peu partenarial, ont eu un succès très limité sur le plan du volume des ventes. Ils invitent à réfléchir plus globalement aux balises d'une relation plus partenariale. D'autres dispositifs d'automesure feront en effet tôt ou tard leur apparition. Or, dans une relation égalitaire apaisée, les autotests apparaissent comme un outil au service de la relation patient-professionnel, non comme un outil de dérégulation de cette dernière.

Enfin, si les présentes recommandations concernent les patients, les médecins et les pharmaciens, celles-ci s'inscrivent dans le contexte d'une politique de soins de santé. Des relations partenariales patient-professionnel nécessitent des efforts concertés, dans la durée (éducation pour la santé, formation, contexte favorable...).

## Bibliographie

1. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine. The basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Archives of internal medicine*. 1956;97(5):585-92.
2. Botelho RJ. A Negotiation Model for the Doctor-Patient Relationship. *Fam Pract*. 1992;9(2):210-8.
3. Rousseau S. Interactions entre les représentations sociales des professionnels de soins de santé et leurs pratiques d'éducation du patient [Thèse de doctorat]. Bruxelles: Université Catholique de Louvain; 2016. <http://hdl.handle.net/2078.1/177070>
4. Chambouleyron M, Lasserre-Moutet A, Lagger G, Golay A. History of patient education, what a story! *Med Mal Metab*. 2013;7(6):543-7.
5. Hoving C, Visser A, Mullen PD, van den Borne B. A history of patient education by health professionals in Europe and North America: From authority to shared decision making education. *Patient Educ Couns*. 2010;78(3):275-81.



## L'AVIS DE PIPSA (www.pipsa.be)

**Appréciation globale**

Ce support d'animation en 6 séances permet une approche originale et ludique de l'intelligence émotionnelle. Adapté aux enfants de 9 à 12 ans, un univers « pirate » coloré dynamise intérêt et implication. L'utilisation d'un environnement sonore spécifique complète l'ambiance et favorise l'immersion.

Le travail sur les émotions/besoins exige un positionnement particulier de l'utilisateur. Il sera familiarisé au concept d'intelligence émotionnelle afin d'accueillir l'expression des enfants hors de tout jugement de valeur ou moralisation. Une co-animation peut être envisagée avec un éducateur d'AMO ou professionnel CPMS.

Pensé pour une utilisation en classe, l'outil fournit tous les supports nécessaires aux différentes activités. L'édition du matériel – exigeante en temps (impression, plastification, découpage, assemblage) – demande un investissement important mais pour un résultat réutilisable d'année en année.

La progression dans les apprentissages s'effectue par des activités diversifiées, sollicitant différentes intelligences. Elles prennent le temps de construire et d'exercer les compétences personnelles. Le cadre de la classe fournit par ailleurs l'occasion de les appliquer, au quotidien de la vie scolaire, en-dehors de l'utilisation de l'outil.

i

**Où trouver l'outil ?****► Chez l'éditeur**

Centre Local de Promotion de la Santé  
de Charleroi-Thuin  
Avenue Général Michel 1B  
6000 Charleroi  
071/ 33 02 29  
secretariat@clpsct.org  
<http://www.clpsct.org>

Équipe Prévention et Promotion de la Santé  
mentale (CPAS Charleroi)  
Rue de la Neuville 14-16  
6000 Charleroi  
071/26 32 50  
pps@cpascharleroi.be  
<https://www.cpascharleroi.be/outilspedagogiques>

Le guide pédagogique fournit une structure claire, simple d'appropriation, particulièrement opérationnelle. On aurait aimé trouver à la fin de chaque module des propositions de « messages-clé » (idées principales à retenir du module) pour faciliter le débriefing avec le groupe. Des ressources complémentaires sont fournies pour explorer la thématique.

**Objectifs**

- Découvrir un vocabulaire sur les émotions/besoins
- Comprendre les liens émotions/besoins/ressources
- Acquérir des habiletés personnelles autour de l'intelligence émotionnelle en vue d'une meilleure connaissance de soi et de l'autre

**Public cible**

9-12 ans

**Utilisation conseillée**

- Se préparer aux activités proposées dans les cartes défis (cartes pirates) : l'animateur/trice gagnera à les lire à l'avance et éventuellement en sélectionner et/ou en modifier.
- Comme proposé par les promoteurs : privilégier une animation en binôme.
- Le haut-parleur bluetooth permettra une plus grande immersivité, notamment lors du défi « pirates ». Télécharger les fichiers audio sur clé USB pourrait augmenter la durée de vie de l'outil (éviter les hyperliens brisés).
- Prévoir une carte « joker » par enfant, qu'il pourrait utiliser pour les questions plus sensibles/personnelles ; notamment dans la séance 3 « Raconte ».
- Privilégier l'utilisation complète de l'outil, dans la progression proposée, plutôt qu'un module isolé (à moins d'avoir déjà abordé les émotions/besoins via d'autres outils).

**Points d'attention**

Veiller à ne pas moraliser/normaliser les émotions et les besoins. L'édition du matériel est exigeante en temps (impression, plastification, découpage, assemblage).

**Complémentarité**

Les outils « Girafe O cartes », « L'univers de sensations », « Le langage des émotions », « L'expression des besoins ».



## Récit d'une co-construction

Curieux d'en apprendre davantage sur le processus de conception de l'outil, Éducation Santé a rencontré Stéphanie Devaux (Prévention et Promotion de la Santé Mentale du Centre Public de l'Action Sociale de Charleroi) et Nancy Peltier (Centre Local de Promotion de la Santé de Charleroi-Thuin). Elles partagent avec nous leur expérience de co-construction avec un réseau de professionnel·les à l'origine de cet outil « coup de cœur ».

► MARYSE VAN AUDENHAEGE, JULIETTE VANDERVEKEN



### E.S. : D'où vient le projet *Emotika*?

Le CLPS de Charleroi-Thuin et le CPAS collaborent depuis plusieurs années sur le thème de l'estime de soi. D'un côté, le CPAS organise des formations à l'estime de soi auprès de son réseau de professionnel.les des secteurs social et éducatif, auxquelles le CLPS collabore dans le cadre des outils et ressources.

De l'autre côté, le CLPS organise tous les ans un ciné-débat. À chaque ciné-débat on choisit un partenaire en fonction du film et de la thématique qui est traitée. En 2018, on a programmé le film d'animation de Disney© *Vice-versa*, en partenariat avec le CPAS, pour les liens évidents avec l'estime de soi. En quelques mots, le récit personifie les cinq émotions de base (la joie, la tristesse, la peur, le dégoût et la colère) d'une petite fille, et présente sous forme d'île des éléments essentiels qui fondent sa personnalité (la bêtise, la famille, l'honnêteté, la passion et l'amitié). Toute une histoire prend forme autour de la gestion des émotions et l'importance d'investir chaque île. Gaëtan Bienfait (chargé de projets au CPAS jusque juin 2020) avait alors proposé un éclairage théorique à partir du film.

À l'issue du ciné-débat, l'idée a émergé de mettre sur pied des ateliers pour co-construire un outil autour des émotions et de l'estime de soi à partir d'éléments du film, et avec des participant.es au ciné-débat. Un groupe de travail avec des partenaires locaux a été constitué, piloté par les deux chargé.es de projet du CPAS et du CLPS.

### E.S. : Qui constituait ce groupe et comment s'est-il mis au travail ?

Au départ, il y avait des éducateur-trice-s, des psychologues, des formateur-trice-s d'adultes, une coordinatrice ATL, une infirmière PMS, une psychomotricienne relationnelle... Le groupe était assez hétéroclite et diversifié au niveau des apports.

Ce sont les deux chargé.es de projet du CPAS et CLPS qui ont piloté le groupe. Cette coordination en binôme a été très riche pour faire avancer le projet et construire une dynamique de groupe. Pour avancer dans notre processus, nous nous sommes basés sur une méthodologie de travail en vigueur dans les CLPS et nous avons travaillé par étapes.

Les premières réunions ont permis au groupe de se connaître et d'échanger sur les aspects pédagogiques du film *Vice-Versa*. Le concept de l'intelligence émotionnelle s'est progressivement imposé à nous, c'était la clé de ce qu'on voulait aborder.

Nous nous sommes donc mis d'accord sur ce qu'est l'intelligence émotionnelle. Ensemble, nous avons construit un langage commun, une compréhension commune du concept. Pour ce faire, nous avons élaboré en groupe des cartes mentales, à partir des 5 émotions de base et leurs éléments déclencheurs. Ce processus a fait émerger beaucoup d'idées au sein du groupe.

En parallèle au début de chaque atelier, nous avons expérimenté des outils qui existent sur les émotions tels que *Zemos*, *Feelincks*, les cartes *Le langage des émotions*, etc.

*Emotika est à l'image du groupe, qui a lui-même grandi au fil de la création de l'outil.*

Assez rapidement, nous avons dû nous détacher du film *Vice-versa* car la question des droits d'auteur avec Disney© nous a limité. On a basculé petit à petit vers un tout autre processus de création. Et toujours suivant une méthodologie de projet, nous avons cheminé vers les autres étapes: les ressources disponibles (il n'y avait pas de budget spécifique alloué au projet), la définition des objectifs (généraux, spécifiques), l'identification du public, l'élaboration des activités, et ainsi de suite.

Une étape décisive aura été les premiers pré-test de l'outil au sein de groupes d'enfants en école primaire et en institution. Ces pré-tests nous ont permis de réajuster une série d'éléments de l'outil mais aussi de nous inspirer pour en créer de nouveaux.



### Des vidéos pour préparer chaque séance

Des vidéos explicatives sont disponibles pour chaque séance d'animation. Ces vidéos ont pour objectif de vous faciliter la prise en main de l'outil et de vous montrer concrètement l'univers dans lequel se déroule les animations. Pour obtenir les supports et les vidéos, il vous suffit d'adresser une demande à [coordination@clpsct.org](mailto:coordination@clpsct.org) ou à [pps@cpascharleroi.be](mailto:pps@cpascharleroi.be).

### E.S. : Comment avez-vous identifié les besoins et choisi le public final des 9-12 ans ?

Dès le départ, nous sommes partis des ressentis et des besoins des membres du groupe par rapport à leurs publics respectifs.

Au départ, nous avions envisagé de cibler la tranche des 7-8 ans, mais les pré-tests nous ont réorienté vers les 9-12 ans. Cette tranche d'âge a été choisie en fonction des compétences psycho-émotionnelles des enfants: ils doivent être capables d'identifier et de réguler leurs émotions. Les enfants doivent aussi avoir la capacité à se projeter ainsi qu'un niveau de lecture suffisant.



## D'île en île, les compétences émotionnelles

Dans le déroulement du jeu, chaque île se concentre sur un objectif spécifique, c'est-à-dire le développement d'une compétence émotionnelle :

- ▶ sur **les îles MOA et KATU SANTI** (« Qu'est-ce que c'est ? » et « Qu'est-ce que ça me fait ? »), l'objectif est d'identifier les différentes émotions et leurs manifestations (expressions verbales et non-verbales des émotions) ;
- ▶ l'**île KEPASSO** (« D'où ça vient ») vise comme compétence émotionnelle de comprendre, identifier et détecter les signaux déclencheurs des émotions ;
- ▶ sur l'**île POURKOISSA** (« À quoi ça sert ? »), l'objectif est de comprendre l'utilité des émotions et être capable de les associer aux besoins qu'elles sous-tendent ;
- ▶ enfin, sur l'**île EUREKA** (« Qu'est-ce que j'en fais ? »), il s'agit d'identifier des attitudes adéquates en réaction aux émotions et aux besoins ressentis.

avons travaillé sur la mise en cohérence de l'ensemble : tellement de gens ont travaillé sur l'outil qu'il a fallu revoir l'ensemble pour harmoniser les différents éléments, ou réécrire certaines situations, redéfinir certaines émotions... On a aussi élagué, gardé ce qui était le plus important, le plus clair pour les enfants. Puis on a fait relire par des personnes extérieures au groupe de travail, dans les secteurs santé ou social ou tout à fait externe.

L'arrivée inopinée de la Covid a marqué un coup de frein dans notre processus et a fait retomber légèrement la motivation et l'engouement du groupe. Nous avons toutefois continué de nous concerter à distance. Heureusement, les classes du primaire ont repris en présentiel en septembre 2020 pour les pré-tests et cela nous a permis de poursuivre le travail de réajustement de l'outil.

### E.S. : Quelle suite envisagez-vous ? Avez-vous prévu une évaluation avec les utilisateur-trices ?

Un groupe Facebook (fermé, accessible uniquement aux utilisateurs et modéré par le groupe de travail) a été créé afin qu'ils puissent échanger sur leur vécu de l'outil, faire un retour sur leur expérience, partager des connaissances et des idées. C'est un vrai plus pour nous. Cela permet aussi de mettre à jour certains fichiers ressources. Lorsqu'une personne demande l'outil, elle reçoit les outils pédagogiques en ligne ainsi qu'une invitation à participer au groupe Facebook.

Cet espace nous permet de faire une évaluation continue. Pour une évaluation plus formelle, il faudra attendre une « vraie » année scolaire. On pourrait imaginer que l'outil fasse l'objet d'une deuxième édition qui tienne compte de l'expérience et du recul. C'est le propre de cet outil d'être pleinement évolutif.

### E.S. : Quelles furent les surprises du projet, les inattendus ?

C'est surtout le renforcement du réseau tout au long de ces deux années de fonctionnement qui nous a marqué. Différent-es professionnel-les du secteur psycho-socio-éducatif issu-es de l'arrondissement de Charleroi et de Thuin se sont mobilisé-es pour fournir un important travail de réflexion et de collaboration. Nous n'avions pas envisagé au tout début l'ampleur de cette mobilisation et sommes ravies de voir les synergies qui sont nées de ce processus. Le moteur du projet a été la confiance de l'ensemble des partenaires entre eux et dans les chargé-es de projet. Cette vie de réseau se prolonge aussi dans les échanges des utilisateur-trices, via le groupe fermé Facebook notamment.

Et ce qui rend *Emotika* unique en son genre, c'est la prise en compte de l'ensemble du processus émotionnel. C'est le seul outil, à notre connaissance, qui aborde les émotions depuis leurs manifestations, leur expression, leur origine, les besoins sous-jacents jusqu'à la manière de y répondre et de y réagir (mise en action, ressources intra/interpersonnelles).

### E.S. : Les objectifs de l'outil présentent un vaste programme. L'animateur-trice peut-il s'approprier l'outil à sa guise ?

Tout à fait, *Emotika* permet à chaque animateur-trice de traiter un axe ou une thématique de manière plus particulière. Il peut l'adapter en fonction du vécu de son groupe. On recommande dès lors que l'animateur-trice connaisse déjà la situation de départ et son groupe. Par exemple, si une problématique de harcèlement apparaît dans une école, l'outil peut être utilisé pour travailler le bien vivre ensemble et le développement de l'empathie.

*Emotika* travaille l'intra- mais aussi l'inter-personnel. C'est vraiment un outil de coopération et de cohésion de groupe. Il peut être utilisé pour mettre en mot, libérer la parole sur ce que les enfants ont vécu en une année de pandémie... De plus, l'outil propose beaucoup de cartes vierges, ce qui laisse la place à l'adaptation au vécu du groupe.

### E.S. : Comment l'outil a-t-il été finalisé, avec l'irruption de la pandémie ?

Les pré-tests ont démarré fin 2019-début 2020. À cette période, les deux chargé-es de projet ont assisté à la plupart d'entre eux. Ils ont repris dans le primaire en septembre 2020, avec chaque fois 6 séances prises en charge par l'AMO<sup>1</sup> OxyJeunes.

Cette phase nous a permis de réajuster l'outil. Une graphiste est également arrivée dans le processus, qui nous a aidé-es à mettre en forme *Emotika*. Début 2021, nous

1 Service d'action en milieu ouvert.

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

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

