

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé – educationsante.be
Chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles
N° 430 / MARS 2026



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



Accès aux soins :
les lesbiennes se mobilisent

Sommaire



3

INITIATIVES

Accès aux soins:

les lesbiennes
se mobilisent



10

RÉFLEXIONS

**Numérisation
des soins
de santé:**

entre menace
et opportunité



6

RÉFLEXIONS

**VIH et
discrimination:**

une réalité persistante
dans le milieu médical



14

POLITIQUES

**Le CRéSaM
alerte sur
la santé mentale
des enfants
et adolescents**



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, Claire Delhove, Julie Luong, France Gerard. **RÉDACTRICE EN CHEF** : France Gerard (education.sante@mc.be). **ÉQUIPE** : Clotilde de Gastines, Maryse Van Audenhege, Marie Lennerts. **CONTACT ABONNÉS** : education.sante@mc.be. **COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT** : Martin de Duve, Dominique Doumont, Sirine El Khoury, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Célestine Gallez, Estelle Georgin, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Denis Mannaerts. **COMITÉ OPÉRATIONNEL** : Tania Antonioli, Nathalie Cobbaut, Dominique Doumont, François Negrel, Anne-Sophie Poncelet. **ÉDITEUR RESPONSABLE** : Georges Gilkinet, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **MISE EN PAGE** : Émerance Cauchie. **ISSN** : 0776 - 2623. Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord de la revue et moyennant mention de la source. **POUR TOUTS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET** : educationsante.be. **COURRIEL** : education.sante@mc.be. Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site educationsante.be. Notre site adhère à la plate-forme promosante.net. Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt : Charleroi X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrément : P401139. Crédit photos : AdobeStock.

Accès aux soins : les lesbiennes se mobilisent

Dix ans après son démarrage, Go To Gyneco! poursuit sur sa lancée. Ce projet communautaire de promotion de la santé sexuelle des personnes lesbiennes, bies, pan & co a permis de créer des outils concrets pour transformer l'accès aux soins et accompagner le changement des pratiques professionnelles. Il s'élargit désormais à la santé globale et mentale.

INITIATIVES

► CLOTILDE DE GASTINES

En ce lundi soir de début février a lieu la réunion mensuelle des volontaires du projet Go To Gyneco! au centre communautaire LGBTQIA+ de Bruxelles. Dans la rue des Grands Carmes, l'ambiance est tranquille. La nuit tombe doucement et quelques touristes en profitent pour photographier le Manneken Pis esseulé. Passée la grande porte du bâtiment en occupation temporaire, la rumeur de la rue se tait.

Au fond de la cour qui dessert la maison médicale, six volontaires se retrouvent autour d'un ordre du jour plutôt chargé avec deux chargées de projet de l'association Tels Quels, qui défend les droits des personnes LGBTQIA+ par des actions d'éducation permanente. Il faut d'abord vérifier la formulation d'une carte postale sur les droits des patientes lesbiennes, bies, pans & co pour s'assurer de la clarté et de la lisibilité. Puis passer en revue tous les événements du premier semestre – 6 sont programmés rien qu'en mars, notamment la manif du 8 pour la journée des droits des femmes, assurer les distributions de carré de latex, valider la participation aux Pride (Bruxelles, Mons, et les fiertés namuroises) pour renforcer la visibilité des lesbiennes etc... La liste montre l'ampleur qu'a pris le projet Go To Gyneco! en seulement dix ans.

Trouver ensemble des solutions

Tout est parti d'une question : « *Comment avoir une sexualité safe quand on est lesbienne ?* » et l'envie de trouver des solutions dans le cadre d'une démarche de santé communautaire portée par des personnes concernées et deux associations : Tels Quels et O'YES (une organisation de jeunesse active en promotion de la santé sexuelle via l'éducation par les pairs – anciennement SIDA'SOS). Ensemble, elles ont posé les bases du projet Go To Gyneco!.

La prise de conscience date de 2016. Cette année-là, Tels Quels organise une soirée en non-mixité pour parler de santé sexuelle. Une fois n'est pas coutume, la soirée

est réservée aux personnes lesbiennes, bies, pans & co, majoritairement des femmes. « *Ça a été un déclencheur*, explique Marine de Tillesse, co-fondatrice du projet. *La soirée a révélé un manque de connaissances général sur les risques, les moyens de protection et le dépistage des infections sexuellement transmissibles. Il fallait pousser à consulter un gynéco ou un médecin généraliste. Mais comment s'assurer que le praticien soit safe et qu'une lesbienne y soit bien accueillie ?* ».

Tels Quels décide de se rapprocher de O'YES qui déploie déjà depuis plusieurs années des bâches de sensibilisation au dépistage des IST sur les chantiers de construction dans l'espace public. Le tandem associatif sollicite ses volontaires et crée un groupe de travail pour fonctionner « par et pour la communauté ».

Le constat est unanime : beaucoup de personnes de la communauté lesbienne, bie, pan & co évitent les consultations gynécologiques, notamment parce qu'elles les pensent réservées aux enjeux de contraception ou de fertilité. Mais aussi parce que les rares études sur l'accès aux soins



Des volontaires Go To Gyneco! présentent les outils lors du salon wallon enVIE d'amour

TABLEAU DES TRANSMISSIONS DES IST

Ce tableau récapitule les pratiques à risques pour chaque Infection Sexuellement Transmissible (IST).

	EMBRASSER	CADRESSES SEXUELLES*	VIVRE CONTRE VIVRE	CUNILINGUS	ANILINGUS	ÉCHANGE DE SEXTOYS	PÉNÉTRATION VAGINALE avec ou sans	PÉNÉTRATION ANALE avec ou sans	PELLATION	GROSSESSE ACCOUCHEMENT
HERPÈS GÉNITAL	○	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PAPILLOMAVIRUS		●	●	●	●	●	●	●	●	○
CHLAMYDIA		○	●	○	○	●	●	●	○	●
TRICHOMONAS		○	●	○	○	●	●	●	○	●
GONORRÉE		○	●	○	○	●	●	●	○	●
SYPHILIS	○	●	●	●	●	●	●	●	●	●
HÉPATITE A					●					
HÉPATITE B	○		●	●		●	●	●	●	●
HÉPATITE C			●			●	●	○		○
VIH/SIDA			●			○	●	●	○	●

○ RISQUE FAIBLE ● RISQUE MOYEN ● RISQUE ÉLEVÉ ●** RISQUE AVEC DU SANG ○*** ABSENCE DE DONNÉES

*Contacts rapprochés entre les mains et les parties génitales tenues, vives, pénétrant, incluant la pénétration avec les doigts.
**Lors de rapports sexuels non protégés et/ou traumatiques incluant la présence de sang (frottis, lésions, etc.).
***La personne faisant la fellation court un risque faible si elle reçoit du sperme en bouche et que ses muqueuses sont abîmées.
N.B. Certaines IST se transmettent également via l'échange de sécrètes et urif. Pour plus d'informations : www.depistage.be

© GoToGynecol

Certaines pratiques sexuelles augmentent le risque de transmission des IST entre lesbiennes

« montrent unanimement qu'elles ont moins recours aux soins qui s'avèrent, par ailleurs, inadaptés, en raison de l'hétéronormativité et des méconnaissances des professionnel·le·s de santé et des personnes elles-mêmes », pointait une analyse de Soralia publiée en 2018 sous le titre « Les Oubliées de la santé sexuelle ».

Un risque accru

De surcroît, « les relations sexuelles entre femmes sont souvent perçues comme moins risquées, en raison de l'invisibilité de celles-ci dans les campagnes de prévention, du sous-dépistage des IST et de la méconnaissance des spécificités des pratiques sexuelles des femmes lesbiennes par les professionnels de santé », explique Mathilde Schmidt, qui a travaillé comme chargée de projet pour O'YES sur le projet et vient de passer la main en janvier.

Les quelques études qui s'intéressent à la santé sexuelle des FSF (les femmes ayant des relations sexuelles avec les femmes – une dénomination utilisée dans le jargon médical) pointent pourtant un risque accru de contracter une IST. Ce qu'a pu confirmer une recherche communautaire menée en 2018 avec l'Observatoire du sida et des sexualités auprès d'un échantillon de 390 personnes : la prévalence des IST serait trois fois plus élevée chez les lesbiennes, bies et pansexuelles par rapport aux hétérosexuelles.

Dès 2017, un *focus group* de personnes concernées se met donc en place, amorçant une gouvernance participative. L'approche communautaire, ancrée dans l'expérience vécue vise à renforcer le pouvoir d'agir des premières concernées et à apporter à leur interlocuteur·rices leur expertise du vécu.

Le groupe de volontaires se réunit une fois par mois avec les représentants associatifs pour discuter de la direction du projet, planifier les événements, organiser des actions. « On fait tout ensemble et ce sont les 'volo' qui

prennent les décisions en fonction de leurs envies, de ce qui émerge comme besoins du terrain et des moyens que l'on a » relate Mathilde Schmidt. « On est à fond dans l'idée de la pair-éducation et de la pair-aidance, confirme sa collègue Agathe Nguyen Huynh, qui a pris le relais comme pilote de projet chez O'YES. Tout est validé par les volontaires, y compris s'il faut changer un paragraphe sur le site internet ».

Un recensement des professionnel·les lesbfriendly

À partir de 2018, les volontaires vont dans les soirées et festival lesbiens, bi, pan & co – « Mon cul, ta praline », ou encore au « L-Festival » pour poser la question : « c'est qui le médecin que tu recommanderais à ta copine, où tu te dis que tu as pu parler librement si tu es à l'aise avec ta sexualité », relate Marine de Tillesse.

La démarche de bouche-à-oreille d'abord informelle, s'est ensuite structurée sous forme d'une base de données qui recense 300 professionnel·les : gynécologues, médecins généralistes, psychologues, thérapeutes, sages-femmes, kinés, sur le modèle de la plateforme *trestresbonmedecin* développé par l'asbl ExAequo. Puis en 2020, le site internet Go To Gyneco! est lancé avec un formulaire en ligne, qui permet de demander les coordonnées de professionnel·les de santé lesbfriendly recommandé·es par la communauté pour la communauté.

Dans le formulaire, la personne précise la spécialité dont elle a besoin et la localisation espérée (en Wallonie ou à Bruxelles). « C'est une sacrée responsabilité, il faut pas se rater ! » s'exclame Aurélie, qui a découvert le projet Go To Gyneco! pendant sa rhéto, et a rejoint le groupe de volontaires en 2021. « Je me souviens de la première demande, la personne avait un vécu très spécifique, j'ai demandé conseil en interne pour bien l'orienter, c'était chouette

de voir qu'on peut avoir un impact concret», ajoute-t-elle. Lucie, elle aussi volontaire, qui a aussi tenu la boîte mail régulièrement confirme ce sentiment de satisfaction et d'utilité : « On répondait en moyenne à 20 voire 30 mails par semaine, surtout sur les parcours PMA, les IST, et ça faisait chaud au cœur de recevoir des messages de remerciements par après ».

Safer plutôt que safe

Les volontaires s'organisent pour envoyer des réponses personnalisées avec 3 ou 4 contacts pertinents. En 2025, 400 demandes de recommandations ont ainsi été traitées, un volume stable par rapport au rush de la première année. Quelques semaines après le premier échange, l'association fait le suivi et envoie une demande de feedback pour s'assurer que le ou la professionnel·le est bien safer.

« On préfère dire safer, parce qu'on n'arrivera jamais à un stade complet de safe – de sécurité – c'est un processus d'apprentissage pour les praticiens, c'est aussi lié à la relation thérapeutique. Parfois le courant passe bien, parfois pas », précise Marine de Tillesse.

Avant de l'inscrire dans la base de données, les associations contactent chaque professionnel·le, qui peut signer une convention (non-obligatoire) et recevoir des supports (des affiches, des goodies, notamment une des brochures créées par le groupe de volontaires). Des formations sont aussi accessibles aux professionnel·les de la santé et aux étudiant·es.

« Parfois on me demande comment je peux former les pro de santé alors que moi-même je n'ai pas de formation de soignante, remarque Louise. La jeune femme a fait des études d'économie et elle est volontaire chez Go To Gyneco! en parallèle de son métier dans la banque. Mais quand on intervient dans la formation des pro de la santé, on se rend compte que la plupart ne connaît pas du tout l'importance de faire un accueil 'safe' ».

« Je trouve ça dingue qu'on ait besoin d'un projet communautaire pour informer les professionnels de santé, que ce ne soit pas inscrit dans leur cursus. Heureusement qu'on est là » dit Aurélie, qui se souvient d'être intervenue en formation à Delta en 2022, et espère que les connaissances des soignant·es se sont améliorées depuis.

Transformer l'accès aux soins

Le but de GoTo Gynéco! est de s'attaquer aux racines des inégalités de santé, de mieux informer, mieux former et mieux orienter. Pour lutter contre les discriminations et améliorer les pratiques, le projet comprend une formation destinée aux professionnel·les et aux étudiant·es (du psychomédico-social). La création s'est faite en lien avec l'association suisse Les Klamydia's (active depuis 2008), les Français d'Enipse (Équipe nationale d'intervention en prévention et santé qui a édité une brochure en 2011 Tomber la culotte! (rééditée

en 2025), Myriam Monheim du Plan F, des gynécologues du planning familial et des médecins du CHU St Pierre.

La formation s'est construite grâce à un processus itératif, et a été réajustée au fil du temps. « Les besoins et les connaissances ont évolué depuis 2018, constate Marine de Tillesse. Les étudiants soignants ont une meilleure compréhension et une plus grande ouverture d'esprit sur le fait que la santé sexuelle d'une personne lesbienne, bie, pan & co a des spécificités ». Au cours de la formation, il est fort question du travail sur les discriminations – liées à l'hétéronormativité, principale source des inégalités de santé, mais aussi au sexisme et à la lesbo- et transphobie encore prégnantes.

L'ouverture vers la santé globale et la santé mentale

Au-delà de la santé sexuelle, les personnes lesbiennes, bies et pan ont une prévalence plus importante de développer des cancers, des troubles cardiovasculaires, de santé mentale et d'addictions. Les violences contre les personnes LGBTQIA+ sont en progression, et les besoins de santé globale – mentale comprise – augmente. Go To Gyneco! élargit sa raison d'être en gardant son ADN communautaire « par et pour ».

Sur les stands ouverts au public, les volontaires utilisent souvent le jeu de « La pêche à la vulve », édité par Tels Quels et O'YES, qui permet de parler de prévention de manière ludique. Dans une petite piscine à boudin rose léopard flottent des petites vulves en plastique jaunes et vertes numérotées – chaque numéro se rapporte à un cas de figure ; par exemple : « Kalina hésite à prendre rendez-vous pour un frottis, car sa dernière consultation s'est mal passée : le gynécologue lui a fait des remarques sur sa sexualité avec des femmes. Que pourrais-tu lui conseiller ? » Cela permet aux participants de tester leurs connaissances et de réfléchir à des solutions.

Le jeu est en train d'être actualisé pour parler consentement, santé mentale et tenir compte des potentiels vécus traumatiques.

« Lorsque que vous tenez un stand, il est important de rester positif : de ne pas tenir un discours de peur vis-à-vis des risques, explique Marine de Tillesse le soir de la réunion des volontaires. Vous pouvez dire : tu es sexuellement active, il y a les dépistages, les vaccins, fais toi plaisir tant que ce sont des rapports consentis entre adultes ». Les chargées de projet Tels Quels proposent des techniques pour désamorcer la situation si une personne invalide le projet « ça sert à rien » ou pire si elle profère des insultes lesbophobes.

« Je n'aurais jamais imaginé que ça pouvait arriver sur un stand, dit Aurélie surprise, mais c'est vrai que je suis surtout intervenue sur des événements queer », reconnaît-elle. Ces réactions – le plus souvent d'hommes jeunes cisgenre et hétéro, s'entendent le plus souvent sur des parcours Evras où le stand Go To Gyneco! est un passage obligé. Signe que le temps n'ont pas encore complètement changé.



Pour aller plus loin

- ▶ le site internet gotogyneco.be
- ▶ le projet GoTo Gyneco! est mentionné par PromoSanté-MédecineGénérale dans sa fiche : promosante.be/wp-content/uploads/2024/05/RMG404_06-10.pdf
- ▶ le projet de l'association suisse *Les Klamydia's*: (klamydias.ch)
- ▶ le site communautaire trestresbonmedecin.be de l'ASBL belge Ex Aequo.



À noter:

À partir de février 2026, l'AVIQ finance un projet bienal (2026-2027) doté de 6,7 M€ pour améliorer le bien-être et la santé mentale des jeunes LGBTQIA+ (12-30 ans) en Wallonie via des interventions communautaires innovantes et des formations inclusives, en partenariat avec O'YES, Ex Aequo, Prisme, Tels Quels et des refuges. Il vise à compenser la surexposition aux troubles de santé mentale chez les minorités sexuelles et de genre, et à créer des milieux de vie sûrs et inclusifs.

Références

- ▶ L'analyse de Soralia publiée en 2018 intitulée « Les Oubliées de la santé sexuelle » d'Eléonore Stultjens: soralia.be/accueil/analyse-2018-les-oubliees-de-la-sante-sexuelle
- ▶ Comité Directeur sur l'anti-discrimination, la Diversité et l'Inclusion [CDADI]. (2024). *Personnes LGBTI en Europe: droit au meilleur état de santé possible et à l'accès aux soins*.
- ▶ International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association [ILGA]. (2025). Annual Review of the Human Rights Situation of LGBTI People in Europe and Central Asia. Retrieved October 15, 2025
- ▶ Zeeman, L., Sherriff, N., Browne, K., McGlynn, N., Mirandola, M., Gios, L.,... & Health4LGBTI Network. (2019). A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *European Journal of Public Health*, 29(5), 974-980.

VIH et discrimination: une réalité persistante dans le milieu médical

Dans le milieu médical, les discriminations persistent envers les personnes vivant avec le VIH en particulier chez les dentistes et les gynécologues. Le 5 décembre dernier, la Plateforme Prévention SIDA (PPS) organisait une journée d'étude pour présenter les résultats d'une grande enquête.

RÉFLEXIONS

- ▶ **CLAIRE DELHOVE**, Chargée de projet pour l'accompagnement des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), à la Plateforme Prévention Sida.

Malgré les avancées médicales et les campagnes de sensibilisation, l'accès aux soins de santé pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) reste marqué par des discriminations et des stigmatisations. En 2024, la Plateforme

Prévention Sida a réalisé une enquête en collaboration avec l'Observatoire du sida et des sexualités de l'Université Libre de Bruxelles, afin de rendre compte de cette réalité dans le milieu médical, en particulier dans

le domaine des soins dentaires et gynécologiques.

Une enquête en deux pans

La première partie s'est opérée sous forme de questionnaire sur l'expérience des PVVIH avec les professionnel·les de la santé. Au total, 152 personnes résidant en Belgique ont participé à l'enquête.

La deuxième partie a été réalisée sous la forme d'une enquête téléphonique: une équipe de testeur·euses a contacté 200 cabinets dentaires et 102 cabinets gynécologiques (sur base d'un échantillon raisonné regroupant des cabinets de Bruxelles et de Wallonie) avec pour objectif d'observer les réactions des professionnel·les lorsque le statut sérologique du ou de la patient·e était mentionné après la prise de rendez-vous.

Annulation, refus, reports injustifiés

L'enquête s'est focalisée sur les dentistes et les gynécologues car les patient·es rapportent davantage de difficultés à obtenir des soins adaptés en raison de la stigmatisation, du manque d'information et de formation des soignant·es sur la prise en charge des PVVIH (Earnshaw & Chaudoir, 2009; Batchelor & Sheiham, 2002).

Ce qui est d'autant plus problématique que les soins bucco-dentaires influencent la santé globale des personnes vivant avec le VIH, notamment pour prévenir les infections opportunistes et préserver la qualité de vie. Quant à la gynécologie, elle est cruciale pour la santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec le VIH.

Des précédentes études ont montré des attitudes stigmatisantes et de la discrimination dans ces deux secteurs, en particulier chez les dentistes. En France, 33,6 % des dentistes refusaient directement ou indirectement de soigner des personnes vivant avec le VIH, contre 16,7 % au Canada (AIDES/Sidaction, 2019; McCarthy et al., 1999). Au cours de notre enquête, 1,5 % des rendez-vous pris ont été annulés après que le·la testeur·euse a annoncé avoir le VIH. Au Canada, 14 % des cliniques dentaires adoptaient des pratiques discriminatoires, notamment des reports injustifiés de rendez-vous (COCQ-SIDA, 2012). Notre enquête, elle, a révélé un taux de report de rendez-vous de 26,5 %.

Précautions excessives et mises en garde

Une enquête du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et de la Société européenne de médecine clinique du sida (EACS), menée en 2024, souligne de plus l'existence de précautions excessives lors de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.



Un faible pourcentage, mais notable (8 %), de professionnel·les de santé a déclaré qu'il·elles éviteraient le contact physique avec un·e patient·e vivant avec le VIH, et un quart (26 %) des répondant·es ont déclaré qu'il·elles porteraient des gants doubles lors de la prise en charge. Les professionnel·les dentaires étant les plus susceptibles de porter des gants doubles (36 %) par rapport aux autres professionnel·les de santé.

Stratégies d'évitement et persistance des comportements problématiques

Bien qu'une majorité de répondant·e (68 %) souligne être satisfait·es de leurs consultations médicales (toutes spécialités confondues), la discrimination des PVVIH dans le secteur médical reste une réalité inacceptable. En effet, 48 % des répondant·es à notre enquête affirment avoir subi une discrimination de la part de professionnel·les de santé en raison de leur statut sérologique. De plus, 76 % des cas de discrimination signalés se sont produits au cours des dix dernières années, ce qui illustre la persistance de comportements problématiques. Enfin, 33 % des cas de discrimination rapportés concernent un·e dentiste, la spécialité la plus citée par les répondant·es.

L'impact de cette stigmatisation/discrimination sur la santé globale ainsi que la vie et la qualité de vie des PVVIH est réel: 13 % des répondant·es indiquent ne *jamaïs* consulter de dentiste, ce qui représente un enjeu important, car une prise en charge insuffisante des infections bucco-dentaires pourrait ainsi affecter la qualité de vie des PVVIH et favoriser des complications infectieuses évitables. Par peur d'être discriminé·e, 43 % des répondant·es cachent leur statut sérologique lors d'une consultation, 24 % affirment avoir changé de professionnel·le de santé, et 17 % évitent d'aborder certains sujets, comme le désir d'enfant.

La méconnaissance des droits empêche les PVVIH de réagir face aux attitudes discriminatoires/stigmatisantes et aux gestes inappropriés. Ainsi 37 % des répondant·es

déclarent ne pas connaître la loi anti-discrimination, 63 % ne connaissent pas l'existence d'UNIA (centre d'expertise sur la discrimination) et 54 % ignorent que des services de médiation sont disponibles dans les hôpitaux en cas de mauvais traitement. Au manque de connaissance s'ajoute la lassitude face à un système qui peine à lutter efficacement contre les discriminations. 43 % des répondant-es indiquent ne pas avoir porté plainte suite à une discrimination car cela ne changerait rien, et 32 % des répondant-es estimant avoir vécu de la discrimination déclarent n'avoir rien fait suite à cette discrimination.

Il est donc important d'établir un cadre éthique, sécurisé et respectueux des droits des patient-es afin de promouvoir la transparence, tout en protégeant les PVVIH contre tous stéréotypes et stigmatisation.

Un testing téléphonique pour comprendre

Lorsqu'il y a eu report du rendez-vous pris auprès d'un cabinet dentaire, celui-ci était replacé en fin de journée. Une pratique que 58,5 % des dentistes concerné-es ont justifié par la nécessité de précautions supplémentaires : « *Je dois prendre des mesures de sécurité supplémentaires, y compris porter des lunettes de protection et un masque. C'est pourquoi le rendez-vous doit être en fin de journée* », « *nous devons effectuer une désinfection complète, ce qui prend plus de temps, une heure au lieu de 30 minutes* ». Alors qu'ils-elles sont tenu-es d'appliquer les précautions universelles pour tou-ttes, ainsi que de respecter la loi belge sur la non-discrimination.

Les pratiques de précautions universelles sont un ensemble de mesures d'hygiène et de sécurité destinées à protéger à la fois les professionnel·les de santé et les patient-es contre le risque de transmission de toute

infection. Elles incluent l'utilisation de matériel à usage unique (gants, masques, seringues, etc.), de matériel de protection (lunettes, tablier, etc.), ainsi que des protocoles de stérilisation des instruments, de nettoyage des surfaces et de traitement des déchets médicaux. Ces mesures sont destinées à être appliquées à tou-ttes les patient-es, indépendamment de leur statut sérologique. Le fait qu'une personne vivant avec le VIH soit traitée différemment, avec des horaires et des procédures de désinfection spéciales, laisse entrevoir une stigmatisation cachée sous une forme de « précaution sanitaire » qui n'a aucun fondement dans la réalité scientifique.

Chez les gynécos, une stigmatisation plus subtile

En ce qui concerne les cabinets gynécologiques, aucun rendez-vous n'a été annulé ni reporté à la suite de la révélation du statut VIH. Les réactions au téléphone étaient neutres ou bienveillantes majoritairement, avec prise de note administrative simple. Toutefois, nos entretiens semi-directifs menés auprès des PVVIH ont révélé une stigmatisation plus subtile dans ce secteur, qui apparaît lors du suivi médical, notamment au sujet de la santé reproductive et du désir d'enfant, mais aussi de la santé sexuelle en général.

Ainsi Lucie, femme cisgenre de 28 ans, raconte qu'un gynécologue lui demande si elle prévoit de « prévenir tous ses partenaires », question fondée sur un imaginaire biomédical obsolète. Ces remarques, formulées sur un mode pseudo-pédagogique ou paternaliste qui dépasse l'examen médical, actualisent la moralisation du VIH documentée par Hutchinson & Dhairyawan (2017). Les patient-es doivent non seulement s'expliquer, mais aussi légitimer leur dignité.



Cinq recommandations pour améliorer l'accès aux soins

Ces comportements traduisent une méconnaissance persistante du VIH, des avancées scientifiques et du principe $i = i$ (indétectable = intransmissible, une PVVIH qui suit son traitement ne transmet plus le VIH), tant chez certain-es soignant-es que chez le personnel administratif, et ce malgré les efforts de sensibilisation menés auprès des professionnel·les de la santé.

À la lumière des résultats de cette enquête, la Plateforme Prévention SIDA propose 5 recommandations pour améliorer l'accès aux soins des PVVIH en Belgique et pour réduire les pratiques discriminatoires observées dans certains cabinets.

1 Politiques de tolérance zéro envers la discrimination

dans l'accès aux soins : les établissements de santé devraient adopter des politiques claires et fermes interdisant toute forme de discrimination à l'égard des PVVIH. Ces politiques devraient être accompagnées de sanctions appropriées en cas de non-respect, afin de garantir un environnement de soins équitable pour toutes les patient-es.

2 Formation et sensibilisation des professionnels de santé

les professionnel·les de la santé devraient être formés à la gestion des patient-es vivant avec le VIH, en mettant l'accent sur les précautions universelles, la confidentialité et l'importance de la non-discrimination.

3 Renforcement des capacités des travailleurs communautaires

il est crucial de former et soutenir les travailleur·euses communautaires pour qu'il·elles puissent informer efficacement les PVVIH sur leurs droits et les aider à accéder aux soins. Les travailleur·euses communautaires jouent un rôle clé dans le soutien des PVVIH, notamment en les aidant à surmonter les obstacles sociaux et psychologiques à l'accès aux soins de santé. Parallèlement, un travail de renforcement des capacités directement auprès des PVVIH doit être entrepris. Une meilleure information sur leurs droits en matière de santé, de confidentialité et de non-discrimination permettrait aux patient-es de mieux identifier et signaler les comportements discriminatoires, mais aussi de revendiquer leurs droits dans un cadre sécurisé. Des ateliers de sensibilisation, des formations sur l'empowerment et la connaissance des recours disponibles, ainsi que des espaces d'échanges communautaires devraient être développés pour favoriser l'autonomie des PVVIH et leur confiance vis-à-vis du système de santé.

4 Promouvoir un environnement de soins inclusif et respectueux

les cliniques doivent garantir que toutes les informations concernant le statut sérologique des patient-es soient protégées (par exemple, en évitant de mentionner le statut sérologique de la personne dans un document interne consultable par tout le monde). Il est



nécessaire de mettre en place des protocoles de confidentialité stricts et de sensibiliser les patient-es sur leurs droits en matière de confidentialité. L'environnement de soins doit être un espace sécurisé où les PVVIH peuvent se sentir respectées et protégées.

5 Évaluation et suivi des pratiques de soins

des audits réguliers et des évaluations devraient être réalisés pour s'assurer que les politiques de non-discrimination sont bien mises en œuvre. Les cliniques doivent être tenues de prouver qu'elles respectent les principes de non-discrimination, et (ceci concerne moins les professionnel·les de la santé directement que les organismes de supervision) des mécanismes de plainte et de recours doivent être facilement accessibles pour les patient-es qui estiment avoir été victimes de discrimination (cela nous semble pertinent que, comme dans les hôpitaux, il soit clairement indiqué dans les cabinets vers qui les patient-es peuvent se tourner en cas de mauvais traitement).



Pour en savoir plus sur les résultats de l'enquête, n'hésitez pas à contacter Thierry Martin, directeur de la PPS: th.martin@preventionsida.org

Références

- ▶ Batchelor, P., & Sheiham, A. (2002). *The limitations of a "highrisk" approach for the prevention of dental disease*. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 30(4), 302-312.
- ▶ Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). *From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures*. AIDS and Behavior, 13(6), 1160-1177.
- ▶ Hutchinson, P., & Dhairyawan, R. (2017). *Shame, stigma, HIV: Philosophical reflections*. Medical Humanities, 43(4), 225-230

Numérisation des soins de santé : entre menace et opportunité

Téléconsultation, self-monitoring, centralisation des données... La numérisation croissante des soins est souvent présentée comme une opportunité pour augmenter le pouvoir de chacun sur sa propre santé. Mais sans un renforcement ciblé de l'accessibilité numérique des plus vulnérables, elle pourrait au contraire aggraver de manière significative les inégalités sociales de santé.

RÉFLEXIONS

► JULIE LUONG

Face aux enjeux liés au vieillissement des populations, aux maladies chroniques et à la fragilisation du système de santé, les innovations numériques sont souvent perçues comme une opportunité sans précédent pour améliorer la qualité des soins. « *Le numérique est présent dans nos vies depuis 20 bonnes années et au niveau de la santé, il y a incontestablement un intérêt énorme pour le numérique, et cela au niveau de l'ensemble des interlocuteurs* », observe Lara Vigneron, fondatrice de la société de consultance Yuza, qui accompagne des projets d'innovation en santé.

De l'imagerie médicale aux robots chirurgiens en passant par la numérisation des tâches administratives, l'innovation technologique – dans une vision optimiste – aurait comme vertu d'entraîner mécaniquement une disponibilité accrue des soignants pour leurs patients et leur cœur de métier. Côté patients, l'accessibilité à ses propres données (depuis le nombre de pas effectués chaque jour jusqu'à sa fréquence cardiaque, en passant par les résultats de ses analyses de sang) et les possibilités de télé-monitoring, notamment dans le cas de maladies chroniques comme le diabète, seraient un incitant imparable pour prendre soin de soi et initier certains changements de modes de vie.

Une fracture numérique qui se creuse

Pourtant, à y regarder de plus près et quand on se préoccupe de la réduction des inégalités sociales de santé, la numérisation des soins apparaît bel et bien à double tranchant. « *Des différences significatives subsistent entre les différents groupes de population : les personnes défavori-*

sées sur le plan socio-économique sont les plus exposées au risque d'exclusion numérique. Ce sont aussi celles pour qui l'accès aux soins est déjà le plus difficile », résumait récemment Stijn Vos, du service d'études MC, dans un récent papier consacré à cette question¹.

Prenons le cas de la téléconsultation, qui permet aux patients de recevoir des diagnostics et soins médicaux à distance par vidéoconférence. Intéressante pour les personnes vivant loin des grands centres urbains et/ou qui éprouvent des difficultés à se déplacer, elle constitue un levier évident pour réduire les inégalités territoriales de santé comme pour améliorer l'accès aux soins des personnes à mobilité réduite ou ne disposant pas d'un véhicule.

« *Cependant, note Stijn Vos, un problème important réside dans le fait que tout le monde ne dispose pas d'outils ou des compétences numériques nécessaires pour utiliser la téléconsultation de manière effective. Cela peut conduire à des inégalités dans l'accès aux soins, en particulier au détriment des personnes âgées, des personnes vulnérables sur le plan socio-économique et des personnes ayant des compétences numériques limitées.* »

1 Stijn Vos, « La fracture numérique et l'accessibilité des soins de santé », Santé et Société 13, avril 2025.

« Longtemps, la question de la fracture numérique se résumait à la question de l'accès physique au numérique : avoir un ordinateur, une connexion internet, rappelle Lara Vigneron. Mais aujourd'hui, il s'agit bien davantage de la question de l'accès à l'information et aux données. Si l'on ajoute à cela quelques couches d'IA, on comprend que l'écart va potentiellement se creuser très fortement entre ceux qui maîtrisent ces outils numériques et les autres. » Or la recherche montre qu'actuellement, les interventions en matière de santé en ligne ne ciblent généralement pas proportionnellement les groupes socialement vulnérables, ce qui entraîne des résultats inégaux en matière de santé².

« Aujourd'hui, dans le cas du diabète par exemple, porter des capteurs 24h sur 24, c'est la clef d'un meilleur suivi, commente à ce propos Lara Vigneron. Alors, bien sûr, on peut se dire qu'il est important de laisser la possibilité au patient de continuer à apporter lui-même ses résultats en personne à son médecin. Mais il doit s'agir d'un choix éclairé car en vérité, en se coupant de la numérisation, on se coupe aussi de soins de meilleure qualité. »

Les quatre dimensions de l'accessibilité

Bien sûr, pas de choix éclairé sans accessibilité des technologies numériques. Une accessibilité qui, comme l'explique Stijn Vos, peut être envisagée selon quatre dimensions comme les a définies sa collègue Sophie Cès³ : la sensibilité, la disponibilité, l'acceptabilité et l'accessibilité financière. La « sensibilité » désigne ainsi la capacité du système de soins de santé, des individus eux-mêmes ou de leurs proches à identifier et à comprendre les problèmes de santé ou les risques d'un individu ou d'une communauté. « Il s'agit de la capacité à réagir à l'évolution des besoins et des priorités de la population en matière de santé, et à fournir des services qui correspondent à leurs besoins et à leurs attentes spécifiques », précise-t-il.

La « disponibilité » désigne quant à elle la disponibilité physique, temporelle et effective des services de santé pour les personnes qui en ont besoin : elle peut être influencée « par des facteurs tels que la situation géographique, les heures d'ouverture des services et la capacité à fournir des services à distance, par exemple via des téléconsultations. »

- 2 Cheng, C., Beauchamp, A., Elsworth, G., & Osbourne, R. (2020). Applying the electronic health literacy lens. Systematic review of electronic health interventions targeted at socially disadvantaged groups. *Journal of medical Internet research*, 22(8), 1-2.
- 3 Cès, S. (2021). Accès aux soins de santé, définition et défis, MC-Information, 286, 4-22.





IA et Santé: l'appel de l'OMS pour un meilleur encadrement

En quelques années, l'intelligence artificielle a profondément changé la pratique médicale. Les médecins l'utilisent pour poser des diagnostics, alléger les tâches administratives ou encore mieux communiquer avec les patients. Mais qui est responsable lorsqu'un système d'IA se trompe ou cause un préjudice ? Apprenant à partir de données, l'IA en reproduit les biais ou les lacunes : elle peut faire une erreur de diagnostic, proposer un traitement inadéquat ou accentuer les inégalités de santé.

Dans son nouveau rapport *Artificial Intelligence in Health: State of Readiness across the WHO European Region*, l'OMS appelle les États à adapter leurs cadres juridiques et éthiques pour mieux protéger patients et soignants. Moins d'un pays sur dix dispose aujourd'hui de normes de responsabilité encadrant l'usage de l'IA en santé. Plus largement, seuls 4 des 50 États interrogés ont mis en place une stratégie nationale pour accompagner son développement. « *Nous sommes à la croisée des chemins, déclare le docteur Natasha Azzopardi-Muscat, directrice de la division Systèmes de santé à l'OMS/Europe. Soit l'IA sera utilisée pour améliorer la santé et le bien-être des personnes, alléger la charge de travail de nos travailleurs de la santé épuisés et faire baisser les coûts des soins de santé, soit elle pourrait nuire à la sécurité des patients, compromettre la protection de la vie privée et creuser les inégalités en matière de soins.* »

L'« accessibilité financière » désigne quant à elle le coût des services de santé et de l'obstacle potentiel qu'il représente dans l'obtention des soins. « *L'accessibilité financière signifie également que l'utilisation des services de santé ne doit pas exposer les patient-es à des difficultés financières ou à l'endettement* », précise Stijn Vos.

Enfin, la dimension d'« acceptabilité » porte sur l'estimation par le patient de l'adéquation des soins fournis : est-ce qu'ils sont de qualité ? Quelles sont les interactions avec les prestataires de soins ? Dans quelle mesure les soins correspondent-ils aux valeurs, à la culture et aux préférences personnelles du patient ? « *L'acceptabilité est essentielle pour garantir la satisfaction des patient-es et promouvoir leur engagement dans les soins de santé* », précise encore Stijn Vos.

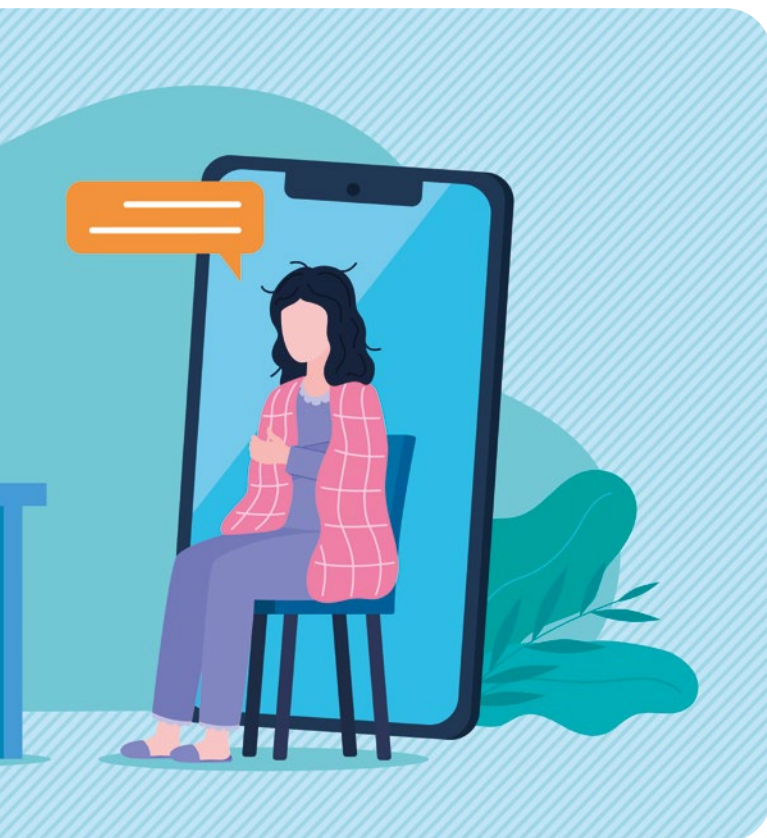
Pour que la numérisation croissante des soins bénéficie aux groupes les plus vulnérables, l'accessibilité doit donc



être envisagée aussi et surtout comme acceptabilité, une dimension elle-même très dépendante de facteurs socio-économiques. Ainsi, le Baromètre de maturité numérique 2023 des citoyens wallons⁴ classait récemment les utilisateurs en différents profils : les experts (14 %), les indécis (57 %) et les distants (29 %).

- Les experts sont les fervents utilisateurs et utilisatrices de la technologie, dotés d'une grande confiance dans le potentiel des nouvelles technologies et de l'intelligence artificielle : un profil majoritairement masculin, montrait le baromètre, et composé en grande partie de personnes de moins de 50 ans, souvent même de moins de 30 ans. Les expert-es sont aussi des personnes hautement qualifiées, souvent titulaires d'un diplôme universitaire, et qui jouissent d'un niveau de vie confortable.
- Les indécis sont quant à eux des utilisateurs qui entretiennent une relation positive avec la digitalisation, bien que leur attitude varie entre l'optimisme et le pessimisme.
- À l'autre bout du spectre, les distants sont des utilisateurs réticents à l'égard de la technologie et qui parfois la craignent : un groupe constitué majoritairement de femmes (61 %), de personnes âgées de plus de 50 ans (bien que l'on y trouve aussi des jeunes) généralement titulaires d'un diplôme de l'enseignement primaire ou secondaire, mais parfois sans aucun diplôme...

4 Agence du Numérique. (2023). *Baromètre de maturité numérique 2023 des citoyens wallons*. Jambes : Digitalwallonia.be.



Les malentendus générés par l'IA

C'est donc en se concentrant aussi et surtout sur cette dimension d'acceptabilité que l'on peut aujourd'hui espérer réduire la fracture numérique. D'autant plus que cette méfiance envers les technologies des publics les plus vulnérables les expose paradoxalement de manière prioritaire aux « malentendus » générés par l'IA. « *On entend beaucoup que l'IA ne remplacera jamais la relation humaine avec le patient*, souligne encore à ce propos Lara Vigneron. *Mais il est un peu naïf de ne pas prendre cette question au sérieux. Car non, pour une personne qui ne connaît pas bien l'IA, il n'est pas si évident de se rendre compte qu'il n'y a pas un humain derrière ChatGPT...* À un patient en souffrance, ChatGPT va demander 'comment vas-tu', lui demander comment s'est passée sa journée, lui souhaiter une très bonne nuit s'il a des problèmes de sommeil... Donc oui, souvent, le patient va se sentir mieux qu'après un échange avec son médecin. Il y a un vrai danger à ne pas voir ça. » Réduire la fracture numérique passe donc plus que jamais par un renforcement de l'écoute et de l'humain – et par une prise en compte des vulnérabilités, y compris relationnelles et émotionnelles, de tous.

Une campagne pour l'humain et contre le tout numérique

Derrière la vitre et le parlophone, une silhouette humaine se détache sur un panneau de manifestation et réclame : « l'Humain d'abord ! ». C'est le slogan de la campagne de plaidoyer qui a mobilisé Bruxelles contre l'ordonnance Bruxelles Numérique en 2024, avant de prendre une dimension fédérale puis européenne.

Lire et Écrire, une association d'alphabétisation et d'éducation permanente basée à Molenbeek est devenue « malgré elle », le fer de lance de cette campagne de plaidoyer européenne sur l'accès aux droits.

« *Au moment du COVID, tout a fermé. Nos apprenants étaient perdus. On est devenus les intermédiaires du numérique pour toutes les démarches administratives, de santé, de logement, etc* », se souvient David Flinker, porte-parole de la campagne « Des guichets, pas du numérique, l'humain d'abord ! »

Elle plaide pour améliorer l'accès aux services essentiels sans passer par le numérique en maintenant trois options humaines : un guichet physique, une ligne de téléphone et une adresse postale. « *Lire et écrire veut les trois* », rappelle-t-il. « *Nos publics sont majoritairement analphabètes, ou apprennent le français langue*

étrangère, certains d'entre eux n'avaient jamais manifesté ou avait peur de manifester. Grâce à leur combat, l'ordonnance bruxelloise a été en partie modifiée, et la Région wallonne et le Fédéral doivent prendre garde à ne pas faire la même erreur ».

La mobilisation ne faiblit pas. Fin janvier, près de 350 associations et syndicats demandaient à Vanessa Matz, ministre fédérale de la fonction publique et du numérique de garantir l'accès humain aux services publics via les 3 accès et non pas « au moins un », comme le prévoit le projet de loi. En Région Bruxelles-Capitale, les citoyens testent leurs services communaux et mettent des « cartons jaunes » pour alerter sur les éventuels obstacles à l'accès. Ce mercredi 11 février, sous une pluie battante un collectif d'associations tenait des stands d'information pour l'événement « Place à nos droits » au parc Bonnevie pour parler santé, logement, juridique, famille, vie de quartier.

Retrouvez :

- ▶ La page facebook avec l'actualité de la mobilisation : **facebook.com/desguichetspasdunumerique**
- ▶ La lettre ouverte au parlement européen : **righttooffline.eu/?lang=fr**

Le CRéSaM alerte sur la santé mentale des enfants et adolescents

Le CRéSaM (centre de référence en santé mentale) a publié en janvier une synthèse analytique sur la santé mentale des enfants et adolescent-e-s et le recours aux services de soins en santé mentale en Wallonie et à Bruxelles. Voici un résumé des éléments les plus marquants.

POLITIQUES

► FRANCE GERARD

Basé sur un ensemble de rapports relativement récents¹, le CRéSaM tente de répondre à une question : la santé mentale des jeunes s'est-elle fragilisée au fil des dernières années ?

Une série de constats interpellants

Le rapport met en lumière les chiffres d'une série de comportements de santé ayant un impact sur la santé mentale et le constat est questionnant. La durée de sommeil et l'activité physique régulière restent largement insuffisantes (moins de 15 % des jeunes atteignent les seuils conseillés), tandis que l'insécurité alimentaire touche près d'un jeune sur cinq. Ces facteurs (sommeil, activité physique et alimentation) peuvent aussi bien agir comme des facteurs de protection du bien-être psychologique que comme des facteurs de risque participant à sa dégradation et renforçant certains symptômes, comme la fatigue chronique, l'anxiété ou la baisse de concentration.

Plusieurs indicateurs de bien-être des jeunes montrent une détérioration avec l'avancée en âge. L'entrée dans l'adolescence apparaît ainsi comme une période marquée par une augmentation du stress et du sentiment de solitude, mais aussi par une diminution du bien-être émotionnel ressenti. Le passage de l'école primaire vers le secondaire est souvent considéré comme une transition problématique de ce point de vue.

La proportion des adolescent-e-s ayant un « besoin clinique probable » en matière de santé mentale est très importante

(18 %). Cela concerne 24 % des filles et 11 % des garçons (OEJAJ, 2025).

La question du genre

Les différentes enquêtes confirment de fortes différences selon le genre. Les filles rapportent plus souvent de la détresse émotionnelle, un niveau de stress élevé et des symptômes anxieux ou dépressifs. Elles sont aussi significativement plus nombreuses à présenter un risque de troubles du comportement alimentaire. Entre 8 et 25 ans, la proportion de jeunes filles/femmes hospitalisées à la suite d'une tentative de suicide est trois fois supérieure à celle des jeunes garçons/hommes (3,63 % contre 1,20 %). Le suicide est d'ailleurs actuellement la première cause de mortalité chez les filles de 10 à 24 ans. Les garçons, quant à eux, apparaissent davantage impliqués dans des difficultés de conduite comme le harcèlement et les comportements antisociaux tels que le vol, le mensonge ou la colère exprimée à l'égard des autres.

Recours aux services de soins de santé mentale et aux médicaments

Le rapport pointe l'augmentation des consultations ambulatoires dans les services de santé mentale et le nombre croissant d'hospitalisations pour troubles psychiques.

La consommation de médicaments apparaît elle aussi en augmentation. Ainsi, la prise d'antipsychotiques semble avoir augmenté chez les enfants de 0 à 11 ans. Chez les

¹ Notamment l'étude HBSC (SIPES-ULB, 2024), l'étude de l'OEJAJ (2025), l'Enquête de Santé HIS (Gisle et al., 2020), ou encore les données issues de mutualités et de rapports du KCE.

adolescent-e-s, la proportion de consommateurs d'anti-psychotiques a aussi augmenté, tout comme celle d'anti-dépresseurs. Les consultations psychiatriques semblent relativement stables, un constat facilement explicable par l'absence d'évolution du nombre de pédopsychiatres disponibles. Une proportion importante de jeunes déclare ne pas savoir vers qui se tourner en cas de difficulté, ou pense qu'il ne leur serait pas possible de contacter un service d'aide. La honte, la peur du jugement, la méconnaissance des ressources constituent des barrières supplémentaires.

Les populations plus vulnérables sous-représentées dans les études

Les études à grande échelle mobilisées pour poser ces constats interrogent généralement exclusivement les jeunes scolarisés dans l'enseignement ordinaire, occultant ainsi une partie de la population (enfants et adolescent-e-s scolarisé-e-s à domicile ou dans l'enseignement spécialisé, ceux-celles qui se trouvent dans des institutions (hôpitaux, services résidentiels pour jeunes...), ceux qui sont en rupture avec le système scolaire, ou encore aux enfants et adolescent-e-s demandeur-euse-s d'asile).

Ce constat vaut également pour les enfants de moins de 10 ans.

On notera pour finir qu'un facteur commence à faire l'objet de nombreuses études universitaires, il s'agit de l'exposition à l'actualité. La consommation répétée d'images violentes ou anxiogènes, peut en effet affecter la santé mentale.

Les enfants et les adolescent-e-s vont-ils moins bien ?

Vu l'hétérogénéité des données, le rapport reste prudent. Néanmoins, les études démontrent qu'une souffrance psychique est très régulièrement exprimée. Les conditions matérielles de vie, qu'il s'agisse de l'aisance financière de la famille, du statut socio-économique de l'école fréquentée ou encore de l'expérience de l'insécurité alimentaire, sont fortement associées au bien-être et à la santé mentale des jeunes.

Les études démontrent que les jeunes issus de milieux moins favorisés présentent plus fréquemment des scores élevés de détresse, et leur accès aux ressources d'aide est souvent limité. En 2022, on estimait que 14,7 % des enfants belges vivaient dans un ménage exposé au risque de pauvreté monétaire². 12,8 % des enfants belges sont en situation de « déprivation matérielle », avec des taux plus élevés encore en Wallonie (17,3 %) et à Bruxelles (21 %).

La tendance actuelle en Wallonie et à Bruxelles apparaît donc clairement négative et alarmante.



Des questions et des recommandations

Le rapport se conclut sur 3 recommandations pour une politique ambitieuse en matière de santé mentale des jeunes.

- 1 Améliorer la connaissance des besoins réels et des obstacles rencontrés par les jeunes et leurs familles.
- 2 Renforcer la prévention ciblée, par exemple en matière de sommeil, d'activité physique, de lutte contre le harcèlement ou de promotion d'un usage équilibré du numérique en tenant compte des vulnérabilités spécifiques aux différents « groupes » de jeunes.
- 3 Garantir un accès équitable et effectif aux services de soins en santé mentale.

Et une série de questions cruciales pour les futures politiques de prévention et d'intervention.

- Comment adapter les stratégies aux facteurs de risque spécifiques aux filles, aux jeunes demandeurs d'asile ou aux jeunes appartenant à des minorités (orientation sexuelle, culturelle...) ?
- Comment articuler la santé mentale avec les politiques sociales pour réduire l'impact de la précarité ?
- Comment lever les barrières psychologiques et sociales au recours aux soins ?
- Quelles stratégies adopter pour limiter, voire combler, l'écart persistant entre l'offre et la demande ?



Retrouvez tous ces résultats et bien plus encore dans le rapport complet sur :
cresam.be/wp-content/uploads/2026/02/2026-01-13_sante-mentale-des-jeunes-en-wallonie-et-a-bruxelles-1.pdf

² Revenu inférieur à 3045 euros pour un foyer composé de deux parents et deux enfants.

- 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

