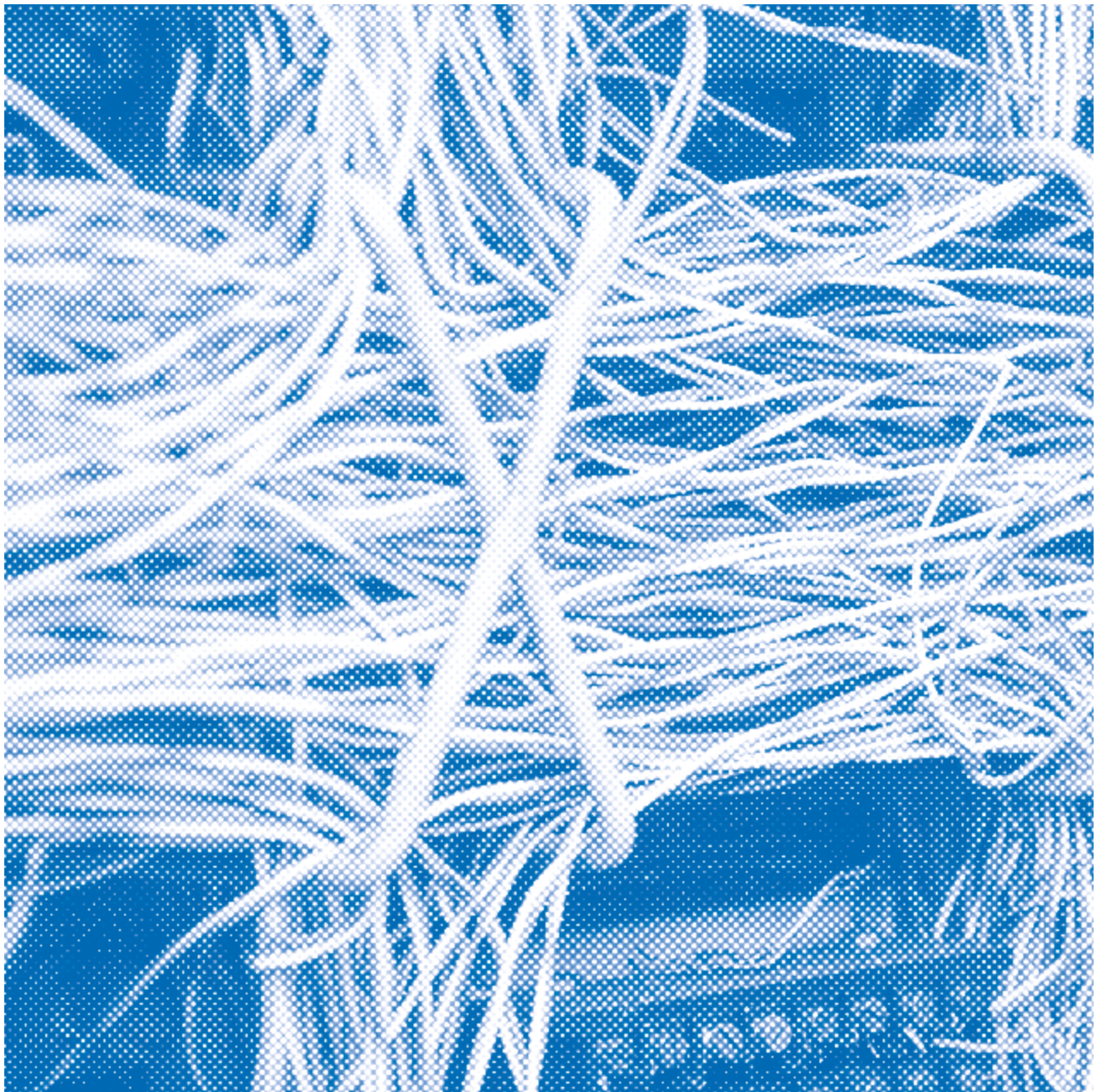


# PROMOUVOIR LA **LITTÉRATIE EN SANTÉ** DANS LA PREMIÈRE LIGNE



Les leçons de 24 pratiques en Belgique

---

# COLOPHON

---

## Titre

### **Promouvoir la littérature en santé dans la première ligne. Les leçons de 24 pratiques en Belgique**

Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands onder de titel **Gezondheidsvaardigheden bevorderen in de eerste lijn. Leren van 24 praktijken in België**

Une édition de la Fondation Roi Baudouin  
Rue Brederode 21  
1000 Bruxelles

---

## Auteurs

Stephan Van den Broucke, UCLouvain  
Philippe Vandebroeck, Kaat Boon et Ana Maria Bravo, shiftN

---

## Rédaction finale

Patrick De Rynck

---

## Traduction

Michel Teller, Cyrano

---

## Coordination pour la Fondation Roi Baudouin

Gerrit Rauws, *Directeur*  
Tinne Vandensande, *Coordinatrice de programme senior*  
Yves Dario, *Coordinateur de projet senior*  
Ilse Deblende, *Collaboratrice de projet & gestion de la connaissance*  
Pascale Prête, *Collaboratrice de projet & gestion de la connaissance*

---

## Conception graphique & mise en page

Trinôme

Cette publication peut être téléchargée gratuitement sur notre site [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be)

---

## Dépôt légal

D/2848/2021/17

---

## Numéro de référence

3820

Novembre 2021

---

# TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS .....	4
RÉSUMÉ.....	6
SAMENVATTING .....	8
SUMMARY .....	10
I LA LITTÉRATIE EN SANTÉ AU NIVEAU INTERNATIONAL ET EN BELGIQUE :	
UNE ESQUISSE DE LA SITUATION .....	13
II ENSEIGNEMENTS TIRÉS DU RÉSEAU D'APPRENTISSAGE DES 24 INITIATIVES	
DE RENFORCEMENT DE LA LITTÉRATIE EN SANTÉ DANS LA PREMIÈRE LIGNE .....	23
1. Contexte.....	24
2. Conseils.....	24
III CONCLUSIONS .....	35
IV LE CHAMP DES INITIATIVES .....	39
V FICHES DE PRÉSENTATION DES 24 INITIATIVES SOUTENUES.....	45
VI BIBLIOGRAPHIE.....	70

---

## AVANT-PROPOS

Au cours de notre vie, nous sommes amenés à prendre un grand nombre de décisions qui touchent à notre santé. Pour que ces décisions soient mûrement réfléchies, nous avons besoin d'informations correctes, accessibles et facilement applicables, de dialogue et d'une communication de qualité. Assurer cela, c'est la tâche et la mission du secteur des soins, au sens large, et notamment de la première ligne. Cela implique aussi que les citoyens et les usagers du système de soin puissent travailler eux-mêmes à leurs compétences en santé. Ils peuvent ainsi émettre des jugements et prendre des décisions dans la vie quotidienne pour améliorer leur santé et leur qualité de vie. Ces choix concernent les soins de santé, la médecine préventive et la promotion de la santé.

Ces compétences en santé sont un prédicteur important de la santé d'une personne et de l'efficacité avec laquelle elle fait usage des soins de santé. Les personnes qui ont de faibles compétences en santé peuvent moins bien comprendre et appliquer des messages relatifs à la santé. Elles savent moins bien quand elles peuvent elles-mêmes résoudre un problème. Elles fréquentent plus souvent les services d'urgence, ont plus de mal à respecter un traitement, font moins de prévention et ont une moins bonne relation avec les soignants et les aidants professionnels. C'est pourquoi la littératie en santé est un thème qui figure tout en haut des agendas politiques, au niveau international et depuis quelques années aussi en Belgique. Des recherches montrent que c'est une nécessité : une grande partie de la population a de mauvaises compétences en santé, avec des conséquences profondes. La responsabilité de s'attaquer à ce problème est une responsabilité partagée.

La première ligne – les soins directement accessibles, ambulatoires et généralistes et les services de soutien dans le domaine de la santé et de l'aide sociale – peut jouer un rôle important pour renforcer la littératie en santé. Ce sont les professionnels de première ligne qui sont les plus proches des demandeurs de soins et de soutien. Ils sont donc les premiers à pouvoir détecter des besoins, comprendre les objectifs de vie et, en concertation, adapter le traitement et l'accompagnement aux objectifs globaux de la personne.

---

Comment renforcer les compétences en santé dans la première ligne, tant au niveau des professionnels que des personnes ayant besoin de soins et de soutien et du pouvoir politique ? Telle était la question de l'appel à projets que le Fonds Dr Daniël De Coninck, géré par la Fondation Roi Baudouin, a lancé en 2019. On était encore à une époque 'pré-Covid'. La pandémie a fait ressentir encore plus vivement la nécessité de la littératie en santé et a aussi eu des conséquences sur la mise en œuvre des projets sélectionnés : elle a engendré des problèmes pratiques, mais aussi des solutions créatives. Le Fonds avait déjà publié précédemment une étude exploratoire de dix pratiques étrangères innovantes de promotion de la littératie en santé <sup>1</sup>. Ce matériel a servi de source d'inspiration aux 24 initiatives soutenues en Wallonie, à Bruxelles et en Flandre.

Un réseau d'apprentissage regroupant les projets sélectionnés a généré un grand nombre de constats et d'éléments de compréhension issus de la pratique. Le présent rapport vous en dira plus à ce sujet. Pour ceux qui visent une première ligne inclusive et qui s'adressent à des personnes ayant des niveaux très différents de littératie en santé, ces éléments constituent un fil directeur pour améliorer l'efficacité de leurs interventions.

Il s'agit à présent de passer du stade de projets temporaires à celui d'un ancrage durable de l'enjeu de la littératie en santé auprès des soignants et aidants professionnels, des organisations et des usagers. C'est un défi, mais qui possède un grand potentiel pour contribuer à influencer positivement et en profondeur les soins de santé. Le pouvoir politique en est lui aussi de plus en plus conscient.

Nous vous souhaitons une lecture inspirante et espérons qu'elle produira une foule de nouvelles compétences !

*Patricia Adriaens, présidente du Fonds Dr Daniël De Coninck*

<sup>1</sup> Renforcer la littératie en santé. Les enseignements de dix pratiques étrangères innovantes. FRB, 2018: <https://www.kbs-frb.be/fr/Activities/Publications/2018/20181112PP>



---

## RÉSUMÉ

Ces dernières années, la 'littératie – ou les compétences – en santé' (la traduction courante de l'expression anglaise *health literacy*) suscite un intérêt croissant dans le secteur des soins de santé. Ce concept a aussi pris un sens plus large, qui va bien au-delà de la communication et de l'éducation. Selon une définition récente et souvent utilisée, la 'littératie en santé' comprend 'la connaissance, la motivation et la capacité de personnes permettant d'avoir accès à des informations sur la santé, de les comprendre, de les évaluer et de les appliquer en vue de prendre des décisions touchant aux soins de santé, à la prévention de maladies et à la promotion de la santé ainsi que de conserver ou d'améliorer la qualité de la vie'.

Cet intérêt est nécessaire : d'après de récentes recherches internationales, plus d'un tiers de la population – et les chiffres pour la Belgique sont du même ordre – possèdent de (trop) faibles compétences en santé et, de plus, certaines catégories sont particulièrement vulnérables. De plus en plus d'éléments indiquent également que ces compétences limitées en santé sont liées à des comportements moins favorables à une bonne santé, à une moins bonne compréhension de la maladie, à une moins bonne manière de se soigner, à une plus faible participation aux dépistages et aux vaccinations et à un moins grand usage d'autres services préventifs. La question figure donc de plus en plus souvent à l'agenda politique, national et international, d'autant plus qu'elle s'inscrit dans deux évolutions plus larges : la tendance à des soins plus relationnels, en dialogue, et la disponibilité extrêmement étendue d'informations sur la santé.

On peut parler d'un changement de paradigme : on passe d'un modèle de déficit individuel à un modèle systémique. L'accent est davantage mis sur l'adéquation entre les compétences des individus et les exigences du système de soin. S'attaquer à la littératie en santé devient ainsi une responsabilité partagée entre des individus et des organisations actives dans le domaine de la santé. Celles-ci sont aussi plus ou moins 'sensibles à la littératie en santé' (*health literate organisations*). Aident-elles les gens à trouver, à comprendre et à utiliser des informations et des services afin de pouvoir mieux prendre en charge leur santé ?

Dans notre pays aussi, on s'intéresse au thème de la littératie en santé et un grand nombre d'acteurs (surtout de première ligne) acquièrent plus d'expertise au niveau local, régional, communautaire et fédéral. C'est à cette évolution qu'a répondu l'appel à projets lancé en 2019 par le Fonds Dr Daniël De Coninck : comment renforcer la littératie en santé dans la première ligne ? Les 24 initiatives sélectionnées se sont forgé une expérience de terrain inspirante. Leur action a coïncidé dans une large mesure avec la pandémie de coronavirus, ce qui a engendré d'inévitables restrictions mais a aussi débouché sur de nouvelles solutions créatives. De plus, la santé – et notamment la première ligne – est devenue une préoccupation majeure de la société, avec des opportunités nouvelles à la clé.

---

Cet appel à projets a livré d'importantes conclusions dans trois domaines de la pratique :

- **Permettre à chacun d'apprendre** : le renforcement des compétences en santé suppose un processus d'apprentissage. On a besoin d'un modèle d'intervention holistique, qui connecte un groupe varié de personnes (vulnérables) ayant besoin de soins et de soutien avec le système de soin et d'aide sociale. Il s'agit avant tout d'un apprentissage mutuel, entre organisations de première ligne, demandeurs de soins et professionnels de la santé, de la vie locale et de l'aide sociale.
- **Cartographier le paysage de l'offre et des besoins** : ce paysage évolue, ce qui nécessite des outils dynamiques pour aider les gens, y compris des publics 'oubliés', à s'y retrouver. C'est la phase qui précède la rencontre entre le besoin et l'offre.
- **Approfondir les contacts dans la pratique quotidienne** : il est utile d'approfondir, mais aussi d'élargir, de fluidifier, de simplifier, de diversifier et de nuancer l'interaction et la rencontre entre des demandeurs de soins et des professionnels (santé, aide sociale), un élément clé. Autrement dit, tout cela doit être repensé.

Les étapes suivantes consisteront à inscrire la littératie en santé dans les organisations, en passant des projets au cœur de l'organisation : mission, vision, fonctionnement général. Cette pérennisation suppose d'autres relations, ouvertes à la littératie en santé, entre les professionnels et les usagers, et donc aussi de nouvelles compétences (au niveau de la langue, des actions, du vécu). Ce changement se fait par définition en co-création : avec des usagers, mais aussi avec d'autres organisations. La collaboration peut être un atout pour renforcer cette évolution.

Le renforcement de la littératie en santé est un défi qui a un grand potentiel. La première ligne peut donner l'exemple, mais le monde associatif a aussi un rôle à jouer. Et le passage d'une éthique technique à une éthique relationnelle dans les soins exige un processus continu de gestion du changement. Le pouvoir politique doit fournir un soutien aux différents niveaux. Une question aiguë qui se pose est de savoir comment créer les conditions financières pour cela, dans un système où la performance est un concept central. En tout cas, le mouvement vers davantage de co-création dans la santé et le bien-être rejoint des tendances majeures de la société dans beaucoup d'autres domaines.

---

## SAMENVATTING

‘Gezondheidsvaardigheden’ (de courante vertaling van het Engelse *health literacy*) krijgt de afgelopen jaren toenemende aandacht binnen de gezondheidszorg. Het begrip is ook verruimd: het gaat om veel meer dan communicatie en educatie. Een veelgebruikte recente definitie omschrijft ‘gezondheidsvaardigheden’ als ‘de kennis, motivatie en het vermogen van mensen om toegang te krijgen tot gezondheidsinformatie, die te begrijpen, te beoordelen en toe te passen. Doel is het nemen van beslissingen inzake gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering, en het op peil houden of verbeteren van de levenskwaliteit.’

De aandacht is nodig: volgens recent internationaal onderzoek heeft meer dan een derde van de bevolking – cijfers voor België gaan in dezelfde richting – (te) lage gezondheidsvaardigheden en zijn er bovendien extra kwetsbare groepen. Er bestaat ook steeds meer evidentie dat beperkte gezondheidsvaardigheden verband houden met minder gezondheidsbevorderend gedrag, ziekte-inzicht en zelfzorg, een lagere deelname aan screening en vaccinatie, en minder gebruik van andere preventieve diensten. De kwestie staat dan ook op steeds meer internationale en nationale beleidsagenda’s. Dat kadert bovendien in twee ruimere ontwikkelingen: de tendens naar een meer relationele zorg-in-dialoog en de bijzonder ruime beschikbaarheid van informatie over gezondheid.

Er is sprake van een paradigmashift: van een individueel deficit-model gaan we naar een systemisch model. De nadruk komt meer te liggen op de *match* tussen vaardigheden van individuen en de eisen van het zorgsysteem. Dat maakt van de aanpak van gezondheidsvaardigheden een gedeelde verantwoordelijkheid van individuen en organisaties in de gezondheidszorg: ook die laatste zijn minder of meer gezondheidsvaardig (*health literate organisation*). Maken ze het mensen makkelijk om informatie en diensten te vinden, begrijpen en gebruiken, om zo beter voor hun gezondheid te kunnen zorgen?

Ook in ons land staat het thema gezondheidsvaardigheden inmiddels op de kaart en neemt de expertise bij heel wat actoren (met name in de eerste lijn) toe: lokaal, regionaal, op gemeenschaps- en federaal niveau. Daar sloot de projectoproep van het Fonds dr. Daniël De Coninck uit 2019 op aan: hoe kunnen we gezondheidsvaardigheden in de eerste lijn versterken? De 24 geselecteerde initiatieven deden inspirerende terreinveraring op. Hun werk viel grotendeels samen met de coronapandemie, wat voor de nodige beperkingen zorgde, maar ook tot nieuwe creatieve oplossingen leidde. Bovendien kwam gezondheid – met name ook de eerste lijn – hoog op de maatschappelijke agenda te staan, met nieuwe kansen.



---

Op drie praktijkvelden zijn dit belangrijke ervaringsbevindingen uit deze projectoproep:

- **Laat iedereen leren:** versterking van gezondheidsvaardigheden veronderstelt een leerproces. Er is nood aan een holistisch interventiemodel, dat een mix van (kwetsbare) personen met zorg- en ondersteuningsnoden koppelt aan het zorg- en welzijnssysteem. Leren van elkaar staat voorop: eerstelijnsorganisaties, personen met zorgnoden, gezondheids-, gemeenschaps- en welzijnswerkers.
- **Breng het landschap van behoeften en het aanbod in kaart:** dat landschap evolueert, waardoor er nood is aan dynamische hulpmiddelen om mensen hun weg te laten vinden, ook 'vergeten' doelgroepen. Dit is de fase vóór behoefte en aanbod elkaar vinden.
- **Verdiep het contact in de dagelijkse praktijk:** de interactie en ontmoeting van mensen met een zorgnood en professionals (gezondheid, welzijn), een centraal element in de zorg, is gebaat bij verdieping, maar ook verbreding, stroomlijning, versimpeling, diversificatie en nuance. Kortom, herdenken dient zich aan.

In de volgende stappen wordt het zaak gezondheidsvaardigheden in te bedden in organisaties: van projecten evolueren we naar het hart van de organisatie: missie, visie, algehele werking. Die verduurzaming veronderstelt andere, gezondheidsvaardige relaties tussen professionals en gebruikers, en dus ook nieuwe vaardigheden (in taal, acties, beleving). De verandering gebeurt per definitie in cocreatie: met gebruikers, maar ook met andere organisaties. Samenwerking kan in deze ontwikkeling een versterkende troef zijn.

Het versterken van gezondheidsvaardigheden is een uitdaging met veel potentieel. De eerste lijn kan het voorbeeld geven, maar ook het maatschappelijk middenveld heeft een rol te spelen. En de verschuiving van een technisch naar een relationeel ethos in de zorg vergt een proces van volgehouden veranderingsmanagement. Ondersteuning moet dan weer komen van het beleid op de diverse niveaus. Een prangende vraag daarbij is hoe hiervoor de financiële randvoorwaarden gecreëerd kunnen worden, in een systeem waarin performantie een centraal begrip is. In elk geval: de beweging naar meer cocreatie in gezondheid en welzijn spoort met belangrijke maatschappelijke tendensen in veel andere domeinen.

---

## SUMMARY

'Health literacy' has been receiving more attention in health care in recent years. The scope of this concept has also become broader: it means much more than just communication and education. One widely used recent definition describes 'health skills' as 'people's knowledge, motivation and competencies in accessing, understanding, appraising and applying health-related information. The aim is to make informed choices on health care, disease prevention and health promotion, and to maintain or improve quality of life.'

This area does require attention: recent international research has shown that more than a third of the population - the figures for Belgium are quite similar - have low and inadequate levels of health skills, while certain groups are also even more vulnerable. There is also growing evidence that limited health skills are related to behaviours that are less conducive to health, reduced insight into disease and self-care, lower participation in screening and vaccination, and less use of other preventive services. This issue is therefore appearing on more and more policy agendas, both within Belgium and internationally. This is taking place in the context of two wider developments: the trend towards a more relational form of care-in-dialogue and the very extensive availability of information about health.

A paradigm shift is taking place: we are moving away from an individual deficit model and towards a systemic model. Increasingly the emphasis is on the match between individuals' skills and the demands of the health care system. This means that the approach to health skills is becoming a shared responsibility for individuals and organisations in health care: the extent to which these are *health literate organisations* also varies according to the health skills available. Do they make it easy for people to find, understand and use information and services so that they can take better care of their own health?

The issue of health skills is now firmly on the agenda in Belgium and many actors are acquiring more expertise (particularly in primary care). This process is taking place at the local, regional, community and federal levels. The 2019 call for projects from the Dr Daniël De Coninck Fund posed the related question: how can we strengthen health skills in primary care? The 24 inspiring initiatives that were selected have been gaining experiences on the front line. Their work has largely coincided with the Covid pandemic, which has imposed certain limitations but has also led to some new and creative solutions. What is more, health and in particular primary care has become a higher priority on the social agenda, which has in turn created new opportunities.

---

The experience that has been gained thanks to this call for projects is significant in three areas of practice:

- **Everyone is learning:** strengthening health skills presupposes a learning process. A holistic model of intervention is needed, to connect a mix of (vulnerable) people with care and support needs to the health care and welfare system. Learning from each other is the key, for primary care organisations, people with care needs and workers in health care, community care and welfare.
- **The landscape is being mapped in terms of needs and the available offers:** it is a changing landscape, so there is a need for dynamic tools to help people, including 'forgotten' target groups, to find their way around it. This stage takes place before the needs and the offer come together.
- **Contacts are being deepened in everyday practice:** interactions and meetings between people with care needs and professionals (in both health and welfare) are a key element of care. All such interactions benefit from being deeper, wider, more streamlined, simpler, more diverse and more nuanced. In a nutshell, this whole area needs rethinking.

The next step will involve embedding health skills within organisations: moving from projects towards addressing the core of the organisation: its mission, vision and general way of working. Creating sustainability in this way will require different relationships between professionals and users in order to promote health. This in turn will require new skills (in terms of language, action and experience). Change must, by definition, be co-created: users and other organisations must all be involved. Working together can play a part in reinforcing this process.

Improving health skills is a challenge that offers considerable potential. Primary care can offer examples, but civil society has to play a part as well. The shift away from a technical approach and towards a relational ethos in care will also require sustained change management. Support from policymakers will be needed on many different levels. One pressing question is how the financial resources needed for this can be made available in a system where performance is the guiding concept. What is certain is that the movement towards greater co-creation in both health and welfare is in line with major societal trends that are taking place in many other areas.





---

# I. LA LITTÉRATIE EN SANTÉ AU NIVEAU INTERNATIONAL ET EN BELGIQUE : UNE ESQUISSE DE LA SITUATION



L'intérêt pour la 'littératie en santé' ou les 'compétences en santé' s'est fortement accru ces dernières années dans le secteur des soins de santé. D'après Pub Med, l'utilisation de 'health literacy' comme terme de recherche donne plus de 2000 articles rien que pour l'année 2020, une hausse de 23% par rapport à l'année précédente. Ce regain d'intérêt est quelque peu curieux pour un concept qui, en soi, n'est pas vraiment neuf. Dès les années 1980, on s'est rendu compte que de nombreux patients ne comprenaient pas bien les explications et les recommandations des soignants et que ceux qui avaient moins de 'compétences' pour comprendre les soignants connaissaient souvent de graves problèmes (OMS, 2004; Parker, 2004; Davis & Wolk, 2004). Ces faibles compétences en santé ont été entre autres mises en rapport avec une manière moins adéquate de se soigner, davantage de complications en cas de maladies chroniques, un plus grand nombre de (ré)hospitalisations et de moins bons pronostics (Berkman et al., 2011).

Pour répondre à ces problèmes de communication, cela fait un certain temps déjà que l'on accorde une attention à l'apprentissage de compétences communicationnelles dans la formation des médecins et d'autres professionnels de la santé (Kripalani & Weiss, 2006). Mais, en dépit de ce souci d'améliorer la communication entre soignants et patients, le problème de la faible littératie en santé n'a pas diminué. Au contraire, de récentes recherches internationales ont démontré que, dans le monde entier, plus d'un tiers de la population a du mal à trouver, comprendre, évaluer et appliquer des informations nécessaires pour prendre des décisions touchant à la santé (Duong et al., 2017; Sørensen et al., 2015). Les chiffres pour la Belgique se situent dans le même ordre de grandeur (Vancorenland et al., 2014; Charafeddine et al., 2018). Le problème des faibles compétences en santé ne concerne donc pas qu'une petite minorité de personnes, mais une grande partie de la population. Il est dès lors nécessaire d'investir pour promouvoir la littératie en santé et pour rendre plus accessibles les informations sur la santé pour les personnes qui possèdent moins de compétences.

## GÉRER LES INFORMATIONS RELATIVES À LA SANTÉ

La reconnaissance croissante de l'intérêt de la littératie en santé dans les soins de santé s'inscrit dans deux évolutions importantes. Il y a tout d'abord la tendance à impliquer davantage le patient dans les décisions médicales. Les choix concernant la maladie et les possibilités de traitement se prennent de plus en plus souvent en concertation entre le médecin, le patient et la famille. Cela donne la possibilité aux patients et à leurs proches de mettre le traitement en concordance avec leurs valeurs et préférences personnelles. Mais, la co-décision suppose aussi que les patients et les proches soient suffisamment informés du problème de santé, des avantages et des risques des traitements possibles et de la manière dont fonctionne le système de soins de santé. Ces connaissances ne doivent pas forcément être 'prêtes à l'emploi'. Cependant, il faut disposer des compétences pour obtenir les bonnes informations au moment où on en a besoin, pour les comprendre, et pour en faire un usage adéquat lorsque l'on prend des décisions touchant à la santé.



Une deuxième évolution est l'omniprésence des informations relatives à la santé. Alors qu'auparavant les connaissances spécifiques concernant la santé et le traitement des problèmes de santé étaient concentrées au niveau des médecins et des professions paramédicales, l'avènement d'internet, des médias de masse et des réseaux sociaux a eu pour effet qu'elles sont aujourd'hui mises à la disposition de tous. Pour les jeunes et les jeunes



adultes en particulier, ce n'est plus le médecin (de famille) qui constitue la principale source d'informations sur la santé, mais internet (Avalosse et al., 2017). Si cette évolution permet une plus grande émancipation des patients, elle a aussi un revers : un excès d'information peut être un facteur de confusion. De plus, toutes les informations disponibles n'ont pas la même utilité ou fiabilité. Alors que trouver des informations sur la santé est donc devenu de moins en moins un problème, le défi consiste à déterminer si ces informations sont fiables et comment les interpréter. Pour qu'une information soit utile, il faut en effet qu'elle soit correctement comprise, acceptée et appliquée. C'est précisément à ce niveau-là que les compétences en santé jouent un rôle et que leur renforcement peut apporter une plus-value.

## DE LARGES COMPÉTENCES EN SANTÉ

Le concept de littératie en santé désignait initialement la capacité des patients à comprendre des informations verbales et chiffrées dans un cadre médical. Mais, sa signification s'est largement étendue au fil des ans. Outre le lien démontré plus haut entre une faible littératie en santé et une compréhension limitée de la maladie, un moins bon respect de la thérapie, une prise en charge moins adéquate de sa propre santé et de moins bons résultats des traitements, de plus en plus d'études ont prouvé, ces dernières années, qu'elle était aussi liée à des comportements moins favorables à une bonne santé, à une plus faible participation aux dépistages et aux vaccinations et à un moins grand usage des autres services préventifs (Scott et al., 2002; Van den Broucke, 2014). En dehors du contexte médical proprement dit, la littératie en santé est dès lors de plus en plus appliquée dans les soins préventifs et la promotion de la santé (Nutbeam, 2000, 2008). En même temps, la signification du concept s'étend peu à peu à des compétences plus complexes, comme lire et réagir à des informations écrites, communiquer au sujet de ses besoins et de ses incertitudes avec des soignants professionnels et comprendre des instructions concernant la santé.



On retrouve cette signification large dans la définition de la *health literacy* proposée par Sørensen e.a. (2012) et reprise par d'autres auteurs de renom (Kickbush et al., 2013; Nutbeam & Muscat, 2021). Selon cette définition, la littératie en santé désigne *la connaissance, la motivation et la capacité de personnes permettant d'avoir accès à des informations sur la santé, de les comprendre, de les évaluer et de les appliquer en vue de prendre des décisions touchant aux soins de santé, à la prévention de maladies et à la promotion de la santé ainsi que de conserver ou d'améliorer la qualité de la vie*. La littératie en santé englobe donc davantage que des compétences de lecture et d'écriture, la capacité à consulter des sites internet, de lire des instructions ou de suivre des règles prescrites. Elle désigne un concept plus large qui comprend les compétences cognitives, critiques et communicatives nécessaires pour répondre aux exigences complexes de la société moderne concernant la maladie, la santé et les risques de maladie. Dans notre actuelle société de l'information, elle implique surtout la capacité à évaluer de manière critique des informations et des moyens pour pouvoir interagir et exprimer des besoins personnels et sociaux en vue de promouvoir la santé.

## MESURER LES COMPÉTENCES EN SANTÉ

La large signification des compétences en santé se reflète aussi dans les tentatives destinées à mesurer ce concept. Le *Health Literacy Tool Shed*, un répertoire d'instruments de mesure de la littératie en santé, contient plus de 200 outils documentés sous

la forme de tests, de questionnaires et d'échelles d'observation. La plupart d'entre eux sont destinés à être utilisés auprès de groupes cibles spécifiques dans des contextes cliniques et se limitent souvent aux compétences fonctionnelles. Mais, on dispose aussi d'un certain nombre d'outils qui permettent une opérationnalisation plus large des compétences en santé.

L'un d'entre eux est le questionnaire mis au point pour la *European Health Literacy Survey* (HLS-EU). Ses 47 questions sont basées sur le modèle conceptuel de Sørensen e.a. (2012). Dans une première phase, le questionnaire a été validé sur un échantillon de citoyens de huit pays européens avant d'être abondamment reproduit (Pelikan et al., 2019).

Des recherches utilisant ce questionnaire ou des dérivés de celui-ci ont été menées entre autres en Allemagne, en Autriche, en Belgique, en Bulgarie, au Danemark, en France, en Grèce, en Hongrie, en Irlande, en Italie, à Malte, en Norvège, aux Pays-Bas, en Pologne, au Portugal, en République tchèque, en Roumanie et en Suisse ainsi que, en dehors de l'Europe, en Birmanie, en Inde, en Indonésie, en Israël, au Japon, au Kazakhstan, en Malaisie, à Taiwan et au Vietnam. Entre-temps, des versions validées plus brèves du questionnaire sont aussi disponibles et on travaille à une variante plus détaillée qui, en plus des compétences générales en santé, mesure aussi des aspects spécifiques comme les compétences communicatives, numériques et relatives à la vaccination (Dietscher et al., 2019).

Grâce à des recherches utilisant ces outils, nous pouvons comparer des données concernant la littératie en santé pour différents pays. Même si les chiffres présentent des écarts considérables d'un pays à l'autre, il s'avère globalement que près d'un répondant sur deux possède des compétences limitées en santé et au moins un sur dix des compétences insuffisantes (Duong et al., 2017; Sørensen et al., 2015). D'autre part, des sous-groupes plus vulnérables sur ce plan-là ont également pu être identifiés, comme les personnes avec un faible statut social, un faible niveau de qualification ou plus âgées. Un constat intéressant est que



les compétences en santé peuvent jouer un rôle important de médiation pour les différences d'état de santé (Stormacq et al., 2019; Nutbeam & Lloyd, 2020).

## DES COMPÉTENCES EN FONCTION DES EXIGENCES DU MILIEU

Alors que de précédentes recherches sur la littératie en santé s'intéressaient surtout aux compétences des patients pour comprendre les professionnels de la santé, des études plus récentes mettent davantage l'accent sur l'adéquation entre les compétences des individus et les exigences du système de soins concernant les informations nécessaires. Cela constitue un important changement de paradigme, avec le passage d'un modèle de 'déficit' individuel à un modèle systémique. En effet, le degré d'insuffisance des compétences en santé n'est pas seulement déterminé par des caractéristiques individuelles, mais aussi par la manière dont le système de santé est organisé et dont les informations sur la santé sont fournies et communiquées. Il est un fait qu'un système de santé complexe implique que les usagers doivent disposer de davantage de compétences pour pouvoir l'utiliser.

Ce changement de paradigme a d'importantes répercussions sur la manière dont on peut s'attaquer au problème des faibles compétences en santé. Dans un modèle de déficit, on cherche surtout à renforcer les compétences d'individus (patients ou citoyens) par l'éducation. En revanche, dans une vision systémique, cela devient une responsabilité partagée des individus et des organisations dans le secteur des soins de santé. Ceci se manifeste clairement dans le concept de *'health literate organisation'* : une organisation est considérée comme 'sensible à la littératie en santé' lorsqu'elle facilite pour son public l'accès, la compréhension et l'utilisation d'informations et de services de façon à pouvoir mieux prendre sa santé en charge (Brach et al, 2012). Outre les capacités individuelles, les exigences et la complexité des systèmes de santé et d'aide sociale importent donc également.

Brach et ses collègues citent concrètement dix critères auxquels doit satisfaire une *'health literate organisation'* : (1) un management pour lequel la littératie en santé fait partie intégrante de la mission, la structure et les activités de l'organisation; (2) l'intégration de la littératie en santé dans la planification, l'évaluation, la sécurité des usagers et l'amélioration de la qualité; (3) la préparation du personnel à la littératie en santé et le suivi de son évolution; (4) l'implication de publics cibles dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de services d'information sur la santé et sur des sujets apparentés; (5) la réponse aux besoins de publics cibles avec une échelle de compétences en santé, sans stigmatisation; (6) l'utilisation de stratégies qui tiennent compte des compétences en santé dans la communication interpersonnelle et le contrôle de la bonne compréhension de la communication lors de tous les moments de contact; (7) un accès aisé à des informations sur la santé et une aide à la navigation; (8) un contenu aisément compréhensible des médias imprimés et audiovisuels et des réseaux sociaux; (9) une attention accordée aux compétences en santé dans des situations de risque, y compris de transfert de soins et d'informations sur les médicaments; (10) une communication claire sur ce que couvre l'assurance maladie et sur les services payants. Des



check-lists ont été mises au point pour vérifier ces critères (Thomacos en Zazryn, 2013). D'autres auteurs (par exemple Dietscher et al, 2015) ont créé d'autres modèles, plus complexes, d'organisations sensibles à la littératie en santé.

## INTÉRÊT POLITIQUE ET SOCIÉTAL

Les personnes qui ont de faibles compétences en santé rencontrent des problèmes dans leurs contacts avec les soins de santé, présentent des comportements moins sains, recourent moins à la prévention, sont moins en mesure de prendre soin d'elles-mêmes et font un usage moins adéquat des possibilités de soins. Il n'est donc pas étonnant que les compétences en santé soient de plus en plus reconnues comme un facteur critique. Dans plusieurs pays, le pouvoir politique admet que de faibles compétences en santé constituent un problème pour la santé publique et propose des stratégies et des mesures pour s'attaquer à ce problème.

Au niveau international, les Nations Unies incitent à mener des actions concernant la littératie en santé en mentionnant celle-ci dans ses 'Objectifs de Développement durable'. L'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît aussi les compétences en

santé comme un déterminant de la santé et leur donne une place importante dans la Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans l'Agenda 2030 du Développement durable (OMS, 2017). Celui-ci appelle les autorités nationales à (1) élaborer, mener et évaluer des stratégies nationales et locales intersectorielles afin d'améliorer les compétences en santé dans toutes les catégories de la population et tous les milieux d'enseignement; (2) accroître le contrôle des citoyens sur leur propre santé et les déterminants de celle-ci en exploitant le potentiel de la technologie numérique; (3) veiller à ce que le monde de la consommation favorise des choix sains par une politique de prix, une information transparente et un étiquetage clair. La littératie en santé est aussi explicitement mentionnée dans les programmes sanitaires *Health for Growth* (2014-20) et *EU4Health* (2021-2027) de l'Union européenne (Commission européenne, 2021). Ces actions montrent clairement qu'il y a une dynamique pour élaborer une politique en matière de littératie en santé. Un nombre croissant de pays s'attellent d'ailleurs à définir une telle politique nationale (Rowlands et al., 2018).

Comme la littératie en santé n'est pas seulement une préoccupation du secteur de la santé mais exige une action intégrée d'autres acteurs de la vie sociale, du monde politique et du secteur privé, la collaboration entre des organisations au niveau local, national et international ouvre des possibilités pour unir ses forces. Ces exemples de collaboration nationale sont de plus en plus fréquents. Ainsi, aux Pays-Bas, la *Nationale Alliantie voor Gezondheidsvaardigheden*, fondée en 2010, réunit plus de soixante organisations, dont des associations de patients et de soignants, des établissements de soins, des assureurs, des institutions académiques et des entreprises. Elles collaborent à un agenda commun de partage de connaissances et d'expériences sur l'intégration des compétences en santé dans les activités des établissements de soins et à la planification d'actions communes. De manière similaire, la *Multi-stakeholder Collaboration*, en Irlande, réunit la National Adult Literacy Agency, le ministère de la Santé publique, le Health Service Executive, plusieurs départements universitaires et l'entreprise pharmaceutique MSD



pour travailler aux compétences en santé. Au niveau international, *Health Literacy Europe* et le *Global Working Group on Health Literacy* de l'Union Internationale pour la Promotion et l'Éducation à la Santé (UIPES) rassemblent des chercheurs et des praticiens de différents pays et disciplines pour échanger des connaissances sur la littératie en santé et les moyens de s'attaquer à ce problème.

## ÉVOLUTIONS EN BELGIQUE

La Belgique n'a pas participé à l'*European Health Literacy Survey* (HLS-EU) de 2012. Il n'est donc pas possible de faire des comparaisons directes entre notre pays et d'autres pays européens en ce qui concerne le niveau de littératie en santé dans la population. Néanmoins, ce sera bientôt possible grâce à la participation belge à HL19, une nouvelle étude pan-européenne sur les compétences en santé réalisée par le réseau M-POHL, sous les auspices de la *Health Information Initiative* (EHII) de l'Organisation Mondiale de la Santé. En attendant, des données ponctuelles sur la littératie en santé en Belgique ont déjà pu être recoltées. Une étude en ligne, menée en 2014, sur près de 10.000 membres des Mutualités chrétiennes, en collaboration avec l'UCLouvain, a ainsi montré que trois Belges interrogés sur dix (29,7%) possèdent des compétences limitées en santé et qu'un peu plus d'un Belge interrogé sur dix (11,6%) a des compétences insuffisantes (Vancorenland, 2014).





Ces scores se situent dans le même ordre de grandeur que pour la plupart des autres pays européens. Ils sont en grande partie confirmés par les résultats de la plus récente enquête nationale sur la santé faite par Sciensano (HIS 2018; Charafeddine et al., 2018), à quelques différences près, comme le meilleur score des hommes comparativement aux femmes et le pourcentage un peu plus élevé de personnes ayant des compétences suffisantes en santé.

En ce qui concerne la réponse aux faibles niveaux de littératie en santé, une analyse effectuée à la demande de la Commission européenne (HEALIT4EU; Heijmans et al., 2015) a suggéré que ce concept était peu connu en Belgique, qu'aucune politique nationale n'avait été développée dans ce domaine et qu'en dehors de quelques mentions anecdotiques dans des documents stratégiques des autorités flamandes, il n'y avait pas non plus de plans concrets ou d'intentions politiques pour s'y atteler dans un avenir proche. Mais cet instantané, basé sur des documents officiels, était trop pessimiste et ne tenait pas compte de l'évolution en cours sur le terrain, où il y a une prise de conscience de l'enjeu de la littératie en santé.

Ces dernières années, des démarches importantes ont été entreprises au niveau politique et institutionnel. L'accord fédéral de gouvernement du 9 octobre 2014 contenait ainsi un paragraphe selon lequel : 'les initiatives qui encouragent la prise en charge et la gestion par soi-même sont stimulées.

Dans cette optique, une attention particulière sera accordée à la promotion des connaissances en matière de santé auprès de la population, à une meilleure formation des dispensateurs de soins, pour ce qui concerne l'encouragement de la prise en charge personnelle et à une autogestion de la santé, et à la mise à disposition du patient d'informations accessibles à tous. Le patient doit disposer d'une information sur la qualité et le prix des soins, qui sera disponible par le biais d'une plateforme accessible'. Ce souhait a été renforcé et concrétisé dans un rapport de conseil stratégique du Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (Rondia et al., 2019). Ce rapport compare les projets politiques d'une demi-douzaine de pays, sur la base d'une analyse de documents et d'informations données par des figures clés. Il examine la meilleure manière de mettre sur pied un plan stratégique national sur la littératie en santé ainsi que les facteurs dont il faut tenir compte. Il indique que différentes approches sont possibles, de la plus conceptuelle à la plus pragmatique, et que le choix d'une approche concrète dépend beaucoup de facteurs contextuels, comme une réforme en préparation des soins de santé ou le fait de disposer ou non de centres d'expertise. Pour développer un plan stratégique solidement étayé en matière de littératie en santé, les décideurs politiques ont donc intérêt à tenir compte de la structure existante et de la nature du système de soins de santé, et à partir de la recherche de l'expertise présente, ce qu'on appelle les 'poches d'excellence'.

Cette expertise est bel et bien présente en Belgique. Bien qu'il n'y ait aucune instance publique qui soit chargée, en tant que telle, de promouvoir la littératie en santé, de très nombreux acteurs, notamment de première ligne, s'emploient à le faire. Ainsi, la Zone de première ligne de Gand met à disposition sur son site internet un ensemble d'outils et de méthodologies pour mieux adapter la communication des intervenants de première ligne aux personnes ayant de faibles compétences en santé et pour rendre plus accessibles les organisations d'aide ou de soins. La ville de Gand a également lancé une offre variée de formation pour aider les professionnels des soins et de l'aide sociale à mieux tenir compte de faibles

compétences en santé, aussi bien pour dispenser des soins que pour faire de la prévention et de la promotion de la santé. Dans la partie francophone du pays, l'asbl Cultures et Santé a développé une série de dossiers thématiques et d'outils pratiques pour lutter contre la faible littératie en santé, visant spécifiquement les personnes vivant dans des contextes où les inégalités sociales se font particulièrement sentir, parmi elles les personnes migrantes. Ces dossiers et outils, dont le guide d'animations *La littératie en Santé : d'un concept à la pratique* (Cultures et Santé, 2016) mérite une mention particulière, sont réalisés avec les populations concernées et avec les relais institutionnels de différents secteurs.

D'autre part, on peut aussi mentionner divers projets, comme *Heerlijk Helder in de Zorg* du centre d'expertise MEMORI de la Haute École Thomas More, *Oog voor gezondheidsvaardigheden* du Vlaams Instituut voor Gezond Leven, *Gezondheid en Wetenschap / Mon Généraliste.be* et *MondocMasanté / MijnhuisdokterMijngezondheid*. De leur côté, les différentes mutualités, qui jouent en Belgique un rôle



important de conseil aux patients et aux citoyens, considèrent la littératie en santé comme un élément essentiel et permanent de leur travail. Les actions qu'elles mènent peuvent être subdivisées en trois catégories : (1) fournir des informations sur la santé,

la promotion de la santé et les soins de santé de manière accessible pour le grand public et/ou pour certains groupes cibles spécifiques; (2) favoriser l'*empowerment* de leurs membres en leur proposant des moyens d'éducation à la santé (tout au long de la vie), des formations, des ateliers etc.; (3) simplifier leur propre système administratif, sensibiliser et former le personnel, et plaider au niveau fédéral pour un système plus convivial de soins de santé (par exemple en automatisant l'accès aux droits du patient).

Deux initiatives importantes ont contribué à inscrire la littératie en santé à l'agenda en Belgique : les *Well Done MSD Health Literacy Awards* et l'appel à projets du *Fonds Dr Daniël De Coninck*, géré par la Fondation Roi Baudouin, visant à renforcer les capacités de la première ligne dans le domaine de la littératie en santé. La première initiative est un concours organisé de 2013 à 2017, sous l'impulsion de la société pharmaceutique MSD, par un consortium d'organisations, dont les associations de médecins généralistes SSMG et Domus Medica, les associations de pharmaciens APB et Ophaco, l'association d'infirmiers AUVB, l'INAMI, plusieurs mutualités, l'Association cardiologique belge, la Fondation contre le Cancer, le syndicat de médecins BVAS/ABSYM et une organisation spécialisée dans la communication sur la santé. Le but était de sélectionner et de récompenser les initiatives les plus pertinentes, réalistes, innovantes et reproductibles en matière de littératie en santé en Belgique. En cinq ans, plus de 200 projets ont été introduits et évalués par un jury indépendant et trois lauréats ont été désignés chaque année : un pour les soins de première ligne, un pour les soins spécialisés et un pour les 'soins communautaires' (organismes publics, associations de patients et particuliers). En 2018, cette formule a été remplacée par l'initiative *HealthNest*, avec pratiquement les mêmes partenaires (plus Zorgnet-Icuro et Gezondheid & Wetenschap), mais dans le but d'identifier des projets prometteurs de littératie en santé, de les renforcer et de servir d'incubateur pour les mettre en œuvre.

De son côté, l'appel à projets du Fonds Dr Daniël De Coninck vise explicitement à développer et à





renforcer les compétences en santé dans la première ligne. Un appel en ce sens a été lancé en 2019 à des organisations du monde associatif, des entrepreneurs sociaux, des professionnels de la première ligne, des associations de patients, des organisations d'aidants proches, des zones de première ligne, des centres d'expertise et des pouvoirs publics qui souhaitent développer des projets innovants, en fonction des besoins de leur public cible, afin de promouvoir la littératie en santé. Il offrait pour cela un soutien financier qui pouvait varier de 15.000 à 50.000 € selon la nature de l'initiative. Ici aussi, les projets soutenus ont été sélectionnés par un jury indépendant, composé d'experts et d'experts du vécu, sur la base de critères de qualité prédéfinis. La sélection a également tenu compte de la diversité des initiatives, qui a été évaluée à l'aide d'un rapport préalable de la Fondation Roi Baudouin qui décrivait dix pratiques étrangères novatrices de renforcement de la littératie en santé de patients, de citoyens et de professionnels (Vandenbroeck & Jenné, 2018).

## CONCLUSION

De faibles compétences en santé constituent un défi important pour les soins de santé. La recherche d'une réponse à ce défi est une responsabilité partagée. Différents acteurs dans la société peuvent combiner et intégrer des actions afin d'améliorer les compétences en santé de la population, de permettre une meilleure communication sur la santé et ses déterminants, de créer une offre de soins de santé

qui ne pose pas d'exigences excessives en termes de compétences en santé et de donner aux gens la capacité de prendre des décisions touchant à leur santé dans le contexte de leur vie quotidienne : chez eux, dans leur communauté, au travail, dans le système de santé, dans le système d'enseignement, dans les médias traditionnels et sur les réseaux sociaux.

Les soins de première ligne peuvent donner le bon exemple en encourageant et en aidant les professionnels de la santé et de l'aide sociale à identifier de faibles niveaux de littératie en santé chez des citoyens et des patients et à adapter leur communication. D'autre part, le monde associatif a lui aussi un rôle important à jouer. Les associations de patients et les organisations qui travaillent avec des personnes âgées ou des publics défavorisés peuvent toutes contribuer à informer les gens sur les questions de santé, à les aider à mieux comprendre et à évaluer de manière critique les informations dans ce domaine et à prendre des décisions en connaissance de cause. Ce processus peut être renforcé en faisant de la littératie en santé un thème central dans la politique de santé, la politique éducative et la politique sociale au niveau local, national et international.

On ne pourra pas parvenir à cela sans une capacité suffisante. Diverses stratégies peuvent être utilisées pour accroître cette capacité. Le choix de la meilleure stratégie dépend du contexte spécifique. Mais, quelle que soit la stratégie suivie, il est important de rester fidèle aux principes de développement de la capacité, comme de respecter et de valoriser les capacités existantes, de répondre au contexte économique, organisationnel et culturel environnant, de faire une planification rigoureuse et de recourir à une combinaison de stratégies pour initier des changements au niveau des individus, des groupes, des organisations et des communautés.







---

## II. ENSEIGNEMENTS TIRÉS DU RÉSEAU D'APPRENTISSAGE DES 24 INITIATIVES DE RENFORCEMENT DE LA LITTÉRATIE EN SANTÉ DANS LA PREMIÈRE LIGNE

## 1. CONTEXTE

Le Fonds Dr Daniël De Coninck a fait du renforcement de la littératie en santé dans la première ligne l'un des fers de lance de sa stratégie. En 2018, le Fonds a publié une étude exploratoire qui a identifié dix initiatives étrangères novatrices<sup>2</sup>. En même temps, cette étude a fourni un cadre pour lancer un appel à projets destiné à des organisations du monde associatif, des entrepreneurs sociaux, des professionnels de la première ligne, des associations de patients, des organisations d'aidants proches, des zones de première ligne, des centres d'expertise et des pouvoirs publics.

Vingt-quatre projets ont finalement été sélectionnés, treize en Flandre et onze en Wallonie ou à Bruxelles. Ils ont pu compter sur un financement du Fonds pendant deux ans tandis que les initiateurs participaient à un réseau d'apprentissage visant à favoriser les échanges d'expériences et l'exploration de connaissances nouvelles. Ce chapitre résume les enseignements de ce parcours commun.

Le spectre de la pandémie de covid-19 a bien sûr hanté tout le déroulement de ces projets. Dans presque tous les cas, les mesures sanitaires ont occasionné de grands soucis aux initiateurs. Il est réjouissant de constater qu'ils ne se sont pas laissés décourager pour autant.

## 2. CONSEILS

Dans cette section, nous dégagons les expériences et les enseignements tirés de l'ensemble du champ des initiatives. Nous les appelons des 'conseils', autrement dit des principes pouvant servir de lignes directrices dans la pratique d'amélioration des compétences en santé. Ces principes ne sont pas exhaustifs. Ils ne couvrent pas tout le terrain des interventions visant à renforcer la littératie en santé, mais reflètent la portée et la composition de l'échantillon des initiatives soutenues.

Nous les regroupons en trois catégories :

- > **Permettre à chacun d'apprendre : ceci concerne la nature du processus d'apprentissage qui permet de renforcer les compétences en santé.**
- > **Cartographier le paysage de l'offre et des besoins : conseils portant sur un premier moment clé dans le traitement d'informations relatives à la santé, avant que l'offre et les besoins se soient vraiment rencontrés.**
- > **Approfondir les contacts dans la pratique quotidienne : un deuxième moment clé dans le traitement d'informations relatives à la santé, lorsque l'offre et les besoins se sont rencontrés.**

Nous illustrons ces conseils en mettant en évidence des expériences pertinentes de certains projets spécifiques, mais sans pouvoir toujours évoquer les différents niveaux et toute l'ampleur de chaque initiative. C'est pourquoi nous conseillons de lire les descriptions plus détaillées des projets sur le site internet du Fonds Dr Daniël de Coninck<sup>3</sup>.

2 Renforcer la littératie en santé : tirer les leçons de dix pratiques étrangères innovantes <https://www.kbs-frb.be/nl/Activites/Publications/2018/20181112PP>

3 <https://www.fondsdanieldeconinck.be/initiative/competences-en-sante/?lang=fr>

---

## 2.1 PERMETTRE À CHACUN D'APPRENDRE

Dans la première partie de ce rapport, l'attention se porte sur le mouvement allant d'un modèle de 'déficit' individuel à un modèle systémique de renforcement de la littératie en santé. Ce ne sont pas seulement les compétences de citoyens ou de patients individuels qui sont en jeu. Le besoin d'informations sur la santé et la manière dont les gens les traitent sont en effet la résultante du degré de concordance entre ces compétences et la manière dont les informations leur sont fournies et communiquées. Cette perspective systémique envisage donc les interactions entre des individus en demande de soins et d'informations et les personnes qui font office de sources d'information dans le système. Il s'en suit que l'amélioration des compétences en santé est un processus social d'apprentissage dans lequel tous les acteurs – récepteurs et fournisseurs d'informations relatives à la santé – sont, par principe, impliqués. Les initiatives qui ont fait partie de ce réseau d'apprentissage reflètent différentes configurations dans lesquelles a lieu cette dynamique d'échange : des professionnels et des personnes en demande de soins et de soutien peuvent se rencontrer pour apprendre ensemble et en même temps comment mieux traiter des informations relatives à la santé. Ces deux groupes peuvent aussi faire des apprentissages dans leur propre milieu social et professionnel ('peer learning').

---

### 2.1.1 Renforcer le tissu social par des apprentissages mutuels entre personnes vulnérables

*Un échange bien encadré entre pairs procure de nombreux avantages. Les gens apprennent vite entre eux. Et ce processus accroît la confiance, la reconnaissance et le tissu social.*

*Cas concret : (V)aardig gezond à Nekkerspoel, Malines*  
Le projet '(V)aardig gezond' à Malines a développé une série d'approches attrayantes et accessibles afin de permettre à des habitants d'un 'quartier sensible'

de faire des apprentissages mutuels pour renforcer leurs compétences en santé. Un 'agent de santé' a mené un travail proactif pour convaincre les habitants de fournir des recettes. Celles-ci ont été rassemblées dans un 'carnet de soupes' et accompagnées de récits qui reflètent la diversité du quartier. Ce carnet de 48 pages, présenté sous une forme très attractive, contient aussi une foule de conseils pratiques sur une alimentation et un mode de vie sains, l'hygiène lors de la préparation des repas et l'impact écologique de choix de consommation. Il indique des commerces locaux où on peut trouver des ingrédients moins courants ainsi que les coordonnées de l'agent de santé local. L'élément pédagogique est cependant discrètement inséré dans ce qui est essentiellement un livre de cuisine utile et inspirant.

Les 'kwispelstappers' sont une autre initiative menée dans le quartier de Nekkerspoel. Elle consiste à familiariser les habitants avec des aspects d'un mode de vie sain, de manière accessible et en renforçant la communauté locale. Des propriétaires de chiens emmènent des habitants isolés faire un petit tour dans le quartier. Ils font office de figures-relais, qui aident l'agent de santé à percevoir les préoccupations des gens et qui peuvent aider les habitants à avoir accès aux soins.

La simplicité et l'accessibilité de ces approches ne peuvent pas cacher le fait qu'il ne s'agit que d'une pièce dans un puzzle complexe. Dans les quartiers qui comptent peu de services sociaux et où règne une grande diversité, il est souvent difficile de rassembler les gens. Cela exige une présence continue, visible mais non intrusive d'un agent de santé ou d'une personne-relais, aussi bien physiquement que par les médias qui circulent dans le quartier. Des efforts supplémentaires sont aussi nécessaires pour apporter des réponses, en situation et en collaboration avec des partenaires (pharmaciens, soignants), aux demandes spécifiques du quartier.

La pandémie de Covid-19 a bien sûr fortement compliqué les rassemblements physiques de personnes. Le carnet de soupes et les balades de quartier sont des exemples de rencontres qui ont

été possibles, malgré les restrictions. Ici aussi, la créativité est donc de mise.

### 2.1.2 Affiner les compétences de professionnels qui travaillent avec des publics très vulnérables

*Certains publics nécessitent une approche particulière pour renforcer leur littératie en santé et les soignants ne disposent pas toujours des compétences voulues. Une solution peut consister à codifier et à diffuser de bonnes pratiques.*

#### *Cas concret : Infirmiers de rue*

Les professionnels d'*Infirmiers de rue* ont acquis une grande expertise dans les soins aux sans-abri et à des publics très précarisés en milieu urbain (Bruxelles et Liège). Cette relation délicate s'appuie sur une 'boîte à outils' spécialisée. Des outils ont ainsi été mis au point pour identifier les vulnérabilités, modérer la consommation d'alcool, promouvoir l'hygiène et réduire le risque d'expulsion. Ils sont tous utiles pour soutenir le travail d'un groupe plus large de professionnels de la santé et du social avec des publics très fragilisés. Avec ce projet, *Infirmiers de rue* a voulu promouvoir activement la diffusion de ces outils. Le matériel de formation a été étendu et adapté au public tandis qu'un début d'informatisation était amorcé.

#### *Cas concret : Plateforme Prévention Sida*

Le traitement du VIH a connu une forte évolution, qui en a fait une maladie chronique. Aujourd'hui, les patients qui en sont atteints peuvent mener une vie normale et le risque de transmission peut être très bien maîtrisé. Il en résulte que les patients consultent moins le spécialiste et que le médecin traitant devient leur principal interlocuteur. Beaucoup sont cependant encore réticents à parler avec lui de leur vie intime et sexuelle. Du côté des médecins aussi, il y a une demande d'informations validées et de soutien pour détecter les besoins des patients vivant avec le VIH au niveau du traitement, du dépistage d'éventuelles autres MST, de la grossesse et de la vie sexuelle. La *Plateforme Prévention SIDA* a profité de cet appel à projets pour fournir des informations utiles et

adaptées aux médecins traitants, sous la forme d'un poster, d'une brochure et de documentation en ligne, avec un lien vers des sources spécialisées.

### 2.1.3 Réunir des professionnels et des personnes ayant besoin de soins et de soutien pour permettre des apprentissages mutuels

*Plusieurs projets ont visé la rencontre entre des professionnels et des personnes en demande de soins dans un contexte non caractérisé par un besoin aigu (donc en dehors des consultations), où on prend le temps pour une réflexion et des échanges plus poussés et où une relation de partenariat peut être renforcée.*

#### *Cas concret : La formation des professionnels de la santé... par les patients eux-mêmes, LUSS*

La *LUSS* a pris l'initiative de permettre un échange entre des patients et des professionnels de la santé en formation, un public réceptif et gratifiant. Les contacts ont pris la forme de groupes de travail communs, de témoignages de patients durant les cours et d'un feed-back d'étudiants sur leur projet. L'objectif est de sensibiliser les futurs professionnels à une attitude de partenariat dans leurs interactions avec des personnes ayant besoin de soins. Pour de jeunes professionnels, il est souvent révélateur de découvrir tout ce que comporte la vie quotidienne avec une maladie chronique. Mais, il est important que, dans leurs témoignages, les patients puissent prendre du recul par rapport à leur situation personnelle. De très nombreux thèmes, comme la communication, l'empowerment ou les droits des patients, sont en effet communs à toutes les maladies. Tant les patients que les futurs professionnels ont apprécié les échanges et n'ont pas caché leur enthousiasme.

#### *Cas concret : Ateliers 'Iedereen Gezondheidsvaardig', ARhus Roulers*

À Roulers, *ARhus* a facilité la rencontre entre des habitants précarisés et des professionnels de première ligne, dans une tentative pour mieux faire connaître l'offre de soins aux habitants et, à l'inverse, pour sensibiliser les travailleurs de la santé et du social aux besoins spécifiques de ces



personnes. Cette interaction a débouché sur quelques enseignements importants. Ainsi, il s'est avéré opportun de scinder le public en deux sous-groupes : les personnes issues ou non de l'immigration. Leurs besoins et leurs compétences linguistiques diffèrent en effet sensiblement. On s'est aussi aperçu qu'il valait mieux ne pas limiter les interactions dans un quartier donné parce que les réseaux sociaux et les réseaux de services des habitants s'étendent au-delà des contours de leur quartier. Il faut des modalités flexibles pour soutenir la rencontre entre habitants et travailleurs de première ligne : tout le monde n'est pas à l'aise pour fonctionner dans un mode de co-création. De plus, les habitants ont voulu profiter du contact avec des professionnels de première ligne pour obtenir des réponses à leurs questions spécifiques. Il est aussi apparu essentiel d'impliquer dans le projet des travailleurs sociaux et des figures-relais dans la ville. Cette relation de confiance est indispensable pour initier ce type d'échanges. Enfin, il n'est pas toujours évident de motiver des travailleurs de première ligne, souvent débordés (en particulier durant une pandémie), pour qu'ils participent à ces interactions. L'équipe de Roulers estime dès lors qu'il est nécessaire de sensibiliser les professionnels aux effets positifs à long terme – entre autres sur leur charge de travail – d'une plus grande littératie en santé des patients.

*Cas concret : Langer veilig en vitaal thuiswonen, Maison médicale 't Rond Punt*

La *Maison médicale 't Rond Punt* (Laakdal) a organisé une série de rencontres entre des personnes âgées vulnérables et un panel diversifié de professionnels médicaux et paramédicaux (kinésithérapeute, podologue, coach, ergothérapeute, diététicien et juriste notarié). Un questionnaire individuel a d'abord permis d'identifier les besoins. Il a été suivi d'une série d'ateliers en vue d'augmenter la résilience des personnes âgées vulnérables et de les aider à vivre plus longtemps chez elles.

Lors de ces séances en groupe, des sujets liés à la santé ont été abordés : alimentation saine, ostéoporose, prévention des chutes, orientation dans la vie quotidienne, bien cuisiner rapidement, desserts

riches en calcium, vitamine D et garniture de tartines, exercices physiques bons pour la santé, exercices de coordination, exercices physiques en plein air, gestion de la solitude et de l'isolement social, planification anticipée des soins et formulaire de procuration, soins des pieds et semelles sûres. Des sujets familiers, dont le large éventail indique que les compétences en santé peuvent avoir un effet facilitateur dans chaque domaine de la vie quotidienne des personnes âgées vulnérables. L'objectif est que cette initiative soit reprise par la commune de Laakdal – et ensuite par d'autres communes de la zone de première ligne de Zuiderkempen – dans le programme communal de prévention pour les seniors.

*Cas concret : Empowerment!, Fédération Maisons Médicales*

En Fédération Wallonie-Bruxelles, la *Fédération des Maisons Médicales* a aussi énergiquement cherché à renforcer le fonctionnement participatif des maisons médicales. L'ambition du projet soutenu par le Fonds était de sensibiliser les professionnels des maisons médicales au concept de littératie en santé et, à partir de là, de rechercher les obstacles et les leviers pour impliquer plus activement les patients comme partenaires. Un premier trajet pilote a été mis sur pied à Liège afin d'activer un comité de patients. L'objectif final est de faire de l'amélioration de la littératie en santé un objectif stratégique dans le plus grand nombre possible de maisons médicales. L'expérience de ce projet montre qu'il est possible de parvenir à pas mal de résultats avec des moyens simples qui ne demandent pas beaucoup de soutien ('teach me back', par exemple).

## 2.1.4 Renforcer la sensibilité à la littératie en santé des organisations de première ligne

*L'attention accordée aux compétences en santé est inscrite dans l'ADN des 'organisations sensibles à la littératie en santé'. Cela nécessite un processus de remise en question, de diagnostic organisationnel (souvent en collaboration avec des patients) et de gestion permanente du changement.*

### *Cas concret : Je prends mon diabète en main, Maison Médicale La Poudrière*

L'équipe de la *Maison Médicale La Poudrière* (Jambes) a constaté que de plus en plus de gens souffraient de diabète et elle s'est demandé comment ils pourraient mieux le prendre en main. Le processus de remise en question a investi dans la sensibilisation et la formation de professionnels en vue d'un soutien multidisciplinaire de patients (potentiels). On s'est particulièrement attaché à créer des espaces pour exprimer les expériences et les connaissances des patients. Ceux-ci ont en outre fait l'objet d'un dépistage, ont été informés et se sont vu offrir la possibilité de participer à une nouvelle activité (marche nordique, séances d'information données par un psychologue). Pour l'équipe de La Poudrière, le concept de littératie en santé est un point d'accroche pour améliorer son fonctionnement et sa relation avec le patient dans un processus constant de questionnement.

### *Cas concret : ZorgWijs – Onderzoek naar en voor 'health literate organizations' in de eerste lijn, UCLL*

Dans le cadre du projet 'ZorgWijs', des chercheurs de l'UCLL ont examiné comment des organisations de première ligne pouvaient adopter une attitude plus accessible et rendre leur communication plus inclusive. Trois maisons médicales et une maison de repos et de soins se sont proposées comme partenaires dans ce processus. Accompagnées par les chercheurs, elles se sont demandé comment améliorer leur accessibilité et leur communication et ont développé une approche pour pouvoir donner suite aux enseignements tirés de cette réflexion. Il était évident qu'une approche uniformisée n'était pas appropriée : chaque organisation a ses objectifs propres, sa culture, sa structure, son calendrier et ses moyens en personnel disponible. Chaque trajet a donc eu une approche, un objectif, un déroulement et des résultats différents. Exemples d'initiatives menées par les organisations partenaires : réalisation et évaluation de matériel éducatif, calendrier et programme d'activités, identification et visualisation de l'offre de services de soins et d'aide sociale, accords interdisciplinaires basés sur la 'santé positive', mise sur pied de soutiens entre pairs, amélioration de la communication et de la continuité de l'information. Un enseignement intéressant est qu'il vaut mieux ne pas se

fier de d'anciennes certitudes ou à des présupposés, ni à l'évaluation des forces et faiblesses de son organisation, ni à la reconnaissance des besoins des demandeurs de soins : les questions posées ont chaque fois livré des surprises. Cela confirme qu'il vaut la peine d'investir dans une réflexion approfondie, nuancée et répétée et dans une évaluation des possibilités de renforcement des compétences en santé. Il y a là une tension évidente avec les moyens structurels limités qui sont généralement disponibles dans une organisation de première ligne.

## **2.1.5 Faire des compétences en santé un lien entre professionnels de la santé, de la vie locale et de l'aide sociale**

*Il est difficile de mettre précisément le doigt sur l'endroit où on peut intervenir pour renforcer les compétences en santé. Dans une vision systémique, celles-ci sont en effet une résultante de l'interaction entre les compétences des citoyens et la manière dont les informations et les services capables d'améliorer leur santé et leur bien-être leur sont fournis. Cette complexité a aussi un avantage : l'amélioration des compétences en santé offre un point de départ à des collaborations intersectorielles. Des professionnels de la santé, de l'aide sociale et de la vie locale se retrouvent et se complètent naturellement dans cette ambition.*

### *Cas concret : le 'gezondheidskiosk, Logo Antwerpen*

Logo Antwerpen a installé un 'kiosque santé' mobile à la Terloplein, à Borgerhout, un quartier réputé plus difficile. Ce kiosque est un élément frais et joyeux qui attire involontairement l'attention de tous ceux qui fréquentent la place. Il donne l'occasion de fournir des informations correctes et accessibles à des habitants vulnérables du quartier, qui souvent ne savent pas comment accéder au système de soins. On peut aussi s'y adresser pour une aide en vue de prendre rendez-vous pour un vaccin contre le Covid, par exemple. Le kiosque peut être exploité de manière flexible et s'adapter à des besoins locaux. Il est passionnant de voir comment les possibilités d'exploitation du kiosque ont conduit à des partenariats entre diverses organisations actives autour de la place : la maison de quartier, des services sociaux, des acteurs du

secteur des soins. Les habitants du quartier sont eux aussi impliqués dans l'aménagement du kiosque (petits bancs, armoires etc.). Le projet veut également collaborer avec le 'Community Health Worker' qui est soutenu par le pouvoir fédéral pour faire le lien, au

lendemain de la pandémie, entre des publics fragilisés et les services de soins et d'aide de première ligne. Le renforcement de la littératie en santé devient ainsi un levier pour élargir la collaboration entre des organisations actives dans le quartier.

### Synthèse - Permettre à chacun d'apprendre

Les expériences de ces projets montrent très clairement comment un accent mis sur les compétences en santé peut mettre en route un processus riche et diversifié d'apprentissage collaboratif. Ce n'est pas évident et cela demande un grand engagement de tous les acteurs concernés, aussi bien des demandeurs de soins que des professionnels, pour continuer à investir dans une relation participative et autonomisante, malgré des obstacles structurels comme la précarité, la stigmatisation, les problèmes de langue et le manque de temps. La demande d'outils simples, utilisables et accessibles est une constante dans tous les projets. Tout aussi indispensable est la patience pour investir dans une relation de confiance – avec ou

sans la collaboration de personnes-relais. Au niveau systémique, l'accent mis sur les compétences en santé soulève aussi la question plus fondamentale des partenariats intersectoriels, ce qui invite à un questionnement à long terme du rôle de tous les partenaires institutionnels dans la création commune d'un cadre pour la santé et le bien-être. Cela jette les bases d'un modèle d'intervention holistique qui associe une combinaison de publics à un large éventail de points d'interaction avec le système de soins et d'aide sociale (v. aussi section 1.5.4. dans le rapport sur les initiatives internationales de renforcement de la littératie en santé <sup>4</sup>).

4 Renforcer la littératie en santé : tirer les leçons de dix pratiques étrangères innovantes <https://www.kbs-frb.be/nl/Activites/Publications/2018/20181112PP>

## 2.2 CARTOGRAPHIER LE PAYSAGE DE L'OFFRE ET DES BESOINS

Les points où il est possible d'agir pour améliorer la littératie en santé se situent à plusieurs niveaux : du niveau individuel et interpersonnel (le citoyen dans sa relation avec son soignant) au niveau macro-institutionnel (le système de soins dans son ensemble)<sup>5</sup>, avec au milieu le niveau méso d'un paysage local ou supra-local de services et de besoins. Certains projets soutenus se sont fixé pour but de rendre ces paysages plus lisibles et d'aider aussi bien les professionnels que les demandeurs d'aide ou de soins à y naviguer. Certains 'paysages' se situent à la marge

ou même en dehors de notre champ de vision. Il s'agit des besoins de publics 'oubliés', comme les aidants proches qui assurent un très large éventail de tâches ou les détenus cachés derrière les murs des prisons.

### 2.2.1 Aider des soignants à identifier les besoins dans leur environnement proche

*La première ligne tend progressivement vers une intégration des soins en fonction des besoins. Ce mode de travail dépend de la capacité à identifier les besoins dans une communauté.*

**Cas concret :** *HealthLi Buurtkompas, Thomas More*<sup>6</sup>

La zone de première ligne Pallieterland s'est fait accompagner par la Haute École Thomas More

5 Cf. aussi le modèle socio-écologique de McCormack dans la publication sur les initiatives internationales.

6 <https://www.politeia.be/nl/publicaties/286245-healthli+buurtkompas>

---

pour élaborer un outil (le 'HealthLi Buurtkompas') permettant de percevoir les besoins de publics locaux fragilisés et, sur cette base-là, de prioriser des initiatives de renforcement de leurs compétences en santé. L'analyse de l'environnement s'appuie sur les chiffres et indicateurs disponibles qui suggèrent un risque accru d'une faible littératie en santé. Elle est complétée par un questionnaire auprès d'acteurs locaux de première ligne. Un groupe de travail interdisciplinaire examine ensuite quelles interventions peuvent être un levier pour renforcer les compétences en santé. Cette approche a permis à la zone de première ligne Pallieterland d'identifier un point d'action moins évident, qui est de chercher à briser la solitude. L'accent était initialement mis sur de jeunes adultes psychologiquement vulnérables, mais il s'est avéré au fil du projet que le public pouvait être étendu à tous les âges. Il n'a pas été facile de rassembler tous les acteurs autour d'un thème qui fait encore l'objet de tabous considérables. Le projet a débouché sur la réalisation de trois guides 'Ensemble contre la solitude' : pour les habitants, pour les intervenants de première ligne et pour les administrations et organisations locales. Ces guides aident à mieux concilier l'offre et les besoins.

---

## 2.2.2 Aider les demandeurs de soins à s'y retrouver dans le paysage de l'aide

*La première ligne est une réalité extrêmement complexe pour tout citoyen qui a besoin de plus d'aide que celle que peut offrir le médecin généraliste. Un certain nombre d'initiatives cherchent à rendre plus visible et plus lisible le paysage morcelé des services de première ligne pour les personnes ayant de faibles compétences en santé.*

**Cas concret : 'Wegwijs in zorg en gezondheid', WGC Rabot**

En collaboration avec un partenaire spécialisé, la maison médicale Rabot à Gand a mis à jour un jeu éducatif destiné aux personnes de plus de 16 ans ayant de faibles compétences en santé. La forme du jeu a été actualisée et son focus a été affiné. Les défis de 15 personnages fictifs donnent aux joueurs une vision du paysage de la première ligne et leur

apprennent à qui ils peuvent s'adresser pour poser leurs questions. Les structures et les organisations reprises dans le jeu sont directement accessibles et peuvent orienter les demandeurs vers des formes plus spécifiques d'aide et de soins. Elles sont aussi génériques au sens où elles sont présentes dans toutes les régions de Flandre. Le jeu est conçu de façon modulaire afin de permettre à un animateur de se concentrer sur les besoins des participants. Enfin, la version matérielle du jeu est complétée par un volet numérique, sous la forme d'un site internet avec des infos sur le jeu et les organisations mentionnées. Toutes les maisons médicales de Flandre et de Bruxelles recevront le jeu 'Wegwijs in zorg en gezondheid' et pourront le prêter à d'autres organisations dans leur quartier.

**Cas concret : le site internet de la Plateforme bruxelloise de Concertation pour la Santé Mentale**

Un grand nombre d'initiatives, de projets et d'organisations ont vu le jour ces dernières années à Bruxelles pour répondre aux besoins de santé mentale. Le site internet renouvelé de la PFCSM rassemble toutes ces infos et les met à la disposition, de manière accessible, de tous les citoyens. On a tenu compte, dans la conception et la reformulation des informations, de consignes visant à simplifier la communication.

---

## 2.2.3 Sensibiliser des publics 'oubliés' et les professionnels qui les soutiennent

*Deux initiatives s'intéressent tout spécialement aux aidants proches, qui doivent eux aussi être sensibilisés pour être attentifs à leur propre santé et pour rechercher une aide adéquate en cas de surcharge physique et/ou mentale. Il n'est pas évident non plus d'accroître la capacité d'action sur les questions de santé de personnes en prison. Une équipe a cherché à savoir ce qu'il était possible de faire.*

**Cas concret : Aidants, et votre santé ? Parlons-en ! Aidants Proches asbl**

Les aidants proches exercent une fonction vitale. Mais souvent, ils ne perçoivent pas clairement leur propre

position et les besoins de santé qui y sont liés. L'asbl *Aidants Proches* a mis au point une vaste campagne afin de sensibiliser ce public aux moyens qui sont à sa disposition pour prendre sa santé en charge. Elle a réalisé et diffusé un ensemble de matériel d'information pour les aidants proches et les professionnels avec lesquels ils sont en contact. Un colloque a été organisé et une campagne de sensibilisation radio et télé a été menée au printemps 2021. Cette campagne n'est pas seulement abordée sous l'angle «micro» (= ma santé en tant qu'aidant) et «méso» (= ma santé supportée par le réseau de professionnels qui m'aident à prendre soin de mon proche). Mais, le volet macro participe aussi à la réflexion, ne serait-ce que pour l'évolution de la formation de base des métiers d'aide et de soins de première ligne.

#### *Cas concret : Promotion de la santé pour les parents aidants proches en pédiatrie, UCLouvain*

Le projet initié par une équipe de recherche de l'UCLouvain rejoint celui de l'asbl *Aidants Proches*, mais avec un public ciblé de manière plus précise : les parents d'enfants avec un handicap ou une maladie chronique. Eux aussi ont une lourde charge à porter et risquent dès lors de négliger leur propre santé physique et mentale. Les chercheurs ont dialogué avec un groupe de mères et de pères afin d'identifier leurs besoins. Le recrutement s'est fait entre autres par l'intermédiaire de soignants professionnels qui

s'occupent des enfants. Mais, il s'est avéré difficile de les mobiliser pour proposer aux parents une approche qui n'était pas destinée aux enfants. Une communication directe et permanente avec les parents est donc nécessaire. Par ailleurs, il faut continuer à sensibiliser les soignants aux besoins de parents d'enfants qui nécessitent des soins chroniques ou structurels.

#### *Cas concret : promotion de la littératie en santé dans la prison de Dendermonde*

Le groupe de travail *Health on the Move* a organisé une série de focus groups avec des professionnels et des détenus dans la prison de Dendermonde. Ensemble, ils ont identifié des thèmes liés à la santé qui étaient importants pour les détenus : sommeil, sexualité, journées chaudes, addictions, hygiène, exercices physiques, alimentation, bien-être psychique, médicaments, visites chez le médecin. Le groupe de travail s'est lancé dans la réalisation d'un ensemble d'informations de base et d'activités correspondantes, adaptées au public. Permettre une participation pleine et entière dans ce contexte est un défi. De manière générale, il y a encore du pain sur la planche pour renforcer la prise de conscience des compétences en santé et pour voir la prison comme un lieu où ces compétences ont un sens et peuvent être améliorées. Idéalement, les enseignements de ce projet pourraient être diffusés plus largement dans le monde carcéral.

## Synthèse - Cartographier le paysage de l'offre et des besoins

Les initiatives pilotées par la maison médicale Rabot et la zone de première ligne Pallieter soulignent la complexité inhérente à l'établissement d'une cartographie des besoins et des services existants. Cette complexité est due à la stratification des besoins, au morcellement des services et au fait qu'ils sont tous deux soumis à des changements continus. En outre, le paysage est toujours lu à travers certaines lunettes. Le jeu

éducatif sur la santé attire l'attention là-dessus en intégrant différents personnages. Le 'compas de quartier' effectue une triangulation entre les chiffres et les expériences de travailleurs de première ligne sur le terrain. Enfin, on s'aperçoit qu'aider certains publics à renforcer leurs compétences en santé reste un défi. Le principal obstacle est lié à une conception du monde qui rend leurs besoins 'transparents' pour l'œil du professionnel. Cela vaut aussi bien pour les aidants proches que pour les détenus.



## 2.3 APPROFONDIR LES CONTACTS DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE

*L'interaction entre les demandeurs de soins et les professionnels a souvent une ampleur limitée. Du côté du soignant, le facteur temps joue certainement un rôle. Dans une société très diversifiée, la langue devient aussi de plus en plus souvent un obstacle. Beaucoup de patients manquent de confiance pour poser des questions ou exprimer leurs besoins. Une série de projets soutenus visent à élargir et à approfondir ces contacts grâce à toute une gamme d'approches : réalisation de supports d'information aisément accessibles, création d'un espace d'expression pour l'expérience du patient, renforcement de la relation par le biais d'intermédiaires.*

### 2.3.1. Renforcer le rôle des personnes de confiance et des figures-relais

*De très nombreuses initiatives soutenues soulignent l'importance cruciale de l'apport de personnes de confiance pour sensibiliser et soutenir des personnes dans le processus de renforcement de leurs compétences en santé. Ces personnes de confiance peuvent être issues de l'entourage proche, mais aussi être des experts du vécu, des volontaires spécialement formés ou des professionnels.*

#### *Cas concret : Vaardig in Gezondheid met Buddies, Logo Leieland*

Plus de la moitié des personnes faiblement qualifiées, allophones ou peu alphabétisées, ont des difficultés pour faire des choix de vie sains. Des personnes ayant de faibles compétences en santé adoptent souvent des habitudes malsaines, comme un mode de vie sédentaire, le tabagisme ou de mauvaises habitudes alimentaires. Logo Leieland a développé une approche pour orienter des personnes vulnérables, et notamment celles en situation de pauvreté, vers un programme de coaching pour une meilleure santé. L'initiative combine trois éléments pour motiver ce public cible : un dépliant qui donne



une vue claire et actualisée de l'offre existante, un 'chèque santé' (nominatif) incitant à participer durablement à un programme et des focus groups qui ont montré qu'il valait mieux passer par des personnes de confiance pour faire comprendre les avantages de ces programmes. Les initiateurs ont formé plus de 30 volontaires (des 'buddies') et près de 40 professionnels pour informer correctement les participants, les motiver et les accompagner lors des séances. Plus de 150 personnes ont suivi un programme de promotion d'un mode de vie sain.

#### *Cas concret : Parlons santé avec les primo-arrivants, Anama asbl*

Anama est une association qui s'efforce d'accroître la cohésion sociale à Tournai. Le projet soutenu par le Fonds a tout particulièrement été axé sur les demandeurs d'asile et les primo-arrivants et a tenté de les orienter de manière non contraignante vers le dispositif de première ligne dans la ville. Outre des moments de rencontre et la mise à disposition d'informations aisément compréhensibles, le rôle des 'parrains' a pesé d'un grand poids. Il s'agit de personnes qui partagent la langue et l'origine des primo-arrivants, mais qui ont déjà suivi un premier cycle de formation. Dans un contexte où les mesures sanitaires compliquent les contacts personnels, ces 'parrains' peuvent transmettre les informations de manière informelle ou par téléphone. Des écoles aussi sont peu à peu impliquées dans ce projet : les enfants font passer l'information à leur famille. C'est un vecteur important étant donné que les femmes sont souvent réticentes à apprendre la langue.



---

### 2.3.2. Donner une place aux informations fournies par le patient

*Le moment de la consultation est souvent trop bref pour que l'expérience du patient puisse s'exprimer de manière nuancée. Ce qui manque surtout, c'est généralement une perspective longitudinale captant les hauts et les bas de son existence quotidienne. L'utilisation d'un journal de bord peut apporter une solution.*

#### *Cas concret : Logboek Tell me what you eat, FAPA*

Presque tous les patients souffrant d'une forme héréditaire de cancer de l'intestin subissent une intervention chirurgicale préventive ou thérapeutique après laquelle ils connaissent souvent des problèmes pour composer un régime fonctionnel. Il est difficile d'obtenir des informations pertinentes par les canaux de soutien ordinaires (médecin spécialisé, hôpital) et il n'y a souvent qu'une seule visite chez le diététicien prévue. Ce sont les informations échangées entre patients qui s'avèrent finalement les plus utiles pour cet aspect important de la qualité de la vie. Mais dans quelle mesure ces conseils sont-ils fiables et transférables ? Le projet *Tell me what you eat* de la FAPA (Familial Adenomatous Polyposis Association) a débouché sur un journal de bord et son équivalent en ligne qui laissent une place à la perspective du professionnel et de l'expert du vécu. Il y a un volet d'information et un volet d'enregistrement. Les patients notent ce qu'ils mangent et comment leur corps y réagit. Ils peuvent emporter une version papier du journal de bord chez leur médecin ou leur spécialiste de l'alimentation. Le forum en ligne de la FAPA leur permet d'échanger leurs expériences. Des diététiciens peuvent suivre et encadrer ces échanges.

#### *Cas concret : Prise en charge des douleurs, Maison Médicale La Passerelle*

Les collaborateurs de la maison médicale La Passerelle à Liège ont décidé d'agir par rapport à un problème récurrent : les douleurs chroniques. Un groupe de travail mixte avec des patients a élaboré une enquête qui a sondé les expériences et les besoins en termes de gestion et de contrôle de la douleur. Le résultat de cette enquête a été traduit en une série d'actions visant à renforcer les compétences

aussi bien du personnel que des patients. Des séances de yoga et de méditation ont ainsi vu le jour, ainsi qu'un 'carnet de douleur' qui invite les patients à noter quotidiennement leurs expériences afin de pouvoir mieux suivre leur situation, en interaction avec le personnel médical.

---

### 2.3.3. Exploiter les moments clés dans une consultation

*De petites interventions et des aide-mémoire peuvent briser le protocole classique de consultation et créer un contexte dans lequel le patient se sent invité à poser des questions pertinentes et à entrer dans un mode de co-création avec le soignant.*

#### *Cas concret : le 'Babbelgids', VFG Oost-Vlaanderen*

VFG Oost-Vlaanderen, une organisation qui se consacre à des personnes avec un handicap, a mis au point un outil aisément accessible pour aider des personnes avec un handicap mental léger à modéré dans leur interaction avec le médecin traitant. Il s'agit d'une fiche pratique à compléter, qui peut servir de référence avant, pendant et après la consultation. Une nouvelle fiche est complétée lors de chaque visite chez le médecin. Les usagers conservent de préférence leur 'Babbelgids' afin d'avoir une meilleure vision de leur santé. La méthodologie est d'abord déployée au sein de l'organisation, ensuite le réseau de VFG et d'autres acteurs concernés seront contactés. 10.000 guides feront l'objet d'une diffusion ciblée dans toute la Flandre et une version numérique sera également disponible. Par ailleurs, VFG informe les médecins (en formation) de l'existence de cet outil.

#### *Cas concret : Simplifions la Santé! Maison Médicale Saint-Léonard*

La Maison Médicale Saint-Léonard à Liège s'est concentrée, elle aussi, sur l'interaction pendant la consultation chez le médecin. L'initiative est venue d'un groupe de soignants professionnels de première ligne et a été le résultat d'un processus intensif de diagnostic interne. Les collaborateurs de la maison médicale ont d'abord sondé la sensibilité à la littératie en santé au sein de l'organisation en utilisant le

---

'Health Literacy Universal Precautions Toolkit' de l'American Health Research and Quality Institute. Pour tirer des conclusions de ce diagnostic et réfléchir aux mesures à prendre, un groupe de pilotage comprenant deux patients, deux travailleurs, un chercheur et l'infirmière chargée de la prévention a été mis sur pied. Ce groupe a émis la proposition de se concentrer sur le moment de la prescription médicale. Ainsi est venue l'idée, inspirée par le principe bien connu 'Ask me three', de créer un logo, un petit symbole visuel qui rappelle au soignant, dans le dossier médical automatisé, qu'il peut profiter du moment de la prescription pour donner un feed-back et encourager le patient à poser des questions. La mise en œuvre technique est actuellement à l'étude.

---

### 2.3.4. Donner une forme tangible à l'information

*Comme nous l'avons déjà dit, les obstacles linguistiques entravent fréquemment les contacts entre le patient et le professionnel. Des supports d'information accessibles, concrets et non verbaux peuvent aider à combler ce fossé.*

*Cas concret : De zwangerschapskoffer, EK Volle Maan*

Le centre d'expertise *Kraamzorg Volle Maan* (Bruxelles) a développé une 'valise grossesse à sensibilité culturelle' pour accompagner des femmes enceintes issues de l'immigration tout au long de leur grossesse. Le résultat est un kit sur mesure, bourré de matériel illustré concret. Les illustrations reflètent étroitement l'univers de vie du public cible. Le caractère non verbal du matériel le rend plus accessible et augmente l'implication. La valise se prête parfaitement à l'animation de discussions en groupe (séances prénatales), qui permettent à des femmes d'augmenter leurs connaissances au travers d'échanges.

---

### Synthèse - Approfondir les contacts dans la pratique quotidienne

Les projets soutenus démontrent que beaucoup de choses peuvent être faites pour approfondir, élargir, fluidifier, simplifier, diversifier et nuancer l'interaction entre les demandeurs de soins et

---

### 2.3.5. Faire la différence avec des solutions numériques intelligentes

*Les outils numériques sont devenus indissociables des soins de santé. Mais en même temps, les professionnels se rendent compte que les compétences numériques ne vont pas de soi. Un grand nombre de projets soutenus adoptent des approches hybrides, en complétant des sources d'information classiques, orales ou écrites, par un volet numérique. Les applications purement numériques peuvent cependant constituer une solution utile pour les soignants.*

*Cas concret : Het Klikt! Een meertalige app voor eerstelijnszorg aan anderstalige ouders met jonge kinderen, Université de Gand*

Il est généralement difficile de communiquer avec des patients qui ont une autre langue maternelle et les interprètes ne sont pas souvent disponibles. Les soignants professionnels de première ligne sont donc demandeurs de solutions pratiques alternatives. À la faculté de philosophie et lettres de l'Université de Gand a été développée une app visant à faciliter la discussion entre des intervenants et des parents de jeunes enfants en six langues : néerlandais, français, arabe, farsi, turc et anglais. Une analyse des utilisateurs a appris aux concepteurs que le temps était une variable importante pour les professionnels. C'est pourquoi l'utilisation et les fonctionnalités ont été simplifiées en quatre options : discussion préstructurée, possibilités de questions-réponses, lexique et 'storyboard' avec des dessins permettant aux intervenants d'illustrer leur message. Une version prête à l'emploi de l'app sera disponible fin 2021.

les professionnels de la santé. La structure et la dynamique de l'interaction offrent des points d'accroche pour cela, tout comme la nature des supports d'information sur lesquels s'appuie ce processus. Des personnes de confiance et des figures-relais sont parfois nécessaires pour 'filtrer' et 'renforcer' le signal entre la demande et l'offre.

# III. CONCLUSIONS

Nous récapitulons ici les treize conseils, classés en trois catégories, et nous les mettons en relation avec trois éléments constitutifs de la relation dans laquelle se déploient les compétences en santé : l'individu et son environnement immédiat, le système de soins et ses acteurs, l'interaction entre le système et l'individu <sup>7</sup>.

	Permettre à chacun d'apprendre	Cartographier le paysage de l'offre et des besoins	Approfondir les contacts dans la pratique quotidienne
<b>Individu et environnement immédiat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer le tissu social par des apprentissages mutuels entre personnes vulnérables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aider les demandeurs de soins à s'y retrouver dans le paysage de l'aide.</li> <li>Sensibiliser des publics 'oubliés' et les professionnels qui les soutiennent.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Donner une place aux informations fournies par le patient.</li> </ul>
<b>Système et acteurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Affiner les compétences de professionnels qui travaillent avec des publics très vulnérables.</li> <li>Renforcer la sensibilité à la littératie en santé des organisations de première ligne</li> <li>Faire des compétences en santé un lien entre professionnels de la santé, de la vie locale et de l'aide sociale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aider les soignants à identifier les besoins dans leur environnement proche.</li> <li>Sensibiliser les publics 'oubliés' et les professionnels qui les soutiennent.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire la différence avec des solutions numériques intelligentes.</li> </ul>
<b>Interaction individu-système</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réunir des professionnels et des personnes ayant besoin de soins et de soutien pour permettre des apprentissages mutuels.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer le rôle des personnes de confiance et des figures-relais.</li> <li>Exploiter les moments clés dans une consultation. Donner une forme tangible à l'information.</li> </ul>

Tableau 1. Les conseils tirés du réseau d'apprentissage pour améliorer la littératie en santé.

Le tableau reflète le fait que, quand on considère l'ensemble du champ des initiatives, celles-ci ont cherché à agir sur toutes les dimensions de la relation entre un système de soins et les personnes qu'il soutient. Ce qui contredit, une fois de plus, le modèle du déficit individuel et souligne la nature systémique de la notion de 'littératie en santé'. C'est aussi lié au fait que les compétences en santé touchent

<sup>7</sup> Voir aussi p. ex. le modèle de 'littératie en santé' de Cultures & Santé, rapport FDDC pratiques internationales, p. 21.

---

essentiellement à la manière dont l'information est générée et échangée dans les soins de santé. Et l'information est en quelque sorte l'élément le plus générique, le plus global qui fait tourner aujourd'hui nos systèmes socio-techniques complexes. Toute intervention portant sur ce 'métabolisme de l'information' a directement ou indirectement un rapport avec la littératie en santé.

De très nombreuses initiatives, dans ce champ, sont même prioritairement axées sur le système de soins et ses acteurs. Les interventions aident à affiner les compétences communicationnelles, à ouvrir une nouvelle perspective sur les besoins de soins, à faciliter de nouvelles formes de collaboration.

Il est évident que les professionnels se sont toujours préoccupés de ce thème. C'est pourquoi les initiatives n'apparaissent pas toujours forcément comme étant radicalement 'nouvelles' : il s'agit parfois d'affiner ou de repenser des processus existants. En même temps, la diversité sans cesse croissante de notre société et la forte précarité de certains publics place les professionnels devant de nouveaux défis en termes d'approche sur mesure et d'accessibilité. La pandémie a encore accentué ces problèmes.

Du côté des personnes ayant besoin de soins et de soutien, on peut dire que renforcer leurs compétences en santé signifie stimuler leur capacité d'action en leur apprenant à reconnaître et à nommer leurs besoins et ceux d'autrui et en créant la confiance pour aborder la relation avec le professionnel de manière plus co-créative.

Le potentiel révolutionnaire d'un accent mis sur la littératie en santé réside dans la rencontre entre des patients et des professionnels. Beaucoup de projets indiquent qu'une remise en question à partir de ce concept invite à repenser fondamentalement la relation entre le patient et le soignant et à créer une ouverture pour intensifier la co-création de la santé et du bien-être. Il ne faut pas sous-estimer l'importance de cet aspect, qui résonne avec d'autres évolutions importantes comme l'intégration, l'interdisciplinarité et 'l'orientation des soins et de l'aide sur les objectifs du patient'.

Ce mouvement vers un processus d'apprentissage partagé se heurte néanmoins à des frictions avec les conditions en vigueur dans le système de santé, notamment en ce qui concerne le financement. Il faut être attentif au passage d'une éthique technique à une éthique relationnelle dans la pratique médicale. Les initiateurs confirment tous sans exception que ce n'est pas une opération 'one shot', mais un processus de gestion durable du changement. On a donc besoin d'un éventail d'outils très pratiques et d'efforts persistants pour maintenir la motivation des soignants à investir dans une relation de partenariat avec leurs patients.



---

Une question délicate est de savoir comment créer les moyens, y compris financiers, pour cela dans un système où la rémunération est associée de manière de plus en plus contraignante à la performance. Il ressort cependant de l'étude des projets internationaux de renforcement de la littératie en santé, précédemment publiée par le Fonds, que l'harmonisation et les économies peuvent aussi constituer des incitants pour améliorer la littératie en santé<sup>8</sup>.

Encore un mot au sujet de l'impact de la crise du covid-19 sur le travail de renforcement des compétences en santé. Il ne fait aucun doute que cette crise pose de grands défis opérationnels aux professionnels de la santé et de l'aide sociale. D'un autre côté, l'expérience des projets met aussi en évidence certains avantages des interactions digitales (efficacité, anonymat) et des rencontres en dehors du local de consultation. De manière générale, l'attention que notre société accorde à la santé a énormément augmenté. Les représentants des initiatives soutenues ont remarqué à quel point les gens cherchaient un guide dans l'abondance d'informations. Leur travail représentait une réponse directe à ce besoin. Le rôle crucial des soins de première ligne a aussi été reconnu dans la lutte contre la pandémie. Enfin, il est évident que les compétences en matière de santé ont rendu les gens plus aptes à faire face à une telle crise. La question qui se pose maintenant est celle de la continuité des efforts déployés au sein de ce réseau d'apprentissage. Ces initiatives soulèvent la question d'une perspective à long terme dans la transition vers un système de soins et d'aide sociale plus sain. Les soins de première ligne restent un levier important, mais les soins spécialisés doivent également être inclus. Le lien avec la recherche scientifique doit aussi être renforcé afin de mieux comprendre la dynamique de ce processus d'apprentissage et son impact sur le terrain.

Au niveau politique, le renforcement de la littératie en matière de santé doit être considéré comme une priorité dans le développement de la vision des soins intégrés centrés sur le patient. Des incitations devraient être intégrées pour financer les prestations, la recherche et les travaux novateurs sur le terrain. La littératie en matière de santé doit également être un principe directeur d'une politique de prévention assertive. Par ailleurs, une politique qui ne tient pas compte de la nature systémique d'une fracture sociale en matière de santé sera toujours à la traîne. On le sait, l'accès aux soins et le niveau des compétences en matière de santé sont en corrélation positive avec de nombreux autres indicateurs de bien-être et d'opportunités.

Le renforcement de la culture sanitaire est une invitation aux citoyens, aux acteurs de la santé et de l'aide sociale, ainsi qu'aux "architectes" des politiques de santé futures, à s'approprier la promotion de la santé et du bien-être.

8 Cf. Enseignement 2, p. 104

INITIATIVE	LIEU	INITIATEUR
Parlons Santé avec les primo-arrivants	Tournai	Anama
Aujourd'hui, je prends mon diabète en main	Jambes	Maison Médicale « La Poudrière »
Vers une meilleure compréhension de la santé mentale	Région Bruxelles Capitale	Plateforme bruxelloise de Concertation pour la Santé Mentale
Aidants, et votre santé ? Parlons-en	Fédération Wallonie-Bruxelles	Asbl Aidants Proches
Patients- formateurs	Région wallonne	Ligue des Usagers des Soins de Santé (LUSS)
Empowerment des usagers	Fédération Wallonie-Bruxelles	Fédération des Maisons Médicales
Simplifions la santé !	Liège	Maison Médicale « Saint-Léonard »

# IV. LE CHAMP DES INITIATIVES

Le tableau ci-dessous donne une vision synthétique du champ des initiatives soutenues.

AMBITION	PUBLIC CIBLE	APPROCHE
Faciliter l'intégration des personnes d'origines étrangères, les aider à se créer un tissu social vecteur favorable à la bonne santé.	Les réfugiés qui arrivent à Tournai.	Coordination avec différentes structures de la ville; mise en place d'un réseau de 'parrains' (réfugiés qui sont déjà intégrés). Donner des outils compréhensibles aux primo-arrivants pour qu'ils puissent prendre des initiatives raisonnées pour leur santé et celle de leurs proches.
Instaurer un suivi régulier, proactif et personnalisé pour la prévention du diabète auprès des patients diabétiques.	Les soignants de la Maison Médicale; les diabétiques en pré-trajet; les patients fréquentant la Maison Médicale dans leur ensemble.	Prise de conscience et empowerment des patients diabétiques. Meilleur suivi des patients depuis l'éducation jusqu'à la fixation d'objectifs personnalisés. Transdisciplinarité dans la prise en charge par l'équipe via l'information, la formation et la communication de chaque intervenant.
Offrir une meilleure compréhension de la santé mentale, une meilleure visibilité de l'offre de soins et un autre regard envers ceux et celles qui la côtoient.	Le citoyen, les usagers de la santé mentale et leurs proches.	Développement du nouveau site internet de la Plateforme, qui contiendra des informations générales et spécifiques sur la santé mentale.
Informers les aidants proches qui s'ignorent – afin qu'ils deviennent conscients de l'impact de leur rôle sur leur santé.	Les aidants proches, ainsi que les professionnels aux côtés des aidants.	Organisation d'un colloque, diffusion et analyse d'une enquête sur la manière dont les aidants ont traversé la pandémie, diffusion par une campagne média (tv, radio), développement des supports de communication (affiches, livret).
Impliquer de manière active les patients, considérés comme de véritables experts de vécu, dans la formation des professionnels.	Les futurs professionnels de la première ligne (étudiants infirmiers, médecins généralistes, pharmaciens) ainsi que les professionnels de la santé en activité.	Formations des patients, organisation des moments d'échange dans les cours des hautes écoles et universités.
Faire un état des lieux de l'implication des patients en maison médicale et à la Fédération des Maisons Médicales et rechercher les freins et leviers existants avec les parties prenantes (professionnels et patients).	Groupe primaire : les professionnels de première ligne de maisons médicales. Groupe secondaire : les usagers-patients de maisons médicales.	Co-construction de deux formations, autour de la littératie en santé, permettant de donner des clés de compréhension aux professionnels. Définir les contours d'une stratégie plus globale.
Intégrer la prise en compte de la littératie en santé dans les modes de fonctionnement de la Maison Médicale « Saint-Léonard ».	Principalement la Maison Médicale « Saint-Léonard » en tant qu'institution. Secondairement, les usagers de la Maison Médicale.	Poursuite d'une méthode de recherche action participative (groupe de travail mixte usagers / travailleurs/ chercheurs). Mise en place de diverses stratégies visant à améliorer la communication orale et écrite.

INITIATIVE	LIEU	INITIATEUR
Amélioration des compétences et des ressources des patients ainsi que des soignants de la MM La Passerelle dans la prise en charge des douleurs	Liège	Maison Médicale « La Passerelle »
Ateliers de soutien destinés aux parents dont un enfant est atteint d'une maladie chronique	Fédération Wallonie-Bruxelles	UCLouvain
Améliorer le dialogue autour de la santé sexuelle entre les patients migrants vivant avec le VIH et leur médecin généraliste	Fédération Wallonie-Bruxelles	Plateforme Prévention Sida
Formation et outils d'informations pratiques sur la santé en rue et en logement	Bruxelles, Liège	Infirmiers de rue
Vaardig in Gezondheid met Cheque en Buddy	Sud-Ouest de la Flandre	Logo Leieland
Gezond op leeftijd	Laakdal et communes environnantes	Maison Médicale "t Rondpunt"
Gezondheids kiosk Terloplein	Anvers, Borgerhout	Logo Antwerpen avec l'Université d'Anvers
Vaardig-Gezond	Malines, Nekkerspoel	Ville de Malines

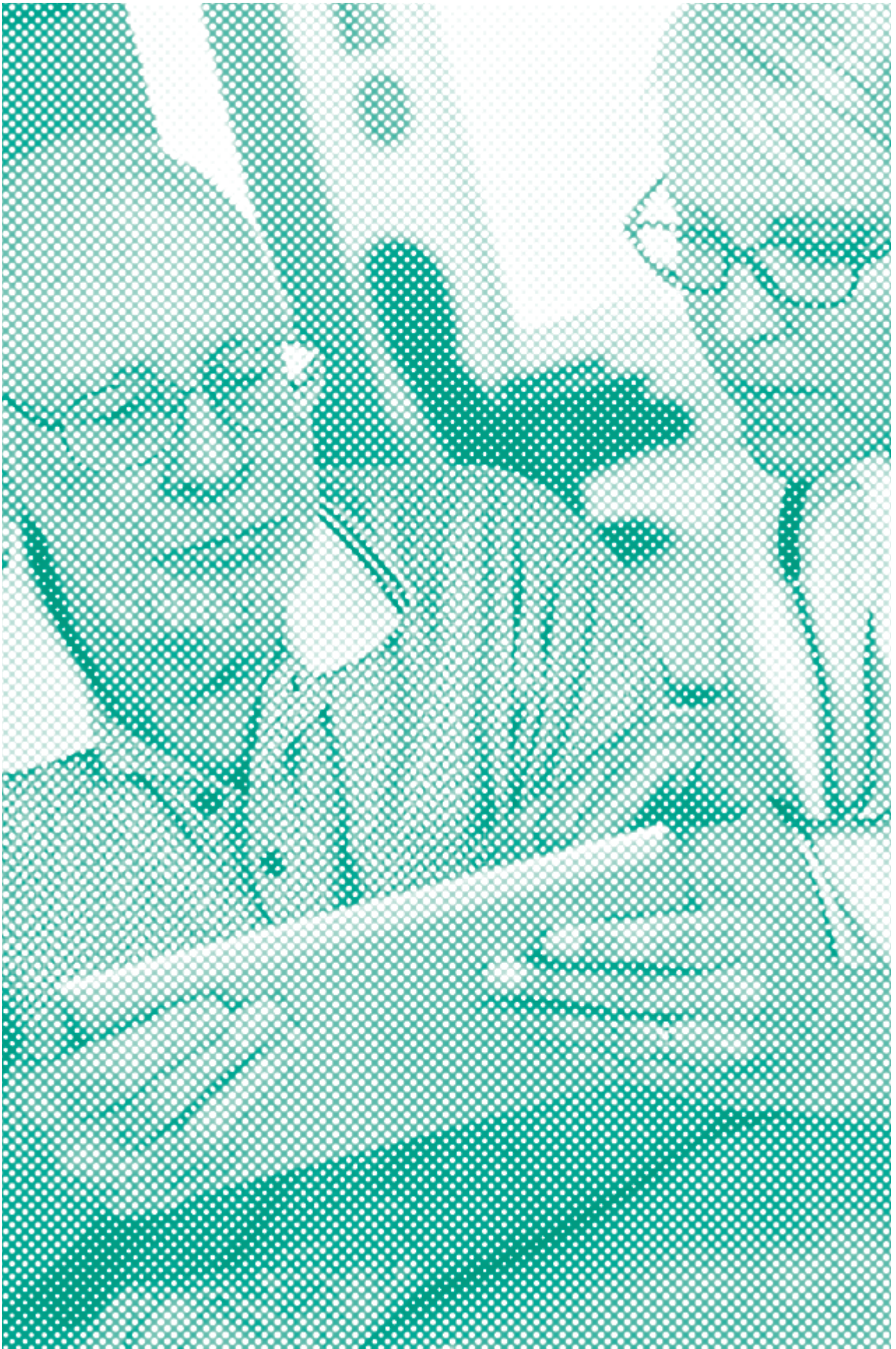


AMBITION	PUBLIC CIBLE	APPROCHE
Mieux prendre en charge la douleur chronique, tant au niveau des soignants de 1ère ligne que des patients de la Maison Médicale « La Passerelle ».	Les médecins, les infirmières, les kinés, les travailleuses en santé communautaire de notre structure et les patients souffrants de douleurs chroniques.	Composition d'un group de travail mixte (patients et professionnels). Enquête pour analyser les besoins et les difficultés des patients ainsi que des soignants. Mis en place des actions spécifiques dans le but d'améliorer les compétences et les ressources des patients et des soignants.
Apporter une réponse innovante et adéquate pour prévenir le risque d'épuisement de ces parents. Formuler des recommandations.	Tout parent ayant un enfant avec un handicap ou une maladie chronique qui retentit sur la vie de famille.	Création d'un cycle de 3 ateliers pour permettre au parent de se sentir reconnu dans son vécu particulier, d'identifier ses besoins et de favoriser l'accès à ses ressources intérieures et extérieures Extraction des recommandations.
Renforcer les compétences des médecins généralistes dans la prise en charge des patients migrants vivant avec le VIH. Aider les patientes à parler de leur santé sexuelle avec leur médecin.	Les médecins généralistes; les patients vivant avec le VIH avec un focus sur les personnes vivant avec le VIH migrantes.	Analyse des besoins et freins pour aborder la sexualité entre PVVIH migrants et médecin généraliste; réalisation de 3 outils pour renforcer les compétences des soignants et PVVIH migrants. Evaluation et ajustement.
(Ré)apprendre aux soignants ou aidants des règles pour améliorer la prise de contact, la communication et la prise en charge (en ambulatoire ou en institution) du public vivant en très grande précarité.	Les professionnels du réseau médico-social ainsi que toutes personnes travaillant avec des personnes en situation de grande précarité. En second lieu, les patients eux-mêmes.	Développement d'outils et de formations pour améliorer le travail avec les patients vivant en grande précarité, et qui répondent à des besoins exprimés par d'autres professionnels des secteurs médicaux et sociaux.
Accompagner les personnes vulnérables vers des programmes validés de promotion d'un mode de vie sain.	Les personnes vulnérables, avec une attention particulière pour des personnes en situation de pauvreté.	Développement d'outils destinés à motiver le public cible et à l'accompagner au cours d'un programme de coaching : informations accessibles, chèque-santé et accompagnement par des 'buddies' qui ont été formés.
Accroître l'autonomie des personnes âgées pour leur permettre de vivre chez elles le plus longtemps possible.	Les personnes âgées fragilisées, qui répondent à au moins à 3 critères de vulnérabilité : faible poids corporel, dysfonctionnements pulmonaires, invalidité, ...	Identification des besoins et informations accessibles fournies au travers d'interactions individuelles et de séances collectives. Consultation sur mesure assurée par un ergothérapeute afin d'améliorer la situation à domicile.
Donner accès à des informations accessibles et correctes sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et les soins de première ligne pour les habitants du quartier généralement difficiles à atteindre.	Les personnes en situation de précarité et ayant de faibles compétences en santé.	Création d'un lieu à partir duquel est mené un travail proactif et participatif, en collaboration avec la maison de quartier, des habitants et des organisations partenaires.
Mettre sur pied un 'projet santé' proactif de développement communautaire dans le quartier de Nekkerspoel à Malines.	Les habitants du quartier ayant de faibles compétences en santé et les soignants informels; en deuxième lieu, les soignants et les intervenants sociaux.	Présence proactive dans le quartier de Nekkerspoel d'un agent de santé, qui fait office pour les habitants d'"interprète" et de "pilote" dans le paysage des services de santé.

INITIATIVE	LIEU	INITIATEUR
Health on the move	Prison de Dendermonde	Groupe de travail Health, DG Epi
Tell me what you eat	Belgique	Familial Adenomatous Polyposis Association (FAPA)
Het klikt !	Flandre	Université de Gand
HealthLi buurtkompas	Zone de première ligne Pallieterland	Thomas More Kempen, Thomas More Mechelen-Antwerpen, Zone de première ligne Pallieterland.
ZorgWijs	Flandre	UCLL
“WEGWIJS” in zorg en gezondheid	Gand, Flandre	Maison Médicale « Rabot »
Iedereen gezondheids-vaardig !	Roulers	Kennis-centrum ARhus
Cultuur-sensitieve zwangerschaps-koffer	Région Bruxelles-Capitale	Expertise-centrum Kraamzorg Volle Maan
Babbelgids. Voor een vlot bezoek aan de dokter	Flandre orientale	VFG Oost-Vlaanderen: association de personnes avec un handicap

AMBITION	PUBLIC CIBLE	APPROCHE
Accroître les connaissances et les compétences des détenus sur les questions de santé.	Les détenus de la prison de Dendermonde.	Cartographie des besoins et fourniture d'informations accessibles sur l'offre existante.
Améliorer la qualité de vie de patients en les aidant à rechercher un régime fonctionnel.	Les patients avec un diagnostic de FAPA ou de Syndrome de Lynch et faisant partie du registre national géré par la FAPA.	Cartographie des besoins des patients concernant un régime fonctionnel au moyen d'un questionnaire et d'un focus group. Développement d'un outil pour aider les patients à élaborer un régime adapté dans la vie quotidienne.
Développer un outil performant pour améliorer de manière substantielle la communication avec des parents allophones.	Les intervenants de première ligne.	Développement d'une appli en 6 langues destinée à soutenir les soins de première ligne pour des parents allophones.
Rassembler les connaissances et l'expérience de plusieurs partenaires dans une zone de première ligne pour détecter des publics vulnérables et leurs besoins.	Les zones et acteurs de première ligne.	Analyse de l'environnement pour identifier localement des publics vulnérables et leurs besoins. Processus de co-création pour élaborer un module de soutien sur un thème précis et pour un public sélectionné. Sur la base de cette analyse, la zone de première ligne Pallieterland a opté pour un soutien visant à briser la solitude de jeunes adultes psychiquement vulnérables.
Rendre les organisations de première ligne plus accessibles et plus inclusives.	Les professionnels et les organisations de première ligne.	Réalisation de quatre projets d'amélioration dans des organisations de première ligne : trois maisons médicales et une maison de repos et de soins. Analyse, formulation d'objectifs et mise en œuvre d'actions.
Accroître la connaissance du système de santé, l'assertivité et la capacité d'action des usagers.	Les personnes de plus de 16 ans ayant de faibles compétences en santé.	Mettre à jour la forme d'un jeu éducatif, le repositionner et l'affiner.
Renforcer les compétences et l'autonomie des publics vulnérables dans le domaine de la santé.	Les publics vulnérables ayant de faibles compétences en santé et les acteurs de première ligne qui contribuent à la littératie en santé.	Organisation d'ateliers sur la littératie en santé. Projets de co-création spécifiques au quartier afin de capter les besoins de soins. Identification de points d'amélioration auxquels on s'attaque.
Améliorer les compétences en santé de femmes durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.	Les femmes enceintes vulnérables confrontées à une barrière linguistique et à des compétences limitées en santé.	Développement d'un outil accessible – une 'valise grossesse à sensibilité culturelle' – pour transmettre et échanger des informations sur tout le déroulement de la grossesse.
Améliorer la communication entre une personne avec un handicap mental et le médecin généraliste.	Les personnes avec un handicap mental léger et modéré (et leur réseau) qui se rendent chez le médecin. Surtout les personnes qui vivent chez elles ou en autonomie.	Développement d'un outil fonctionnel – un guide – en co-création avec le public cible et des acteurs concernés tout au long des différentes phases du projet. Diffusion de ce guide en Flandre (10.000 ex.) et réalisation d'un matériel éducatif de soutien.







---

# V. FICHES DE PRÉSENTATION DES 24 INITIATIVES SOUTENUES

## PARLONS SANTÉ AVEC LES PRIMO-ARRIVANTS



### Initiateur et coordonnées

**Anama asbl**  
Rue Montifaut 5 - 7500 Tournai  
Martine Ome - +32-69-54 52 19  
omemartine@gmail.com



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

Compte tenu de l'isolement, de l'instabilité et de la diversité du public des primo-arrivants, le projet vise à faciliter l'intégration des personnes d'origine étrangère à Tournai en les aidant à se créer un tissu social, qui est un vecteur favorable à une bonne santé. Il s'agit en particulier de redonner aux parents leur rôle de responsables de leur famille et de fournir aux primo-arrivants des outils pour qu'ils puissent prendre des initiatives raisonnées pour leur santé et celle de leur proches.



### Logique globale du projet

Le projet s'adresse aux réfugiés qui arrivent à Tournai (plus de 600 demandeurs d'asile accueillis par le centre local de la Croix-Rouge) et aux primo-arrivants qui cherchent à s'intégrer dans la ville. Il fait appel pour cela à des "parrains" : des réfugiés déjà intégrés, qui maîtrisent le français (anciens apprenants) et servent de relais.



### Processus

Les parrains ont maintenu un contact avec les bénéficiaires afin de les mettre au courant des multiples supports existants.

En raison des restrictions sanitaires empêchant des contacts directs avec les groupes cibles (inaccessibilité du centre d'accueil de la Croix Rouge), ce lien entre parrains et primo-arrivants a été établi par GSM. Cela a quelque peu appauvri la qualité des contacts.

Malgré ces difficultés, les parrains ont pu servir de relais efficaces et ont bien rempli leur rôle, comme en témoigne l'augmentation des visites des primo-arrivants dans les maisons médicales, notamment avec des questions sur la contraception. Le projet s'est aussi avéré très utile pour donner une bonne information au sujet de la vaccination.

De manière générale, si la crise sanitaire a entravé les contacts, elle a aussi sensibilisé les primo-arrivants aux problèmes liés à la santé.



### Principaux enseignements

- Il est important de ne pas imposer le projet, ni d'imposer un rythme prédéfini au groupe cible. Sa vision de la santé est propre à sa culture et doit être respectée. À ce point de vue-là aussi, l'importance des "parrains" est primordiale.
- Il vaut mieux s'adresser à de plus petits groupes qui ont un état/besoin de santé spécifique (femmes enceintes, personnes en pré-retraite) afin de les inciter plus efficacement à prendre soin de leur santé.
- Les établissements scolaires deviennent de plus en plus nombreux à participer à ce projet. Ils permettent de toucher un public beaucoup plus jeune, qui transmet les informations à la famille. C'est un point positif car les femmes sont souvent peu enclines à apprendre la langue. L'asbl souhaite développer cette collaboration.



### Avenir

- Les groupes d'apprenants se succèdent. Le groupe actuel sera prochainement laissé en autonomie. On espère que des "parrains" se révéleront en son sein. Anama espère pouvoir accueillir un nouveau groupe en présentiel en septembre 2021.
- La situation sanitaire n'a pas permis de développer tous les outils prévus. L'asbl compte étoffer l'outil du photo-langage, qui est resté jusqu'ici assez rudimentaire.
- Il est également indispensable d'augmenter les partenaires (Centre Hospitalier de Wallonie Picarde, nouveaux établissements scolaires, centres culturels) afin d'utiliser du matériel existant.



### Partenaires

Partenaire officiel : Maison Internationale de Tournai

Partenaires occasionnels : Forem, maisons médicales, différentes écoles de Tournai, Lire et Ecrire

## AUJOURD'HUI, JE PRENDS MON DIABÈTE EN MAIN



### Initiateur et coordonnées

**Maison Médicale La Poudrière**  
Rue de la Poudrière, 25 – 5100 Jambes  
Marie Botman - 081/30 69 11  
mariebotman@hotmail.com



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

La prévalence du diabète ne fait qu'augmenter et la prévention des complications est indispensable. Une première problématique est la sensibilisation de la population à cette maladie et l'organisation d'un dépistage. S'ajoute à cela la problématique de la prise en charge de la pathologie, avec la prévention des complications. Pour cela, le patient est l'acteur principal.



### Logique globale du projet

Le projet vise plusieurs groupes cibles : les soignants de la Maison médicale, des accueillantes aux médecins en passant par les kinés ; les diabétiques en pré-trajet, c'est-à-dire les personnes souffrant de diabète et n'étant pas en Trajet de Soins ou en Convention : des patients n'ayant donc pas d'insulinothérapie et l'ensemble des patients fréquentant la Maison médicale.

La Maison médicale a abordé le problème en organisant un dépistage, une sensibilisation et une formation de l'ensemble du personnel et des patients ainsi que des consultations individuelles pour les patients diabétiques ; en développant la prise de conscience et l'empowerment des patients diabétiques, en améliorant le suivi des patients depuis l'éducation jusqu'à la fixation d'objectifs personnalisés et en favorisant une transdisciplinarité dans la prise en charge par l'équipe.

L'objectif final est d'instaurer un suivi régulier, proactif et personnalisé pour la prévention du diabète auprès des patients diabétiques.



### Processus

Concrètement, la maison médicale a partagé des connaissances en réunion d'équipe et en réunion médecins/infirmières ; a mis en place un dispensaire « Diabète » géré par une infirmière, avec consultations individuelles, bilan de santé avec échéance, bilan nutritionnel, prévention et établissement d'objectifs avec le patient et a instauré une collaboration avec le médecin généraliste pour le suivi du patient, le rappel des échéances, les actes de prévention, la rencontre des nouveaux patients diagnostiqués.

Un article est paru dans le journal trimestriel de la maison médicale pour sensibiliser le public au diabète. Récemment, la kiné a créé un groupe de marche nordique pour la population cible. Ce sera un lieu d'exercices, mais aussi de rencontre et d'échanges.

Augmentation des heures du secteur infirmier depuis le 1er septembre 2021.

Organisation à partir d'octobre 2021 de séances de dépistage du diabète ouvertes à tous.



### Principaux enseignements

Le projet a confirmé que le patient est le premier acteur de sa santé et de sa prise en charge, que l'entretien motivationnel est la première chose à mettre en place dans l'éducation à la santé et qu'il est important de partir des connaissances et de l'expérience du patient.

D'autre part, un projet doit être porté et partagé par toute l'équipe pour toucher le plus de patients possible. Cela implique de la coordination, des remises en question régulières et des ajustements collectifs.

Petit détail qui compte : penser à chercher et à utiliser ce qui existe déjà plutôt que faire du neuf (l'idée était de créer des folders sur différents thèmes, mais comme l'ABD en a déjà publié, ceux-ci sont proposés aux patients de manière ciblée).



### Avenir

Pour en faire un projet bien installé et pérenne, avec des automatismes dans la prise en charge et de véritables échanges avec les patients, il faut pouvoir engager une infirmière supplémentaire et dégager du temps malgré la charge de travail croissante et persévérer dans la prise en charge pluridisciplinaire, affiner la collaboration médecin/infirmières.



### Partenaires

Aucun partenaire

## VERS UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION DE LA SANTÉ MENTALE, UNE MEILLEURE VISIBILITÉ DE L'OFFRE DE SOINS ET UN AUTRE REGARD ENVERS CEUX ET CELLES QUI LA CÔTOIENT



### Initiateur et coordonnées

**Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale /  
Brussels Platform voor Geestelijke Gezondheid**  
Rue de l'association 15 – 1000 Bruxelles  
Valérie Debadts - 02/289.09.67 - [www.pfcsm-opgg.be](http://www.pfcsm-opgg.be)



PLATEFORME DE CONCERTATION  
POUR LA SANTÉ MENTALE  
EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

Il est important de sensibiliser le grand public aux questions de santé mentale et de déstigmatiser la maladie mentale. Cela suppose de fournir aux citoyens et aux professionnels des informations de qualité. C'est aussi un besoin majeur pour les différents publics de la Plateforme, qui ont besoin d'avoir des informations centralisées et aisément compréhensibles. Le développement du nouveau site internet de la Plateforme entend répondre à ces objectifs. Il réunira un grand nombre d'initiatives et d'organisations qui ont vu le jour à Bruxelles ces dernières années dans le domaine de la santé mentale et on y trouvera des informations générales et spécialisées sur ce sujet ainsi que les actualités du secteur. Les personnes en demande pourront être orientées vers des organisations partenaires.



### Logique globale du projet

Le site internet a été articulé en plusieurs parties :

- une partie informations, qui répond aux critères de la littératie en santé : l'information est transmise de la manière la plus simple et la plus compréhensible possible;
- une partie présentant les différentes activités de la Plateforme : groupes de travail, recherches, initiatives,...
- une partie pour les professionnels : accès entre autres aux documents des groupes de travail et autres informations nécessaires.

Des liens renvoient l'utilisateur vers des sites existants et d'autres sources d'information.



### Processus

La création du site internet résulte d'un travail d'équipe durant lequel chacun (collègues, usagers, proches, professionnels, partenaires et membres de la Plateforme) apporte sa contribution, que ce soit au niveau du contenu, de la relecture, de la structure, de la réflexion, etc.

Par ailleurs, la Plateforme cherche aussi à diversifier ses canaux de communication : newsletter (envoyée tous mois) et journal Schieve Niouz, Facebook (création d'une page pour les professionnels et d'une page pour les usagers et les proches), Twitter (création d'un compte), n° d'appel 0800/1234.1 (numéro d'information et d'entraide par et pour des usagers de santé mentale et des proches), formations (programme de psycho-éducation pour les proches de personnes avec un trouble schizophrénique), réalisation de deux brochures...



### Principaux enseignements

- Il n'est pas toujours évident de vulgariser une information pour le grand public lorsqu'on utilise tous les jours un vocabulaire spécialisé. D'une part, les initiateurs ont suivi une formation sur le Facile à Lire et à Comprendre (FALC) pour apprendre à simplifier leur langage. D'autre part, faire lire les textes par des personnes totalement extérieures au secteur aide à mettre le doigt sur des informations incompréhensibles par tout un chacun.
- La crise sanitaire a augmenté le besoin d'informations. Les personnes sont en recherche permanente d'informations et celles-ci sont dispersées et parfois perdues dans les méandres d'internet. D'où la volonté du projet de centraliser des informations fiables.
- L'échange entre partenaires est également primordial. La diversité des structures existantes est une richesse, qu'il faut cultiver. Les rencontres qui n'ont pas pu être organisées en raison des mesures sanitaires ont manqué. Des rencontres ultérieures et des partages d'expertise sont souhaités.



### Avenir

Il est prévu que le site internet de la Plateforme soit prêt à l'automne 2021. Ce sera un site dynamique, qui s'adapte à l'évolution et à l'actualité du secteur de la santé mentale. Il sera donc en évolution permanente. Les permanences téléphoniques du 0800/1234.1 ont démarré depuis juillet 2021.

D'autres projets et formations sont en cours d'élaboration et viendront compléter le pôle 'littératie' du projet.



### Partenaires

Partenaires du réseau



## AIDANTS, ET VOTRE SANTÉ ? PARLONS-EN



### Initiateur et coordonnées

**Aidants Proches ASBL**  
Route de Louvain-la-Neuve 4 – 5100 Belgrade  
Geneviève Aubouy, chargée d'études - +32(0) 81 58 30 67  
genevieve.aubouy@aidants.be



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

Il y a des aidants proches qui s'ignorent. Le projet cherche à les informer afin qu'ils prennent conscience de l'impact de leur rôle sur leur santé et des ressources qu'ils peuvent mobiliser pour prendre soin d'eux-mêmes. Le but est aussi d'outiller les professionnels pour qu'ils soutiennent les aidants (en les informant, les orientant vers les bons relais...).



### Logique globale du projet

Pendant la pandémie et le confinement, chaque citoyen a pu expérimenter ce que vivent chaque jour les aidants proches : ceux-ci sont devenus en quelque sorte « visibles ». Si la crise sanitaire a mis en évidence des fragilités dans le tissu social, elle a aussi eu pour effet de dynamiser l'*empowerment* des gens, qui ont déployé des solutions créatives pour maintenir les contacts, cultivé des liens sociaux de solidarité... Elle a démontré la capacité des individus à réagir dans les moments de crise (ex. : développement d'outils digitaux, engagement des métiers de santé et de contact, flexibilité d'organisations...).



### Processus

L'asbl a développé des outils (livrets, spots vidéo et audio, actes, affiches) construits sur le vécu des aidants pour toucher les deux publics, en multipliant les canaux d'approche.

- En 2020 : colloque sur le vécu des aidants, des professionnels et des citoyens durant la crise sanitaire et enquête sur la manière dont les aidants ont traversé la pandémie.
- En 2021 : développement d'une campagne média (TV et radio francophones belges) et d'un livret sur la santé des aidants proches, avec des affiches et des dépliants utilisés comme supports de communication dans le travail autour de la santé des aidants que mène l'asbl auprès de son réseau professionnel et associatif.



### Principaux enseignements

- importance de rendre accessibles des notions telles que la « littératie » mais aussi la « santé » : chaque projet doit avoir un rôle de « traducteur » et de vulgarisateur de concepts académiques auprès des publics que l'on souhaite sensibiliser
- penser « large » ! La littératie n'est pas que l'accès à la santé, c'est aussi une manière d'aborder la santé dans tout un environnement et sous différents angles (pas sous le seul volet bio-médical), en validant les expertises des groupes cibles : il faut travailler en confiance avec eux pour qu'ils partagent leur représentation de la santé dans une logique de « co-construction », qui englobe aussi leur vision, leurs attentes, leurs ressources
- la littératie et la santé sont abordées sous les angles micro (= ma santé en tant qu'aidant) et méso (= ma santé supportée/ déforcée par le réseau de professionnels qui m'aident à prendre soin de mon proche). Mais le volet macro participe aussi à la réflexion, ne serait-ce que pour l'évolution de la formation de base des métiers d'aide et de soins de première ligne !



### Avenir

- sensibiliser les aidants, les professionnels, le grand public à la réalité de l'aidance. Après le succès de la campagne TV et radio dans les médias francophones belges, les contacts explosent pour les asbl Aidants Proches et Aidants Proches Bruxelles ! 2 autres salves sont prévues, prolongées par des supports de communication qui seront cette fois destinés prioritairement au réseau des professionnels avec lesquels les asbl collaborent.
- outiller des publics variés dans le domaine de l'aidance : mise à disposition des actes du colloque, publication des résultats de l'enquête sur la santé menée durant la crise sanitaire et sur le ressenti des aidants (données épidémiologiques pour alimenter les chercheurs, les étudiants, mais aussi le monde politique, sur les protections sociales que nécessitent les aidants proches belges), publication d'un livret thématique sur la « Santé des aidants proches », basé sur des témoignages d'aidants et le regard de professionnels afin de susciter le dialogue sur les difficultés et les ressources des aidants.



### Partenaires

ASBL Aidants Proches Bruxelles - Cultures et Santé - Question Santé - CLPS Namur - Casa Clara - Globule bleu

## PROJET 'PATIENTS-FORMATEURS'



### Initiateur et coordonnées

**LUSS asbl - Ligue des usagers des services de santé**  
 Avenue Sergent Vrithoff, 123 – 5000 Namur  
 Cassandre Dermience – chargée de projets - 0460 95 86 75  
 c.dermience@luss.be



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

L'objectif du projet est d'impliquer activement des patients, considérés comme de véritables experts de vécu, dans la formation des (futurs) professionnels de la première ligne (étudiants infirmiers, médecins généralistes, pharmaciens) afin que leur expertise soit reconnue et que la formation des professionnels nourrisse le partenariat avec le patient.

Les patients-formateurs sont tous issus d'associations de patients. Ils ont une vision « collective » des enjeux liés à la santé et ont du recul par rapport à leur situation personnelle. Au fil des années, ils ont acquis une expertise propre à leur pathologie, mais dont beaucoup d'aspects liés à la prise en charge sont transversaux, quel que soit le patient rencontré par le professionnel de santé.



### Logique globale du projet

En témoignant de leurs expériences, les patients souhaitent insister auprès des soignants sur différents aspects centraux dans la relation de soins : la communication, l'empowerment, les droits et l'éducation thérapeutique du patient... Le but de ces échanges est que les soignants prennent conscience de la posture à adopter pour travailler en partenariat avec le patient. Les acteurs de la première ligne contribueront ainsi à renforcer les compétences en santé en développant une culture professionnelle ouverte à l'expérience du patient, une vision large de la santé et une relation d'écoute et de dialogue avec le patient.



### Processus

Les différentes phases du projet ont été :

- Un appel à candidatures et un entretien individuel pour chaque candidat patient-formateur, accompagné d'un représentant de son association
- Une première réunion pour créer du lien et se projeter collectivement.
- Division en 3 groupes de travail, en fonction de 6 thématiques, chaque sous-groupe préparant ses interventions de façon autonome.
- Une formation pour réfléchir collectivement aux six thématiques et une formation à la prise de parole, notamment via les outils de vidéoconférence.
- Huit collaborations avec des universités et hautes écoles, comprenant une ou plusieurs interventions par cours et plusieurs moments de préparation entre patients et avec les enseignants.
- Trois présentations du projet lors de webinaires/colloques virtuels
- Une matinée de réflexion sur la poursuite du projet donnant naissance à 4 groupes de travail : réalisation d'un recueil de témoignages, réalisation d'outils pédagogiques, réflexion autour de la vision stratégique, formation par les pairs.



### Principaux enseignements

- Ce sont les moments de débat et d'échange qui enrichissent la relation d'apprentissage. Ils permettent d'aborder les notions incontournables de la relation de partenariat patients-soignants à partir du vécu de chacun. En échangeant également sur leur propre vécu, les soignants se décentrent et s'ouvrent aux messages véhiculés par les patients. C'est un apprentissage par les émotions.
- Ce type d'apprentissage nécessite du temps pour que le débat puisse s'installer et que les (futurs) soignants soient réceptifs aux messages portés.



### Avenir

Aujourd'hui, le projet vit grâce à plusieurs enseignants qui sont convaincus de sa pertinence. Mais pour que cette pratique ne dépende pas simplement de la bonne volonté de certains enseignants, il est essentiel de l'intégrer dans le programme de formation des futurs professionnels. Il faut donc que des acteurs institutionnels (Fédération Wallonie Bruxelles, Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur, SPF Santé Publique) soutiennent cette initiative dans la durée et donnent les moyens (financiers et humains) aux établissements de formation pour que la participation des patients au cursus des (futurs) soignants devienne la norme.



### Partenaires

Haute École Libre Mosane - Haute École Louvain en Hainaut - Université de Liège - Université catholique de Louvain - Haute École Namur-Liège-Luxembourg - Haute École de la Province de Liège

## EMPOWERMENT DES USAGERS : CO-CONSTRUCTION D'UNE FORMATION À DESTINATION DES MAISONS MÉDICALES



### Initiateur et coordonnées

**Fédération des maisons médicales**  
Boulevard du Midi 25/5 – 1000 Bruxelles  
Joanne Herman, chargée de projet – +32 (0)2 514 40 14  
joanne.herman@fmm.be



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

Comment soutenir l'empowerment des usagers des maisons médicales, dans une vision de promotion de la santé et d'un paradigme humaniste des soins ? L'empowerment a été abordé dans cette recherche sous l'angle de sa dimension participative. Participation des usagers au niveau des soins (aller vers une décision médicale partagée), des activités collectives, des instances de décision et des comités de patients. Les groupes cibles du projet sont les professionnels de première ligne de maisons médicales et les usagers-patients de maisons médicales.



### Logique globale du projet

Sur la base d'une recherche permettant de faire un état des lieux de l'implication des patients en maison médicale et d'une analyse des freins et leviers existants, le but était de pouvoir co construire avec les parties prenantes des formations, mais les actions se sont diversifiées afin de soutenir plus largement l'empowerment et ce aux niveaux stratégique (équipes, instances de décision), culturel (partenariat avec des usagers dans diverses actions), information/outillage et structurel



### Processus

1. Recherche pour faire un état des lieux et une analyse des freins, des leviers et des pistes d'action, accompagnés par des professionnels et des usagers dans un groupe de travail : recherche de littérature, questionnaire à destination des maisons médicales (34 répondants) et entretiens (13 patients et 20 professionnels).
2. Actions déjà prévues : formations : la littératie en santé pour novembre 2021 et la participation pour 2022; structuration du partenariat usagers-Fédération : deux expériences pilotes (comité de patients fédération et espace usagers des maisons médicales liégeoises); information : logo du projet, page en création sur l'extra net; rencontres des équipes souhaitant un soutien; création d'un guide de la participation en maison médicale; définition d'un contrat spécifique pour les usagers bénévoles et reconnaissance de leur travail et participation d'utilisateur partenaire à la défense de la première ligne, à des formations en médecine générale.



### Principaux enseignements

Différents leviers existent dans un continuum entre l'individu, le collectif et l'institution pour favoriser l'empowerment des usagers, et apporter également des bénéfices aux professionnels. Citons le teach me back, le patient partenaire, le centrage des objectifs thérapeutiques sur le projet de vie du patient, l'utilisation d'un langage simple en santé...

- Les usagers utilisent essentiellement leurs savoirs expérientiels et nécessitent avant tout une relation respectueuse pour développer leurs compétences et pouvoir participer. Ils sont demandeurs d'échanges d'expérience et de reconnaissance.
- Les professionnels identifient le besoin de développer chez eux des compétences psycho sociales pour investir mieux le niveau communicationnel, peu appris lors des études. Ils sont demandeurs de formation, d'outils pratiques et d'échanges d'expérience.
- Les maisons médicales possèdent des leviers institutionnels importants, permettant de cadrer, motiver, développer une certaine culture de soins et de participation, communiquer. Des mutualisations d'outils et des échanges d'expérience sont intéressants à soutenir.



### Avenir

L'espoir est que, d'ici cinq ans, les formations aient été suivies par de nombreux professionnels, que le matériel développé soit inclus dans d'autres formations, comme celles destinées aux nouveaux travailleurs des maisons médicales, et que la littératie en santé et la participation des usagers soient devenues des objectifs stratégiques dans plusieurs maisons médicales. Un autre souhait est que les outils puissent être partagés entre maisons médicales et que des lieux d'échanges pour les professionnels et les usagers soient créés, permettant une montée des savoirs, des compétences. Et enfin, que la place des usagers soit reconnue et soutenue dans l'amélioration des soins et du système de santé.



### Partenaires

asbl Culture et Santé - Deux patients partenaires (Patricia Vega, Lisens Pierre, Vanderick Claire) - Gilles Henrard Maison Médicale Saint Léonard - Jaimie Lee Fosson Maison Médicale du Noyer - PSMG (Gaelle Chapoix) - LUSS

## SIMPLIFIONS LA SANTÉ ! ENSEMBLE VERS UN CENTRE DE SOINS AUX SERVICES ADAPTÉS À NOS COMPÉTENCES



### Initiateur et coordonnées

**Maison médicale Saint-Léonard**  
Rue Maghin 74 – 4000 Liège  
Dr. Gilles Henrard, porteur du projet - 04/227 13 43  
gilles.henrard@uliege.be



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

L'objectif principal du projet est d'intégrer la prise en compte de la littératie en santé dans les modes de fonctionnement au sein de la Maison Médicale St. Léonard, d'assurer une accessibilité équitable aux supports de communication et d'éviter ainsi la discrimination.

L'action est principalement ciblée sur la Maison Médicale St. Léonard en tant qu'institution. Les groupes cibles secondaires sont les travailleurs et les usagers de la Maison médicale



### Logique globale du projet

Diverses stratégies sont mises en place, en suivant une méthode de recherche-action participative (groupe de travail mixte usagers/travailleurs/ chercheurs). Elles visent à améliorer :

- La communication orale (clarté, compréhension de l'information)
- La communication écrite (prescriptions, documents administratifs, supports pédagogiques, signalétique).



### Processus

Au travers de réunions mensuelles, le groupe a d'abord réalisé un « diagnostic organisationnel » des forces et des faiblesses de la Maison médicale en matière de littératie en santé. Il s'est basé pour cela sur les résultats de deux questionnaires, destinés d'une part aux usagers de la Maison médicale et d'autre part aux travailleurs.

Sur la base de ce diagnostic, le groupe a défini une priorité d'action : « Evaluer, sélectionner, créer des supports et les utiliser de manière efficace avec le souci d'assurer l'équité face à l'accessibilité à ces supports, notamment à l'accueil de la Maison médicale. Réaliser cela à l'aide d'un processus en équipe permettant sa sensibilisation à la thématique de la littératie ».

La dynamique du groupe de travail mixte est bien assise au sein de la Maison médicale et la travailleuse chargée de la promotion à la santé y a été intégrée. Les supports écrits les plus souvent utilisés par les travailleurs ont été identifiés et un travail est en cours pour les simplifier et en faire des « déclencheurs » de situations pro-littératie – qui pourraient par la suite être appliquées ailleurs dans la Maison médicale.



### Principaux enseignements

- L'importance du choix des patients partenaires du projet : ils devraient avoir été soignés dans la Maison médicale, mais ne plus être dans un épisode aigu de soins pour pouvoir faire valoir leur point de vue en ayant pris du recul sur ce qu'ils ont vécu. Ils devraient être choisis en fonction de la richesse de l'expérience de leur parcours de soins, de leurs motivations à améliorer les services pour l'ensemble des usagers et de leur capacité à s'exprimer au sein d'un groupe.
- La lenteur, probablement utile, de ce genre de processus. Il faut se détacher d'un utilitarisme forcené.
- Il faut reconnaître la faible « marge d'énergie pour le changement » de l'équipe des travailleurs et en tenir compte en s'efforçant de proposer des changements qui ne sollicitent pas trop cette énergie.
- Il est difficile de dépasser le simple projet d'amélioration de la qualité pour mener une réflexion « méta » et conceptualiser le travail.
- Il est important de ne pas seulement développer du matériel, mais de créer aussi des situations « pro-littératie » – pour ainsi changer la culture.



### Avenir

Sortir de la « logique de projet » (limité dans le temps, dépendant d'énergies propres etc) est le leitmotiv de notre approche ! Nous espérons que le projet n'existera plus dans 5 ans : ce serait le signe de l'intégration de pratiques pro-littératies dans notre institution.



### Partenaires

Fédération des Maisons Médicales - Département de Médecine générale de l'Université de Liège



## AMÉLIORATION DES COMPÉTENCES ET DES RESSOURCES DES PATIENTS ET DES SOIGNANTS DE LA MAISON MÉDICALE LA PASSERELLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS



### Initiateur et coordonnées

**Maison médicale La Passerelle**  
Rue Gaston Grégoire, 16 - 4020 LIEGE  
Donatella FETTUCCI, coordinatrice - 04/344 94 44  
donatella.fettucci@lapasserelle.be



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

Le projet vise l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique, tant au niveau des soignants de 1<sup>ère</sup> ligne que des patients de la Maison médicale La Passerelle. Cette amélioration passe par un renforcement des compétences et des ressources du public cible pour arriver à une prise en charge partagée (soigné/soignant), multidisciplinaire, intégrée, continue, accessible et basée sur les besoins spécifiques du public.



### Logique globale du projet

Une évaluation a fait apparaître que la douleur est un motif fréquent de consultations à la Maison médicale. Par ailleurs, les soignants ont pointé leurs difficultés à prendre en charge les douleurs chroniques. Il a donc paru important d'améliorer les compétences et les ressources de l'équipe soignante en partageant des expériences et en discutant des prises en charges de manière multidisciplinaire.

Cette amélioration des compétences doit aussi permettre aux patients de se sentir davantage acteurs de la gestion de leurs problématiques de santé : compréhension des symptômes et de leurs facteurs déclenchants ou aggravants, connaissance de moyens thérapeutiques pour soulager les douleurs, meilleure connaissance de soi, demandes plus claires faites aux soignants.



### Processus

Un groupe mixte patients/soignants a travaillé sur une définition commune de la douleur chronique, puis a réalisé une enquête pour analyser les besoins et les difficultés des patients et des soignants dans les prises en charge.

Suite aux résultats de cette enquête :

- des actions spécifiques ont été menées dans le but d'améliorer les compétences et les ressources des patients : cours de yoga et méditation, avec capsules vidéos pour les encourager à pratiquer chez eux. Un numéro du journal des patients, coécrit avec des patients, a été consacré aux douleurs chroniques. Un carnet sur les douleurs chroniques est en cours de réalisation.
- des actions visant à améliorer les compétences et les ressources des soignants sont prévues, ainsi que des formations spécifiques à la prise en charge de la douleur. On a pu observer chez les soignants un changement de posture et de compréhension de la maladie, du vécu, du traitement, de l'impact du niveau d'instruction, du contexte.



### Principaux enseignements

- Un travail sur l'amélioration de la littératie en santé ne peut se faire qu'avec les premiers intéressés, les patients, qui doivent être inclus comme de réels partenaires et pas simplement à titre consultatif.
- Le groupe de patients impliqués doit être le plus hétérogène possible (en termes de genre mais aussi de niveau socio-culturel). Un travail d'inclusivité est nécessaire, même s'il demande beaucoup d'énergie.
- Les soignants doivent être prêts à entendre les besoins des patients, même s'ils ne correspondent pas aux besoins qu'eux-mêmes avaient projetés sur les patients. Les deux doivent être prêts à travailler ensemble sur ces besoins.
- Travailler sur la littératie en santé demande du temps et de l'argent. Les financements structurels ne tiennent pas compte de ce travail, ce qui empêche que la littératie devienne une pratique transversale.



### Avenir

On peut espérer que certaines actions (les activités qui favorisent l'autonomie des patients, les formations des soignants à la douleur) pourront être pérennisées.

Certains résultats ne seront pas immédiats, mais on espère que ces actions porteront leurs fruits d'ici cinq ans et pourront être étendues aux autres domaines de la santé.



### Partenaires

L'impatient, asbl des patients de la maison médicale - La Fédération des Maisons Médicales - L'université - Les cliniques de la douleur et les spécialistes.

## CO-CRÉATION, IMPLÉMENTATION ET ÉVALUATION PARTICIPATIVE D'ATELIERS DE PROMOTION DE LA SANTÉ POUR LES PARENTS AIDANTS PROCHES EN PÉDIATRIE



### Initiateur et coordonnées

**Université catholique de Louvain - Institut de recherche santé et société**  
30 Clos Chapelle-aux-Champs, Bte B1. 30.13 – 1200 Bruxelles  
Maëlle Boland et Anne-Catherine Dubois, chercheuses  
ateliers-parents-aidants@uclouvain.be



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

Comment soutenir les parents d'enfants vivant avec une maladie chronique complexe ou en situation de handicap ? Comment faciliter leur prise de décision en faveur de leur propre santé ? L'objectif du projet est d'apporter une réponse innovante à ces questions pour prévenir leur risque d'épuisement.

Cela implique de se décentrer de la maladie pour se centrer sur le parent aidant en le soutenant dans la mobilisation de ressources lui permettant d'agir en faveur de sa propre santé.



### Logique globale du projet

Cette recherche-action est alimentée par une revue de littérature et des réflexions collectives au sein d'un comité de pilotage rassemblant des parents, des professionnels de la santé et des chercheurs. Être parent d'un enfant présentant des besoins spécifiques implique un rôle d'aidant proche dont peu de parents ont conscience. De façon inédite, le projet vise à soutenir l'articulation de cette double identité de parent et d'aidant.

Cette co-construction a donné naissance à un cycle de 3 ateliers, animés par une psychologue et une infirmière pédiatrique, réunissant des parents d'enfants présentant des diagnostics pédiatriques variés (neurologiques, oncologiques, génétiques, ...).



### Processus

Les cycles d'ateliers ont été réalisés en ligne vu les mesures sanitaires en vigueur. Le taux de présence a été de 100%.

L'expérience a été réalisée trois fois, afin de tester et d'améliorer le dispositif.

Les participants aux ateliers formulaient les attentes suivantes : être accompagnés dans leur besoin de prendre soin d'eux-mêmes, se sentir moins seuls ; vivre un lieu d'échange et de partage et témoigner et transmettre leur vécu pour œuvrer à une société plus inclusive.

Au cours des ateliers, 3 objectifs ont été visés : permettre au parent de se sentir reconnu dans son vécu et dans sa parentalité ; aider le parent à identifier ses besoins à satisfaire pour tendre vers un meilleur équilibre personnel/familial et favoriser l'accès à ses ressources intérieures et extérieures.

Un guide d'animation et du matériel ont été élaborés pour répondre aux besoins des participants.

Un contact 3 mois plus tard a démontré la pertinence et l'impact positif des ateliers (prises de conscience, temps pour soi, meilleur équilibre familial, concrétisation de nouvelles ressources, ...).



### Principaux enseignements

Le format et le contenu du cycle d'ateliers ciblent réellement des besoins essentiels (tels que la promotion de la santé, la solidarité et la facilitation de l'accès aux ressources) qui font souvent défaut dans le quotidien des parents d'enfants vivant avec une maladie chronique complexe ou un handicap. Les participants aux ateliers ont applaudi le projet et en ont souligné la nécessité.

Selon notre étude, les éléments actifs de notre dispositif pour soutenir les parents sont : la combinaison du groupe de pairs et des apports des professionnels ; le binôme psychologue – infirmière pédiatrique, leur attitude bienveillante et leur accès à des supervisions ; la petite taille et l'hétérogénéité du groupe (sexe des parents, diagnostics et âges des enfants) ; le format numérique et chaleureux et le contact individuel avant et après les ateliers



### Avenir

Il est primordial de poursuivre cet élan de soutien au parent aidant. Le cycle de 3 ateliers est d'une bonne longueur pour faire l'expérience de cette forme de soutien et aborder les thèmes de bases. Ce cycle pourrait ensuite donner accès à des modules à la carte, auxquels les parents pourraient s'inscrire selon leurs besoins et intérêts.

La formation des professionnels aux besoins des aidants-proches en pédiatrie est un autre domaine à poursuivre.



### Partenaires

Les membres du comité de pilotage (parents et professionnels de la santé) ; Isabelle Aujoulat (promotrice) et Magali Lahaye (co-chercheuse) ; le Département de pédiatrie des Cliniques Universitaires Saint-Luc (Bruxelles) ; la Fondation France Répit, le Centre Léon Bérard ; Magenta et divers partenaires pour la diffusion

## AMÉLIORER LE DIALOGUE AUTOUR DE LA SANTÉ SEXUELLE ENTRE LES PATIENTS MIGRANTS VIVANT AVEC LE VIH ET LEUR MÉDECIN GÉNÉRALISTE



### Initiateur et coordonnées

**Plateforme Prévention sida**  
Place de la Vieille Halle aux blés 29/28 – 1000 Bruxelles  
Maureen Louhenapessy, Directrice adjointe - +32.2.733.72.99  
m.louhenapessy@preventionsida.org



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

Aujourd'hui une personne vivant avec le VIH qui atteint une charge virale indétectable, grâce à ses traitements antirétroviraux (ARV) ne transmet plus le virus et il ne voit son spécialiste que 2 ou 3 fois par an. L'essentiel du suivi se fera par le-la médecin généraliste acteur clé dans la prise en charge des Pvvih. Pour certain-es patient-es, il est difficile de réenvisager une sexualité active. Ils est parfois difficile pour eux d'aborder des questions intimes et privées et sont en demande, pour que le-la médecin généraliste soit proactif-ve et aborde le sujet de la sexualité.

Les patient.es migrant.es vivant avec le VIH présentent des spécificités liées à l'état de santé, à la littératie en santé, au manque de connaissances sur la prévention combinée. Ils ont des difficultés d'accès aux soins, aux traitements, à l'aide sociale et à la prévention. Le parcours migratoire vulnérabilise les migrant-es et augmente leur exposition au risque de transmission des IST et du VIH, les expose à des violences physiques et sexuelles et impacte leur état de santé physique et mental. Il est nécessaire d'en tenir compte lors de la consultation et lors des propositions de soins en s'assurant que la personne pourra bien les mettre en place.



### Logique globale du projet

Le projet vise à renforcer les compétences des médecins généralistes dans la prise en charge des patients migrants vivant avec le VIH et à aider les patients à parler avec leur médecin de leur santé sexuelle. Il veut donner aux soignants et aux soignés des outils permettant d'ouvrir le dialogue sur les questions liées à la sexualité.



### Processus

Après une analyse des besoins et des freins pour aborder la sexualité entre Pvvih migrants et médecin généraliste (focus group, enquête par questionnaire), trois outils ont été créés en concertation avec 20 médecins généralistes et 2 médecins spécialistes, puis évalués avec des médecins et ajustés en fonction de leurs réactions : une fiche de présentation courte et pratique à destination des médecins généralistes, qui résume les enjeux spécifiques rencontrés par les Pvvih migrants ainsi que des points d'attention pour le médecin ; un outil en ligne qui peut être utilisé pendant la consultation et un carnet de suivi du patient.



### Principaux enseignements

- Le premier comité de pilotage a mis en évidence l'importance d'élargir les expertises. Une convention de partenariat a été conclue avec Culture et Santé, qui apporte une grande expertise en littératie en santé.
- Durant la période de confinement, de nombreux Pvvih ont dû s'adapter aux mesures de restriction : suppression ou report de rendez-vous, problèmes de communication avec un personnel médical sous pression, adhésion perturbée au suivi médical, fracture numérique,...

Cela a mis en lumière d'autres besoins et a amené à modifier les outils destinés aux Pvvih : réalisation d'un carnet de suivi médical qui peut servir d'aide-mémoire (noms des médicaments, rappel des prises...).



### Avenir

- Faire évoluer l'information dans l'outil en ligne (en fonction des avancées médicales et des besoins des publics cibles)
- Plaider pour développer la formation sur la santé sexuelle et le vih dans les cursus des futurs professionnels de la santé
- Développer des formations à destination de médecins généralistes (littératie, santé sexuelle, ist/vih)
- Au vu du développement de l'e-santé (consultations, documents numériques et prises de rdv en ligne), il sera important de mener un travail de réflexion afin de diminuer la fracture numérique et de voir comment prendre en compte la littératie en santé dans ces outils.



### Partenaires

Culture et Santé ; Fédération de maisons médicales ; infirmière et sexologue du CRvih Erasme ; médecin spécialiste CRvih St Pierre ; Espace Mandela groupe patients experts migrants ; PSMG/SSMG ; médecins généralistes

## FORMATION ET OUTILS D'INFORMATIONS PRATIQUES SUR LA SANTÉ EN RUE ET EN LOGEMENT



### Initiateur et coordonnées

**Infirmiers de rue asbl - Straatverplegers vzw**  
Rue Gheude 21 – 1070 Bruxelles  
David Spitaels – Responsable formations  
02/265 33 00 – 0477/48 31 50 – david.spitaels@idr-sv.org



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

Infirmiers de rue a constaté que les outils et formations développés pour les patients vivant en grande précarité répondent aussi à des besoins d'autres professionnels des secteurs médicaux et sociaux et même d'autres secteurs comme l'éducation ou la sécurité.

Il semblait donc important d'augmenter les compétences des professionnels du réseau médico-social qui travaillent avec les personnes sans-abri les plus précarisées, grâce à la création et à la diffusion de formations et d'outils techniques et de prévention.



### Logique globale du projet

Le projet a pour objectif de (ré)apprendre aux soignants ou aidants des règles pour améliorer la prise de contact, la communication et la prise en charge (en ambulatoire ou en institution) des personnes vivant en très grande précarité. Les formations et les outils doivent permettre à ces intervenants d'aborder un public qu'ils voient plus rarement et qu'ils connaissent moins bien.



### Processus

Concrètement, le savoir-faire et les méthodes de travail d'Infirmiers de rue ont été diffusés selon trois axes:

1. Réalisation et diffusion d'outils et instruments de travail
  - Ganymède : outil de régulation de consommation d'alcool.
  - Outil CVC (Corps, Vêtements, Comportement) : destiné aux intervenants de première ligne pour les aider à évaluer, à distance, la vulnérabilité du public dont ils s'occupent.
  - Hestia : outil de prévention des risques d'expulsion et de décès en logement.
  - Outil "Ressources / Barrières / Bénéfices" pour aborder la question de l'hygiène.
  - Les 5 piliers d'une consultation : leviers et freins en institution de soins pour les personnes sans-abri.
2. Offre de formations
  - Adaptation des formations en présentiel : nouveaux modules.
  - Réflexion préparatoire à la digitalisation de l'offre de formation.
3. Affiches et plans: actualisation, impression et distribution (affiches canicule, affiches froid, affiche nutrition, affiche Port du masque (Covid) + capsules vidéo "Comment bien porter un masque" et "Les gestes à adapter pour se protéger du Covid", plan des fontaines et des toilettes).

Pour l'instant, l'asbl poursuit la diffusion de ces outils et développe un concept de formations en ligne afin de rendre son savoir-faire et ses méthodes de travail accessibles à plus grande échelle.



### Principaux enseignements

Le projet a mis en avant l'importance :

- de partager les ressources et méthodologies avec les différents acteurs du réseau: sensibiliser le personnel soignant et les aidants aux spécificités des personnes vivant en grande précarité afin qu'ils puissent ajuster leur communication et leur prise en charge. L'objectif est de changer leur norme de comportement et de "standardiser" l'utilisation des outils d'Infirmiers de rue
- de développer une stratégie numérique pour réduire l'impact d'une situation telle qu'une crise sanitaire sur les plans de formations
- de collaborer entre plusieurs prestataires de soins, de savoir reconnaître et tirer parti des spécificités, approches et expertises de chacun.



### Avenir

Poursuivre la promotion des outils et des formations participera à une meilleure compréhension de la problématique et favorisera une meilleure prise en charge des personnes en grande précarité. Une offre de formations en ligne sera bientôt développée.

En rendant son savoir-faire accessible au plus grand nombre, Infirmiers de rue nourrit la qualité du débat au sein du secteur médico-social et favorise l'émergence de solutions.



### Partenaires

Maisons médicales, services sociaux, CPAS, services d'urgences des hôpitaux, services d'aide et de soin à domicile, services de sécurité et de gardiennage, le personnel communal, la STIB, partenaires du réseau.

## VAARDIG IN GEZONDHEID MET CHEQUE EN BUDDY



### Initiateur et coordonnées

**Logo Leieland**  
 President Kennedypark 10 - 8500 Kortrijk  
 Johan Himpe - En charge de la promotion de la santé  
 Johan@logoleieland.be - www.logoleieland.be



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

Des personnes vulnérables ayant de faibles compétences en santé et un mode de vie sain : deux choses souvent inconciliables. Comment mieux orienter ces personnes vers des programmes validés qui rendent leur mode de vie plus sain ?



### Logique globale du projet

L'objectif est d'orienter de manière plus rapide et plus durable des personnes vulnérables du Sud-Ouest de la Flandre – avec des problèmes de santé, un handicap ou une origine étrangère, qui vivent dans la pauvreté – vers des programmes qui améliorent leur mode de vie et de leur santé.

Les moyens utilisés sont : des campagnes d'information, des formations, des 'chèques santé' qui réduisent l'obstacle financier, des 'buddies' formés et des intervenants sociaux.



### Processus

1. Les obstacles à la participation à des programmes de promotion de la vie saine sont identifiés dans des focus groups avec le public cible.
2. Le dépliant est réalisé (dans un langage clair) et mis à la disposition du public, physiquement et en ligne : qu'est-ce qu'un bon programme de promotion d'un mode de vie sain (arrêter de fumer, faire de l'exercice, alimentation, bien-être mental) ? Les dépliants sont diffusés par les médecins généralistes, les administrations locales et les organisations de soins.
3. Le chèque-santé est proposé pour réduire l'obstacle financier : ce chèque couvre une partie des coûts de programmes validés de promotion d'un mode de vie sain. C'est un facteur de motivation pour s'impliquer et poursuivre le programme. S'ils n'utilisent pas le chèque, les personnes ont le sentiment de perdre quelque chose. La KU Leuven a mené une étude sur l'effet du chèque-santé.
4. Les 'buddies' (volontaires) et les intervenants bénéficient de séances d'information gratuites sur l'importance du mode de vie et les obstacles pour participer à ces programmes ainsi que sur l'utilisation des chèques-santé.

À ce jour, environ 500 membres du public cible ont suivi un programme, la plupart portant sur le bien-être mental, l'alimentation saine et l'exercice physique. 70 'buddies' et 50 professionnels ont été formés aux effets des programmes de promotion d'un mode de vie sain.



### Principaux enseignements

- Les personnes vulnérables sont souvent mentalement peu disponibles pour se préoccuper de leur santé et de la prévention à long terme. Le chèque-santé intéresse un (petit) nombre d'entre elles et exerce un effet motivant.
- Même avec le chèque, d'autres formes de soutien sont nécessaires pour motiver les gens à participer à de tels programmes : explication des avantages et des possibilités, dépliant dans un langage clair, personnes de confiance qui orientent (et qui ont à leur tour besoin d'une formation) ...

Comment renforcer les acteurs de première ligne qui veulent développer la littératie en santé ?

- Les professionnels ont eux aussi besoin d'informations claires sur les programmes de promotion d'un mode de vie sain pour pouvoir s'y retrouver. Le dépliant et la formation ont été très appréciés par ceux-ci.
- La communication au sujet du chèque se fait difficilement avec les médecins généralistes. Ce qui fonctionne, c'est une brève explication téléphonique suivie d'un e-mail et d'un paquet contenant une lettre d'accompagnement et un certain nombre de chèques-santé imprimés. Idem pour les services sociaux.



### Avenir

Le projet a été retardé par la crise du coronavirus, ce qui fait que les ambitions et les objectifs à atteindre ont été reportés à la fin 2021.

Le dépliant sera actualisé chaque année, la formation est donnée et les enseignements tirés du projet sont présentés aux Conseils de Soins des Zones de première ligne concernées.



### Partenaires

Organisation de lutte contre la pauvreté Akzie; KU Leuven; CM; Bond Moyson; De Brugzorgt; Familiehulp



## GEZOND OP LEEFTIJD. IN GROEP WEERBAARDER EN STERKER WORDEN



### Initiateur et coordonnées

**Medisch Huis 't Rondpunt**  
 Marieke Schroven, infirmière - 013 66 66 55  
 info@medisch-thuis.be  
 www.medisch-t-huis.be



**MEDISCH HUIS**  
 'T ROND PUNT



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

Continuer à vivre chez soi le plus longtemps possible en bonne santé, malgré la vulnérabilité liée au grand âge : comment une maison médicale peut-elle réaliser ce souhait de nombreuses personnes ?



### Logique globale du projet

Accroître l'autonomie et briser l'isolement social : c'est ainsi que le projet veut atteindre son objectif – permettre à des personnes âgées fragilisées de Laakdal et des communes environnantes de vivre chez elles le plus longtemps possible et en aussi bonne santé que possible. Le projet est adapté aux besoins et aux possibilités du public cible.

En vue de produire des résultats durables, le projet mise sur une combinaison entre une approche individuelle et une dynamique de groupe et propose une offre multidisciplinaire, basée sur la littérature scientifique.



### Processus

1. Volet individuel : questionnaire individuel à compléter (base : les critères ICF) et discussion sur la base des réponses. Des actions sont liées à cela, p. ex. mise en place d'une aide ménagère à domicile.
2. Volet collectif : des membres de l'équipe multidisciplinaire animent les séances de groupe et fournissent des informations, des outils et des exercices. Il s'agit d'un kinésithérapeute, d'un podologue, d'un coach, d'un ergothérapeute, d'un diététicien, d'un juriste notarial... Les thèmes sont entre autres l'alimentation, la prévention des chutes, les exercices physiques pour tester en bonne santé, la solitude, la planification anticipée des soins...
3. L'ergothérapeute examine avec chaque participant la situation à domicile et élabore un plan avec des solutions réalistes. Cette consultation est proposée pendant les séances en groupe.
4. Un projet de suivi, avec des thèmes encore à traiter, est établi après tout cela. Il est basé sur le feed-back des participants.



### Principaux enseignements

Les réactions des participants nous apprennent que ce projet a un effet de renforcement : les séances de groupe leur permettent par exemple d'en savoir plus sur les chutes et sur l'importance de faire de l'exercice. Certains appliquent ces idées et les transmettent à d'autres.

Renforcer les compétences en santé de ces personnes âgées signifie :

- adapter la méthodologie au public cible, p. ex. nombreuses répétitions
- travailler de manière accessible et s'adapter au contexte individuel dans lequel les gens vivent
- donner un droit de parole aux participants. Cela les motive, tout comme la dynamique de groupe
- assurer un cadre sûr et une écoute

Comment renforcer les acteurs de première ligne qui veulent développer la littératie en santé ?

- Utiliser des outils de mesure scientifiquement étayés.
- Travailler avec une équipe multidisciplinaire. Il y a un apprentissage mutuel d'une discipline à l'autre.
- Recruter le public cible de manière large et s'assurer qu'on touche tout le monde.



### Avenir

Il est prévu de proposer chaque année un programme de suivi, avec aussi des sujets apportés par les participants.

Un financement public de tels programmes serait très utile, p. ex. avec un budget de prévention pour personnes âgées.



### Partenaires

Commune de Laakdal, Lokaal Dienstencentrum Laakdal, Ergosum

## DE GEZONDHEIDSKIOSK



### Initiateur et coordonnées

**Logo Antwerpen i.s.m. Universiteit Antwerpen**  
 Patricia Van Pelt, collaboratrice Promotion de la santé  
 03 369 16 10 / 0496 28 40 06 - patricia.vanpelt@logoantwerpen.be  
 Dorien Onsea, coordinatrice du kioske - dorien.onsea@uantwerpen.be  
 www.logoantwerpen.be



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

Comment un service social, une maison de quartier etc. peut-elle toucher des personnes vulnérables qui vivent 'sous le radar', dans le but de promouvoir leur (littératie en) santé ?



### Logique globale du projet

Donner dans l'espace public des informations correctes et aisément accessibles ('portes ouvertes') sur la médecine (préventive) à des habitants d'un quartier en situation de vulnérabilité et ayant de faibles compétences en santé : tel est l'objectif du 'Kiosque de santé' (Gezondheidskiosk). Des organisations de la communauté locale peuvent y contribuer.

L'approche est participative et proactive. Le kiosque relie des partenaires qui sont actifs dans le quartier, des organisations et des habitants. Cela se fait de manière informelle, en créant une base de soutien et une confiance.



### Processus

1. Créer une base solide auprès de divers acteurs : le pouvoir politique, l'administration, des organisations du quartier et bien sûr aussi les habitants. La Maison de quartier Zermatt joue un rôle essentiel dans ce processus de mise en relation.
2. Le kiosque est installé sur une place de Borgerhout qui a plutôt une réputation négative. Des personnes issues du public fragilisé aident à l'aménager. Cela accroît leur implication, tout comme les volontaires (formés).
3. Le kiosque fournit des informations. Des ateliers et des séances d'information sont aussi organisés dans le même quartier.
4. Des alliances sont nouées avec des partenaires du quartier.
5. Une évaluation est faite après six mois : le public touché reflète-t-il la composition des communautés locales ?



### Principaux enseignements

- La priorité est de répondre aux besoins du quartier en question.
  - Travailler à partir de la maison de quartier implique d'emblée de relier des organisations issues de divers domaines (sport, pauvreté, aide sociale...) entre elles et avec le projet de kiosque. Cela a un effet de renforcement pour l'initiative.
  - Adopter une approche proactive et permettre l'appropriation du projet : c'est la nouvelle réalité d'un projet tel que celui-ci.
  - Visualisez votre projet, en l'occurrence le kiosque. C'est ce qu'a fait une illustratrice du quartier.
- Comment renforcer les acteurs de première ligne qui veulent développer la littératie en santé ?
- Grâce au kiosque, un dialogue partant des besoins d'un public spécifique peut se mettre en place d'un (sous-)secteur à l'autre.
  - La flexibilité de l'équipe du kiosque est importante : elle permet aux membres de se renforcer l'un l'autre.



### Avenir

Le kiosque est opérationnel à partir de l'été 2021. Idéalement, le concept se diffusera, après une évaluation positive, dans les quartiers sensibles d'Anvers. Il s'inscrit aussi très bien dans l'initiative fédérale de 'Community Health Workers'. Une collaboration publique-privée est à l'étude.



### Partenaires

Le district de Borgerhout est un partenaire. Le profilage se fait dans le cadre du projet SPICES - Universiteit Antwerpen (prévention des maladies cardio-vasculaires).

(V)AARDIG GEZOND



**Initiateur et coordonnées**

**Stad Mechelen**  
 Kristof Budts, collaborateur santé préventive  
 Cluster Welzijn en Gezondheid – Afdeling Sociaal Beleid  
 0476 86 16 81 - [www.mechelen.be/sociaal-beleid](http://www.mechelen.be/sociaal-beleid)



**Motivation sous-jacente / Exposé du problème**

Comment renforcer les compétences en santé de personnes vulnérables dans un quartier tout en menant un travail proactif de création d'un lien communautaire ?



**Logique globale du projet**

Le projet '(V)aardig gezond' met des habitants individuels et des groupes du quartier de Nekkerspoel en contact avec des professionnels de la santé et avec toute l'offre de santé. Cela se fait en collaboration avec la communauté et avec le quartier, où il y a peu de tissu social et de figures relais.

Les publics cibles sont :

- Public primaire : les habitants du quartier ayant de faibles compétences en santé ainsi que les soignants informels
- Public secondaire : les intervenants dans le secteur des soins et de l'aide sociale (de manière multidisciplinaire) et les professionnels de la santé dans le quartier
- Public tertiaire : les administrations locales et les hôpitaux

La Ville de Malines a recruté pour ce projet un travailleur de la santé chargé de mener un travail proactif.



**Processus**

La figure centrale du projet est le travailleur de la santé. Ses interventions sont de trois types :

- Général : toucher le quartier et les organisations locales par une présence en différents lieux, des conversations en rue avec des questions ouvertes, des visites à des pharmaciens, un partage d'information (folders, calendrier d'activités...)
- En situation : en s'adaptant à des situations spécifiques et des besoins et souhaits concrets d'un ou plusieurs habitants vulnérables. P. ex. : aider à trouver et à comprendre des informations sur la santé, préparer et suivre une visite chez le médecin, surmonter des obstacles, exploiter des expériences positives...
- Projets et actions : par exemple les ateliers 'Alimentation saine', des balades de quartier avec le chien, le 'livre de soupes' du quartier, interroger des figures relais et des partenaires professionnels du quartier au sujet des besoins



**Principaux enseignements**

- Un facteur critique de succès est de pouvoir toucher et impliquer des figures relais clés pour en faire des alliés.
- Il est essentiel qu'une personne de confiance fasse un travail 'd'accrochage' et guide les personnes ayant de faibles compétences en santé à travers le paysage des services sanitaires.
- Rechercher des besoins partagés pour pouvoir mettre sur pied une offre et un réseau pour le quartier.
- On implique aussi bien les habitants vulnérables du quartier que des figures clés et des partenaires concernés dans le travail participatif.
- Insérer le projet dans d'autres projets et actions émanant du pouvoir politique.

Comment renforcer les acteurs de première ligne qui veulent développer la littératie en santé ?

- Offrez structurellement à ces acteurs davantage d'occasions et de possibilités d'échange sur des thèmes communs.



**Avenir**

L'objectif est de tester ce modèle de travail proactif et de le déployer aussi dans d'autres contextes/quartiers. On peut aussi songer (en cas de budget insuffisant) à des 'guides santé' : des volontaires qui font office de voisins attentifs et prennent en charge le travail de quartier. Le but reste de renforcer les compétences en santé.



**Partenaires**

Une collaboration avec plusieurs partenaires locaux s'est faite au cours du projet : administrations locales, zone de première ligne, acteurs de la santé et de l'aide sociale, organisations touchant des publics fragilisés...

## HEALTH ON THE MOVE



### Initiateur et coordonnées

**Gevangenis van Dendermonde**  
Sint-Jacobstraat 26  
9200 Dendermonde  
Annelies Jans - 0499 54 17 71

HULP- EN DIENSTVERLENING  
AAN GEDETINEERDEN



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

Les détenus constituent un public spécifique en matière de littératie en santé. Comment accroître leurs connaissances et leurs compétences dans leur situation ?



### Logique globale du projet

Informier, communiquer et mener un travail participatif sur des questions de santé : tels sont les termes clés du projet. En plus des détenus eux-mêmes, l'accent est aussi mis sur leurs proches.

La prison en tant qu'institution, le personnel et les autres prisons de Flandre constituent le troisième public visé.



### Processus

La campagne se déroule en plusieurs phases. Celles-ci ont été fortement ralenties à cause de la crise du coronavirus dans ce contexte carcéral spécifique.

- Quels sont les thèmes ? Les experts et les détenus les définissent ensemble : sommeil, sexualité, 'journées chaudes', addictions, hygiène, alimentation, exercices physiques, bien-être mental, visites chez le médecin, médicaments. Cela se fait par le biais de groupes de discussion et de questionnaires.
- Quelle est l'offre actuelle et dans quelle mesure est-elle adaptée (ou non) à des personnes ayant de faibles compétences en santé ? Quels sont les points forts et les lacunes ?
- La campagne est réalisée au moyen d'affiches, de brochures, d'activités, de gadgets... L'aspect prioritaire est sa faisabilité dans le contexte spécifique de la prison.
- Les proches des détenus sont également sensibilisés aux différents thèmes.
- Le personnel est impliqué dans l'impact positif de meilleures compétences en santé.
- Ancrer ces actions dans la politique de gestion. Par exemple, un plan d'action adapté contre la chaleur avec des distributeurs de crème solaire.
- Évaluation, adaptations et partage de matériel avec d'autres prisons.
- Pointer les problèmes rencontrés à un niveau politique supérieur.



### Principaux enseignements

- Se limiter aux informations essentielles en partant des informations de base. Filtrez les informations.
- Une vision et une perspective à long terme sont nécessaires pour impliquer le public des détenus.
- Un groupe de travail enthousiaste n'est pas forcément une garantie d'une large adhésion au projet. Comment convaincre des personnes que les compétences en santé sont aussi importantes dans une prison ? C'est la question clé et c'est tout le problème.
- La politique de participation ne se limite pas aux questions de littératie en santé.

Comment renforcer les acteurs de première ligne qui veulent développer la littératie en santé ?

L'intégration du Service médical de la prison dans le SPF Santé publique créera sans aucun doute davantage d'opportunités.



### Avenir

L'ambition est de répéter le projet chaque année et de diffuser le matériel (de qualité!) dans les prisons flamandes. Le processus fournit aussi des enseignements utiles dans d'autres contextes que celui des prisons.



### Partenaires

Initiateurs : le groupe de travail Health on the Move avec DG Epi, Logo Dender vzw, CAW Oost-Vlaanderen, le coordinateur stratégique de la Communauté flamande. Partenaires : entre autres Sensoa, AZ Sint-Blasius, Obra | Baken, Ville de Dendermonde

## TELL ME WHAT YOU EAT



### Initiateur et coordonnées

**Familial Adenomatous Polyposis Association (FAPA)**  
 Chaussée de Louvain 479 - 1030 Bruxelles  
 Katlijn Sanctorum - 02 743 45 94 et 0470 36 72 93  
 katlijn@belgianfapa.be - www.belgianfapa.be



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

Comment établir un régime/des conseils nutritionnels fonctionnels après une colectomie ou une opération et ablation du côlon ? C'est souvent une recherche pénible pour les patients.



### Logique globale du projet

Le projet soumet à des diététiciens des hypothèses qui sont ensuite validées, étayées et transformées en un outil d'aide au patient dans sa vie quotidienne (chez lui et à l'hôpital). Le public visé est celui des patients chez qui on a diagnostiqué un cancer héréditaire de l'intestin (polypose adénomateuse familiale ou syndrome de Lynch) et qui ont subi une intervention chirurgicale.



### Processus

1. Interrogation des patients : de quoi ont-ils besoin pour les aider à établir un régime fonctionnel (questionnaire, focus group) ?
2. Résultat : un aperçu des sources, des lacunes et des obstacles ainsi qu'une image des doutes, des présupposés et de la grande diversité individuelle au sein du public cible.
3. Conclusion : les patients peuvent tirer profit d'un outil destiné à une utilisation quotidienne et d'informations sur la maladie, les thérapies et la manière dont ils peuvent faire état de leurs observations.
4. Les recommandations (faites par un étudiant bachelier) ont constitué la base pour développer le prototype d'un outil, sous la forme d'un système à feuilles mobiles. Cela s'est fait en concertation avec des patients dans des focus groups (en ligne).
5. Phase de test de l'outil en ligne et hors ligne avec un panel de douze patients, à nouveau dans le cadre d'un travail de fin d'études.
6. Lancement du processus pour finaliser le carnet de bord et le faire compléter par des diététiciens impliqués dans le projet.



### Principaux enseignements

- Il y a un grand besoin de contacts et d'échanges d'expériences avec d'autres patients, surtout chez les patients sans antécédents héréditaires de la maladie (les autres peuvent souvent se tourner vers leur famille).

Comment renforcer les acteurs de première ligne qui veulent développer la littératie en santé ?

Grâce à ce projet, les diététiciens reçoivent des informations importantes et nouvelles pour eux de la part de patients, au travers de la communauté (en ligne et hors ligne) et lors de moments de contact.



### Avenir

- Le carnet de bord est présenté à de nouveaux patients à l'occasion d'un premier contact (visite à domicile). Ils sont d'emblée impliqués, avant même ou juste après l'intervention chirurgicale.
- La communauté continue à être informée par des bulletins d'information et des ajouts au carnet de bord.
- Le remboursement des consultations doit mieux se faire (pouvoir politique).
- Les diététiciens restent informés en permanence de ce que les patients jugent important et de la manière dont leur autonomie peut être favorisée.



### Partenaires

Vlaamse Beroepsvereniging van Diëtisten (VBVD); Union Professionnelle des Diététiciens de langue Française (UPDLF); Haute École Vinci; UZ Leuven; UCLL; Fondation contre le Cancer



## HET KLIKT! EEN MEERTALIGE RESPONSIEVE WEBSITE VOOR EERSTELIJNSZORG



### Initiateur et coordonnées

**Universiteit Gent**  
 Groot-Brittanniëlaan 45 - 9000 Gent  
 Prof. dr. Ellen Van Praet - Groupe de recherche Multiples  
 ellen.vanpraet@ugent.be - www.ugent.be  
<https://www.matchen.org/app>



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

Dans la première ligne, il est souvent difficile d'avoir une discussion avec des patients non-néerlandophones, dont les compétences en santé sont plus limitées dans de nombreux cas. Comment améliorer la communication entre les intervenants et notamment les parents non-néerlandophones ?



### Logique globale du projet

En Flandre, il y a une grande demande des professionnels des soins à pouvoir disposer de solutions aux problèmes de communication avec des parents non-néerlandophones et à pouvoir échanger des connaissances sur les outils existants (les interprètes peuvent remédier au problème, mais il n'y en a pas toujours).

En même temps, les personnes issues de l'immigration ont souvent des compétences plus limitées en santé, même si les recherches dans ce domaine sont pratiquement inexistantes.

Le projet 'Het klikt!' veut répondre à ces deux besoins /lacunes au moyen d'un site internet réactif. Le public cible est donc double :

- les intervenants de première ligne, qui ont ainsi plus de possibilités de donner des informations sanitaires en plusieurs langues;
- les parents non-néerlandophones qui peuvent communiquer plus efficacement avec les intervenants professionnels et ainsi renforcer leurs compétences en santé.



### Processus

- Phase 1. Recherche des besoins de communication des soignants (discussions, focus groups).
- Phase 2. Développement d'une version expérimentale du site internet interactif pour le sujet «Apprentissage de la propreté» en 6 langues : néerlandais, français, anglais, turc, arabe et farsi.
- Phase 3. Adaptation de la version expérimentale et développement d'un deuxième thème «Prise de médicaments».
- Phase 4. Test sur le terrain avec des intervenants de première ligne.



### Principaux enseignements

Comment renforcer les acteurs de première ligne qui veulent développer la littératie en santé ?

Échanger des informations et réunir des acteurs de première ligne issus de secteurs divers : l'importance de faire cela est clairement apparue dans ce projet. Le partage de connaissances immédiatement applicables (p. ex. sur des outils existants) donne, en outre, naissance à une communauté apprenante.



### Avenir

Une version utilisable du site internet réactif sera disponible fin 2021. Elle sera largement diffusée auprès de soignants. Avant cela, il y aura encore une phase d'observation auprès des acteurs de première ligne afin d'affiner le fonctionnement et de formuler les consignes d'utilisation.

Dans un avenir plus lointain, on envisage d'étendre aussi bien les thèmes que le nombre de langues (actuellement six) de l'app.



### Partenaires

VUB - Wijkgezondheidscentrum De Piramide (Menen) - VLAIO project MATCHEN ([www.matchen.org](http://www.matchen.org))

## HEALTHLI BUURTKOMPAS



### Initiateur et coordonnées

**Thomas More | Mobilab & Care**  
 Kleinhoefstraat 4 - 2440 Geel  
 Leen Haesaert & Karolien Baldewijns  
 014 56 23 28 - [www.thomasmore.be](http://www.thomasmore.be)  
<https://mobilabandcare.be/healthli-buurtkompas/>



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

L'autonomie est un concept clé dans le paysage actuel des soins de première ligne. Comment un acteur de première ligne peut-il renforcer les compétences en santé nécessaires à cela auprès de publics vulnérables ?



### Logique globale du projet

Ce projet rassemble les connaissances et l'expérience de divers partenaires dans une zone de première ligne afin de détecter des publics vulnérables et leurs besoins. Une forme de soutien est élaborée en co-création et selon un processus 'bottom-up', qui est systématisé en une méthodologie (le HealthLi Buurtkompas) capable d'inspirer d'autres zones de première ligne et leurs partenaires.

Les cibles sont les zones de première ligne et leurs acteurs. Durant le processus, on a constaté dans la zone de première ligne Pallieterland la nécessité de soutenir de jeunes adultes confrontés à la solitude.



### Processus

Le HealthLi Buurtkompas est une méthodologie qui peut être développée en plusieurs étapes :

1. Une analyse de l'environnement identifie les compétences en santé et les besoins de publics locaux vulnérables. Quels sont les indicateurs d'un risque accru de faibles compétences? Les résultats sont discutés avec un groupe de travail diversifié et complétés par un questionnaire adressé à des acteurs de première ligne. Le groupe de travail les analyse et formule un avis. Le Conseil des soins décide ensuite sur quel thème et pour quel public un programme de soutien est développé. Dans ce cas, cela a été : la solitude de jeunes adultes psychologiquement vulnérables, un thème tabou.
2. Le programme de soutien est élaboré en co-création avec des intervenants concernés, des organisations, des associations de patients et des membres du public cible. Le matériel fait l'objet d'un feedback et une version pilote du programme est testée. Le besoin a surtout été de mieux faire connaître les possibilités d'aide et d'accompagnement et de les rendre plus accessibles. Le public visé a ainsi été étendu à tous les jeunes adultes.
3. L'idée Ensemble contre la solitude a germé pendant le processus de co-création. Elle a débouché sur trois guides largement diffusés dans la zone Pallieterland : pour les habitants, pour les intervenants de première ligne et pour les administrations et organisations locales.



### Principaux enseignements

- Il s'avère qu'il n'est pas simple de travailler en co-création sur un thème tabou. La constitution d'un groupe de travail ne va pas de soi.
- Le projet se heurte à des problèmes institutionnels, comme les listes d'attente dans les soins de santé mentale et la complexité des modalités de remboursement.
- Beaucoup d'organisations et d'associations s'attachent à créer des liens, mais veillent encore trop peu à 'approfondir les relations'.

Comment renforcer les acteurs de première ligne qui veulent développer la littératie en santé ?

Renforcer spécifiquement les compétences en santé concernant la solitude exige une approche commune. Cela renforce tout le monde.



### Avenir

- Les trois guides continuent à être finalisés et mis à jour. Ils peuvent aussi être utilisés dans d'autres zones de première ligne.
- La méthodologie du HealthLi Buurtkompas visant à renforcer la littératie en santé est présentée à d'autres zones de première ligne. Des séances de formation suivront peut-être plus tard.



### Partenaires

Thomas More Mechelen-Antwerpen vzw, Creative & Innovative Business; Eerstelijnszone Pallieterland

## ZORGIJS



### Initiateur et coordonnées

**Hogeschool UCLL**  
Sam Pless - Sam.pless@ucll.be  
www.ucll.be/zorgwijs



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

Comment une organisation peut-elle rendre les soins plus accessibles et plus inclusifs ? Ce projet a recherché des moyens de le faire. La fracture sociale en matière de santé est en effet une réalité.



### Logique globale du projet

Des professionnels et des organisations de première ligne – trois maisons médicales et une maison de repos et de soins – ont constitué le public cible primaire : comment peuvent-ils avoir une communication plus accessible et plus inclusive ? Le public cible secondaire était des personnes ayant besoin de soins : comment peuvent-elles être soignées de manière plus efficace et plus efficiente ?



### Processus

Le projet a consisté en quatre processus d'amélioration dans des organisations de première ligne (voir les partenaires) : analyse de leur accessibilité et de leur communication actuelles (forces, faiblesses via une enquête auprès de soignés et de professionnels dans toutes les composantes de l'organisation) ; formulation d'objectifs concrets et de publics cibles éventuels sur la base de plans d'action élaborés par les organisations, en collaboration avec les chercheurs et vérification auprès de collègues, mise en œuvre et évaluation.

Il y a des résultats à deux niveaux :

1. Recherche : développement de méthodologies et d'outils pour un processus d'amélioration, avec feuilles de route pour focus groups et brainstormings en ligne, arbre décisionnel pour 'co-création ou non', module de formation numérique et rapport final.
2. Organisations : quatre processus d'amélioration sur mesure, avec chaque fois d'autres publics cibles (p. ex. toutes les personnes ayant besoin de soins ou seulement les personnes ayant des douleurs complexes), d'autres objectifs... La collecte de connaissances a été importante.

En raison entre autres du coronavirus, le timing, les formats pour collecter les connaissances et les résultats ont fortement varié, allant d'une analyse du groupe cible à des plans d'action élaborés.



### Principaux enseignements

- En matière d'accessibilité et d'inclusivité, l'engagement et la bonne volonté des professionnels ne suffisent pas : il faut dégager structurellement un temps de travail suffisant.
- La participation et la co-création avec des personnes ayant besoin de soins ne vont pas de soi. Il est donc important de définir un processus d'amélioration sur mesure pour chaque organisation : objectifs, contenu, approche, timing, personnel disponible...
- Il est important d'interroger régulièrement le public cible et de bien adapter la méthode au sujet et au public.
- Améliorer l'accessibilité et l'inclusivité est un travail de longue haleine, mais des bénéfices rapides sont possibles.

Comment renforcer les acteurs de première ligne qui veulent développer la littératie en santé ?

- Quand une organisation identifie ses forces et ses faiblesses, il vaut mieux le faire de manière interactive, et pas avec une étude. Cela fournit des données plus riches et suscite des discussions interdisciplinaires.
- Un facilitateur externe peut être utile pour tendre un miroir critique à l'organisation.



### Avenir

Les résultats seront publiés (2021) et les actions seront mises en œuvre et évaluées, selon le calendrier de chacun.

- Avenir du projet : évaluer les actions à moyen terme; tester aussi des processus d'amélioration dans d'autres contextes (p. ex. interorganisationnels) et avec des publics spécifiques.
- Avenir du projet dans les organisations : attention continue accordée au thème, qui imprègne aussi les plans stratégiques (donc aussi à long terme).
- Avenir des méthodologies : services proposés par l'UCLL; mise à disposition de matériel; proposition d'accompagnement lors des processus d'amélioration.



### Partenaires

Les maisons médicales Ridderbuurt, Caleido et Vierkappes; la maison de repos et de soins Triamant

## WEGWIJS IN ZORG EN GEZONDHEID, EEN EDUCATIEF SPEL



### Initiateur et coordonnées

**Wijkgezondheidscentrum Rabot, Gent**  
Stephanie Byl  
Chargée de la promotion de la santé  
Stephanie.byl@wgcrabot.be  
<https://vwgc.be/gezond-en-wel/>



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

Comment une personne ayant besoin de soins trouve-t-elle les bons professionnels et les bonnes organisations ? Un problème connu et aigu pour des personnes qui ont de faibles compétences en santé.



### Logique globale du projet

Un jeu éducatif pour personnes ayant de faibles compétences en santé (16+) est créé en vue de les familiariser avec la base et le paysage complexe du système de santé, de leur faire comprendre leurs droits, d'augmenter ainsi leur assertivité et de leur faire découvrir à qui elles peuvent s'adresser.

Le jeu comporte 15 personnages ayant des besoins de soins variés et 12 organisations (aisément accessibles, faisant office de relais), pas seulement au niveau local. Le jeu est associé à un site internet avec des données pratiques sur ces organisations. Cela renforce aussi les compétences numériques (en santé) des joueurs.



### Processus

1. Le concept du jeu est défini avec un développeur professionnel et un groupe de résonance : contenu, choix des organisations, forme, matériel...
2. Une version provisoire est testée et adaptée en fonction du feed-back de divers groupes cibles.
3. Le volet numérique est mis au point (site internet, petit film pour chaque organisation...).
4. Un plan d'évaluation est élaboré avec l'UGent.
5. Diffusion et implantation du jeu auprès d'organisations, projets de formations, d'ateliers...



### Principaux enseignements

- Il n'est pas évident de 'traduire' sous forme de jeu les besoins et les publics très divers. La réponse est fournie par un jeu modulaire, ce qui permet à l'accompagnateur de répondre à des besoins spécifiques.
- Il est important d'impliquer le public cible dans la phase de développement et de test.
- Les organisations doivent travailler à leur accessibilité, ce qui est un défi : prise de conscience de la problématique par le personnel, modalités pratiques d'accessibilité (physique)...



### Avenir

L'objectif est que le jeu s'insère dans des programmes de formation sur la littératie en santé et qu'il soit prêté, via les centres de santé flamands. Un programme de 'formation des formateurs' est développé à leur intention.



### Partenaires

Partenaires pour la réalisation : centres de santé de Gand; Teir Productiehuis; De Aanstokerij (développeur de jeux); TAKK (bureau de communication – pages internet de soutien); Wablieft, centrum voor duidelijke taal; UGent (évaluation du jeu)

Groupe de résonance : Centrum BasisEducatie, KRAS vzw, Vlaams Instituut Gezond Leven, Huis van het Kind, Toren van Babel/OKAN, CVO Gent, VWGC, Ville de Gand, Logo Gezond+

## IEDEREEN GEZONDHEIDSVAAARDIG !



### Initiateur et coordonnées

**Kenniscentrum ARhus**  
 Bert Vergote - Coordinateur de projet  
 051 6918 00 ou 0478 37 41 45 - Bert.vergote@arhus.be  
 www.arhus.be



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

Comment accroître les compétences en santé des personnes, les rendre plus autonomes en matière de santé et sensibiliser les acteurs de première ligne à l'importance de la littératie en santé ?



### Logique globale du projet

La littératie en santé est cruciale non seulement pour le patient, mais aussi pour le soignant. C'est pourquoi ce projet vise deux publics :

1. les personnes vulnérables ayant de faibles compétences en santé et une autonomie réduite en matière de santé (en deux groupes : avec et sans passé migratoire, en raison de la langue, de besoins et d'exigences différents) ;
2. les acteurs locaux de première ligne qui peuvent fournir aux personnes des informations sur la santé.



### Processus

Le projet a consisté en des séries d'ateliers, aisément accessibles sur la littératie en santé, à trois niveaux: fonctionnel, interactif et critique. La forme et le contenu de ces ateliers ont été élaborés en co-création: les participants ont eux-mêmes déterminé quels aspects étaient importants pour eux et quels thèmes seraient travaillés.

Afin de réduire le seuil d'accès et d'établir une relation de confiance, des travailleurs sociaux et des figures-relais de la ville de Roulers ont été impliqués dans le projet. L'animateur des ateliers était toujours le même et le lieu était familier et accessible.

Pendant les ateliers, les acteurs de première ligne ont également été directement impliqués, afin d'inclure leurs expériences dans le dialogue et de fournir une réponse directe aux questions des participants.

Les ateliers ont débouché sur 6 conseils qui peuvent être utiles, tant aux soignants qu'aux patients afin de rendre le dialogue entre eux plus fluide.



### Principaux enseignements

- La co-création ne s'est pas toujours révélée être la méthodologie la plus adéquate : elle l'est pour composer le contenu des ateliers sur la base des besoins des participants, mais moins lorsque ceux-ci veulent surtout des réponses à des questions. Une mission qui est souvent sous-estimée.
- Impliquer des membres de publics vulnérables dans un projet comme celui-ci exige de la confiance, de l'expérience, du temps, les bons canaux et des moyens.
- La pandémie a montré qu'un déferlement d'informations était une grande source de confusion pour les personnes qui ont de faibles compétences en santé. Cela démontre d'autant plus la pertinence du projet, et par extension, des compétences en matière de santé.
- Au cours du projet, il est également apparu que les compétences en matière de santé sont liées à d'autres compétences, telles que les compétences sociales, les compétences numériques, etc.

Comment renforcer les acteurs de première ligne qui veulent développer la littératie en santé ?

- La littératie en matière de santé est une responsabilité partagée entre le patient, le prestataire de soins de santé et le réseau social de la personne. Le lien entre la littératie en santé et la prévention/résolution d'un problème médical n'est pas toujours établi.
- Les effets positifs démontrables de meilleures compétences en santé, y compris sur la réduction de la charge de travail pour les soignants, sont un facteur de motivation à long terme.



### Avenir

Le projet (les séances) et les outils développés pour les intermédiaires seront commentés lors d'un symposium pour l'association locale des médecins généralistes. Ils conviennent comme éléments d'une offre de formation dans une ville ou un centre de formation pour adultes.



### Partenaires

Ligo Midden en Zuid West-Vlaanderen, IDrops!, AZ Delta Roeselare, Stad Roeselare, Logo Midden-West-Vlaanderen, Kenniscentrum ARhus



## CULTUURSENSITIEVE ZWANGERSCHAPSKOFFER



### Initiateur et coordonnées

**Wijkgezondheidscentrum Rabot, Gent**  
 Hanan Ben Abdeslam  
 Coordinatrice – sage-femme MSc  
 02 229 25 58 ou 0478 88 11 86  
 info@expertisecentrum-vollemaan.be  
 www.expertisecentrum-vollemaan.be



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

Les femmes enceintes vulnérables issues de l'immigration courent plus de risques pour leur santé : à cause de soins pré- et postnataux moins adéquats, d'un manque de connaissances, de la barrière de la langue et d'un faible statut socio-économique. Elles ont du mal à s'y retrouver dans le système de soins de santé.



### Logique globale du projet

La 'Valise grossesse à sensibilité culturelle' veut améliorer leur qualité de vie et leur littératie en santé. Ces femmes constituent donc le public cible primaire. Le public secondaire est celui des professionnels qui disposeront avec ce projet d'un matériel utile, sans la barrière de la langue : maisons médicales, organisations de femmes, centres d'expertise, ONG, centres d'asile, Médecins du monde, cabinets de sages-femmes, (hautes) écoles etc.

Le but de la valise est de fournir des informations sur la grossesse, depuis le test de grossesse jusqu'à l'accouchement et aux premiers jours du bébé. Divers thèmes typiques de la grossesse sont abordés, y compris le bien-être mental, les émotions, le ressenti personnel et les aspects spécifiquement culturels.



### Processus

1. Inventaire : quel matériel visuel et concret existe déjà au sujet de la grossesse ?
2. Cela a permis de voir quels matériels concrets pouvaient être commandés (p. ex. un modèle de fœtus, un modèle réduit de bassin...), quel matériel visuel devait être ajouté (p. ex. affiches, brochures, cartes de naissance) et ce que le projet pourrait développer lui-même avec un illustrateur et une entreprise de fabrication de valises sur mesure.
3. Résultat : une série de 46 planches avec des informations visuelles, des brochures d'information et un guide d'utilisation. Les dessins sont adaptés à la culture du public cible.



### Principaux enseignements

- Principal enseignement : adapter la langue/le matériel au public cible. Des personnes peu alphabétisées, cela signifie avant tout une approche accessible et visuelle et un matériel concret, palpable. Cela favorise la mémorisation.
- Un lien authentique ne se crée pas seulement en mettant l'accent sur les compétences en santé, mais aussi sur l'aspect humain et mental.
- Un travail axé sur la sensibilité culturelle signifie qu'on se déplace dans divers univers de vie et qu'on acquiert aussi des connaissances en développant un outil comme celui-ci.
- Donner l'occasion aux femmes de se réunir et d'accroître mutuellement leurs connaissances. La valise facilite les interactions et la réflexion.

Comment renforcer les acteurs de première ligne qui veulent développer la littératie en santé ?

Faire acquérir des compétences en santé, cela signifie être accessible, ouvert, confiant et sensible aux aspects culturels. C'est la base. L'ouverture aux différences culturelles est essentielle. Cela exige une attitude, mais aussi des connaissances et un savoir-faire.



### Avenir

Un prototype de valise sera testé dans un avenir proche, puis évalué en permanence, mis à jour et adapté sur la base de recherches et d'expériences pratiques. L'objectif est aussi de diffuser la valise au niveau international.

L'ambition du projet est d'avoir un prolongement numérique (s'il y a un budget pour cela) : une plateforme en ligne proposant aux professionnels une formation pour utiliser la valise. L'information de la valise sera aussi mise à la disposition du public cible primaire sous format numérique.



### Partenaires

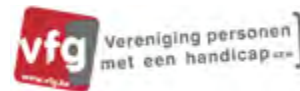
Sages-femmes; maisons médicales bruxelloises Medikuregem et De Brug; Groupe pour l'Abolition des mutilations sexuelles féminines (GAMS); Perinataal Netwerk Brussel; Kind & Gezin; Stuurgroep Gezond Zwanger; Born in Brussels – Group Care (CP); Huizen van het Kind; Respectvolle Geboorte; Erasmushogeschool Brussel – Researchgroup Brussels; Integrated Care & Universiteit Antwerpen

## BABELGIDS. VOOR EEN VLOT BEZOEK AAN DE DOKTER



### Initiateur et coordonnées

**VFG Oost-Vlaanderen**  
 Axelle Stevens - Collaboratrice Éducation  
 09 333 57 62 of 0478 81 13 59 - Axelle.stevens@vfg.be  
 www.vfg.be



### Motivation sous-jacente / Exposé du problème

Les personnes avec un handicap mental ont en moyenne de plus faibles compétences en santé. En conséquence, elles rencontrent aussi des problèmes pour dialoguer avec leur médecin traitant.



### Logique globale du projet

Le projet s'adresse à des personnes avec un handicap mental léger ou modéré – qui vivent chez elles de manière autonome ou qui résident en institution – ainsi qu'à leur réseau.

Un deuxième objectif est de conscientiser les médecins généralistes (en formation), les services et les associations d'usagers.

Un outil a été mis au point : le 'Babelgids' (Guide de discussion).

Le projet renforce la communication entre les personnes avec un handicap mental et leur médecin traitant, en :

- préparant et aidant structurellement ce public avant, pendant et après la visite chez le médecin;
- permettant à ce public, au moyen d'une visualisation, de renforcer ses compétences en santé.



### Processus

Les acteurs concernés ont été interrogés, après une étude de la littérature et une vérification du matériel existant : le public cible, les médecins généralistes, les experts et les associations d'usagers.

Le prototype de l'outil (le 'Babelgids') a ensuite été développé et diffusé auprès de médecins conseillers, d'experts, du public cible, de médecins généralistes et d'associations d'usagers.

Leurs réactions ont permis de finaliser l'outil, en collaboration avec un 'expert linguistique pour un langage clair' et un bureau graphique. Un groupe de travail assure la mise en œuvre/communication dans toute la Flandre.



### Principaux enseignements

Comment renforcer les acteurs de première ligne qui veulent développer la littératie en santé ?

- La co-création avec le public cible et d'autres acteurs a été très importante pour élaborer un outil sur mesure.
- Des moments d'intervision et une phase d'observation ont apporté de nouveaux éléments pour élargir l'angle d'approche.



### Avenir

La méthodologie a été déployée au sein de l'organisation elle-même. Elle s'adressera ensuite au réseau de VFG et à d'autres acteurs concernés. 10.000 guides seront diffusés de manière ciblée dans toute la Flandre. Le guide est aussi disponible en version numérique. Un paquet éducatif de soutien pour le groupe cible sur le renforcement des compétences en matière de santé est également développé.

Les médecins généralistes (en formation) sont informés et sensibilisés, de même que d'autres publics : les personnes non néerlandophones, les personnes âgées, les enfants...

Le 'Babelgids' est également utilisé dans un recherche-action afin de mesurer la qualité de l'outil et sa capacité d'empowerment.



### Partenaires

De Aanstokerij ; Wablief ; Gandae vzw et Huisartsen Dendermondsesteenweg

---

# VI. BIBLIOGRAPHIE

- Avalosse, H., Verniest, R., Vancorenland, S., De Cock, S., Gérard, F., Cornerotte, S., & Van den Broucke, S. (2017). Littératie en Santé (Health Literacy) et sources d'information. *Education Santé*, 338, 2-72.
- Berkman, N., Sheridan, S., Donahue, K., Halpern, D., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., ... & Schillinger, D. (2012). Ten attributes of health literate health care organizations. *NAM Perspectives*.
- Charafeddine, R., Demarest, S., & Berete, F. (2018). Enquête de sante 2018: Littératie en santé. Bruxelles : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440.72.
- Commission européenne (2021), Règlement (UE) 2021/522 du Parlement européen et du Conseil du 24 mars 2021 établissant un programme d'action de l'Union dans le domaine de la santé (programme «L'UE pour la santé») pour la période 2021-2027.
- Cultures & Santé (2016). La littératie en Santé : d'un concept à la pratique. Bruxelles : Cultures&Santé.
- Davis, T., & Wolf, M. (2004). Health literacy: implications for family medicine. *Family Medicine*, 36(8), 595-598.
- Dietscher, C., Pelikan, J., Bobek, J., Nowak, P., & World Health Organization. (2019). The Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL): A network under the umbrella of the WHO European Health Information Initiative (EHII). *Public health panorama*, 5(01), 65-71.
- Duong, T. V., Aringazina, A., Baisunova, G., Pham, T. V., Pham, K. M., Truong, T. Q., ... & Huang, H. L. (2017). Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *Journal of Epidemiology*, 27(2), 80-86.
- Heijmans, M., Uiters, E., Rose, T., Hofstede, J., Devillé, W., van der Heide, I., ... & Rademakers, J. (2015). Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union. Brussels: European Commission.
- Institute of Medicine (2004). Health literacy: a prescription to end confusion. Washington DC: The National Academies, 2004.
- Kickbusch, I. (ed) et al. (2013). Health literacy: the solid facts. World Health Organization (WHO).
- Kripalani, S., & Weiss, B. (2006). Teaching about health literacy and clear communication. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 888.
- Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3):259–267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 42, 159-173.

- 
- Nutbeam, D. & Muscat, D. (2021) Health promotion glossary 2021. Health Promotion International.
  - Parker, R. (2000). Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health promotion international*, 15(4), 277-283.
  - Pelikan, J.M., Ganahl, K., Van den Broucke, S., & Sørensen, K. (2019). Measuring health literacy in Europe: Introducing the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro, & K. Sørensen (Eds), *International Handbook of Health Literacy: Research, Practice and Policy across the Lifespan* (pp 119-142). Bristol: Policy Press.
  - Rondia, K., Adriaenssens, J., Van den Broucke, S., & Kohn, L. (2019). *Health Literacy: What Lessons Can Be Learned from the Experiences of Other Countries?* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
  - Rowlands, G., Russell, S., O'Donnell, A., Kaner, E., Trezona, A., Rademakers, J., & Nutbeam, D. (2018). What is the evidence on existing policies and linked activities and their effectiveness for improving health literacy at national, regional and organizational levels in the WHO European region. Copenhagen: WHO Europe.
  - Scott, T. L., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., & Baker, D. W. (2002). Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical care*, 40(5), 395-404.
  - Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
  - Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Mensing, M., Tchamov, K., Van den Broucke, S., & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.
  - Stormacq, C., Van den Broucke, S., & Wosinski, J. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promotion International*, 34(5), e1-e17.
  - Thomacos, N., & Zazryn, T. (2013). *Enliven organisational health literacy self-assessment resource*. Melbourne: Enliven & School of Primary Health Care, Monash University.
  - Vancorenland, S., Avalosse, H., Verniest, R., Callens, M., Van den Broucke, S., Renwart, A., ... & Gerard, F. (2014). De gezondheidsvaardigheden van de Belgen in kaart gebracht. *CM Informatie*, 258.
  - Vandebroeck, P. & Jenné, L. (2018). *Renforcer la littératie en santé. Les enseignements de dix pratiques étrangères innovantes*. Bruxelles: Fondation Roi Baudouin.
  - Van den Broucke, S. (2014). Health literacy: A critical concept for public health. *Archives of Public Health*, 72(1), 10-10.
  - World Health Organization (2017). *Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*.



*Agir ensemble pour une société meilleure*

La Fondation Roi Baudouin a pour mission de contribuer à une société meilleure en Belgique, en Europe et dans le monde. Elle est un acteur de changement et d'innovation au service de l'intérêt général et de la cohésion sociale. Afin de maximiser son impact, elle renforce les capacités des organisations et des personnes. Elle encourage une philanthropie efficace des particuliers et des entreprises. La Fondation a été créée en 1976, à l'occasion des 25 ans de règne du Roi Baudouin.



Le Fonds Docteur Daniel De Coninck investit dans une première ligne de soins accessible, qualitative et humaine. Il ambitionne ainsi d'améliorer la santé et la qualité de vie de quiconque nécessite des soins ou un soutien à domicile et d'épauler les professionnels de la santé et du bien-être qui les prodiguent.