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

Éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones en promotion de la santé – **educationsante.be**
Chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles
N° 422 / JUIN 2025

L'urgence du genre : sensibiliser les soignants

L'ange protecteur – Niki de Saint Phalle © efesenko – stock.adobe.com

Sommaire

3

RÉFLEXIONS
L'urgence du genre :
sensibiliser les soignants

9

RÉFLEXIONS
Vieillir hors des clous :
repenser l'accompagnement des plus vulnérables

6

INITIATIVES
Personnes âgées :
le voisinage comme levier de santé

13

INITIATIVES
Habitat groupé :
un mode de vie pour bien vieillir ?

educationsante.be

- Retrouvez tous nos articles et des inédits en ligne.
- Abonnez-vous à notre newsletter et découvrez d'autres articles, ressources et informations épinglés pour vous.

Retrouvez-nous aussi sur : facebook.com/revueeducationsante
linkedin.com/company/education-sante

MENSUEL (11 numéros par an, ne paraît pas en août). **ABONNEMENT :** gratuit pour la Belgique. Pour l'étranger, nous contacter. **RÉALISATION ET DIFFUSION :** Mutualité chrétienne (MC). **ONT COLLABORÉ CE MOIS-CI :** Julie Luong, Clotilde de Gastines, Sigrid Brisack, Pascale Broché, Laurie Vanbiervliet et Mélanie Delferrière. **RÉDACTRICE EN CHEF :** France Gerard (education.sante@mc.be). **ÉQUIPE :** Clotilde de Gastines, Maryse Van Audenhaege. **CONTACT ABONNÉS :** education.sante@mc.be. **COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT :** Pierre Baldewyns, Martin de Duve, Dominique Doumont, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Célestine Gallez, Estelle Georgin, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Denis Mannaerts. **COMITÉ OPÉRATIONNEL :** Tania Antonioli, Pierre Baldewyns, Nathalie Cobbaut, Dominique Doumont, François Negrel, Anne-Sophie Poncelet. **ÉDITEUR RESPONSABLE :** Alexandre Verhamme, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **MISE EN PAGE :** Émerance Cauchie. **ISSN :** 0776 - 2623. Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord de la revue et moyennant mention de la source. **POUR TOUS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :** Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET :** educationsante.be. **COURRIEL :** education.sante@mc.be. Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site **educationsante.be**. Notre site adhère à la plate-forme **promosante.net**. Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt : Charleroi X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrément : P401139. Crédit photos : AdobeStock. Photo de couverture : L'ange protecteur – Niki de Saint Phalle © efesenko – stock.adobe.com.

L'urgence du genre : sensibiliser les soignants

Alors que les offensives réactionnaires se multiplient en Europe et aux États-Unis, Charline Marbaix, appelle les soignant·e·s à ouvrir les yeux sur les violences exercées par et malgré elles·eux dans le cadre de leur pratique médicale en raison de biais sexistes, classistes, racistes et validistes.

RÉFLEXIONS

JULIE LUONG

Issue d'une famille de médecins, Charline Marbaix a étudié à l'UCLouvain. Elle se destinait à devenir psychiatre avant de s'orienter vers la médecine générale. Après quelques années de pratique comme généraliste en région bruxelloise, elle s'installe un an au Québec en 2020, où elle suit le certificat en études féministes à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) avant de revenir en Belgique et de s'inscrire au master interuniversitaire en études de genre. Elle réalise dans ce cadre un mémoire intitulé « L'urgence du genre, comment le genre se traduit dans un service d'urgences médicales », qui a reçu le prix du Comité Femmes & Sciences et le prix de l'Université des femmes. Après avoir exercé un temps en maison médicale, Charline Marbaix travaille désormais pour l'asbl Promo Santé & Médecine Générale, qui forme les généralistes à la promotion de la santé. Elle est aussi la co-autrice du podcast « Pourquoi c'est comme ça ? »[1], qui vulgarise des concepts féministes.

Les sciences humaines et sociales sont aujourd'hui très absentes de la formation des médecin·e·s. Étiez-vous déjà sensibilisée à ces questions et notamment au féminisme quand vous avez commencé vos études ?

Absolument pas. En revanche, pendant mes études de médecine, je me suis rapidement questionnée. Je trouvais qu'il n'y avait pas beaucoup d'espace pour critiquer le savoir, ouvrir la réflexion. J'ai été interpellée par le fait que nous étions censé·es proposer une molécule pour chaque problème de santé… alors que les problèmes sont tellement complexes et ancrés dans la société. Je ne comprenais pas très bien le sens. J'ai pratiqué pendant plusieurs années en tant que généraliste, mais je ne me retrouvais pas dans cette pratique médicale curative. J'ai plusieurs fois arrêté puis repris la pratique. Parallèlement à ces réflexions, les féminismes sont arrivés dans ma vie pour des raisons personnelles – mais le personnel est politique. J'ai reçu une éducation très très genrée, j'ai subi plusieurs agressions, j'ai vécu un avortement. À l'époque, j'étais aussi en couple hétérosexuel et toutes ces expériences se sont accumulées pour finalement me faire ouvrir les yeux sur les féminismes qui m'ont énormément aidée dans mon parcours. En 2020, je suis partie un an au Canada et j'y ai suivi un certificat en études de genre qui se donnait à l'université de Montréal depuis 20 ans… Les cours en sociologie de la santé et en « sciences, techniques et rapports de sexe » m'ont permis de faire le lien entre médecine et féminisme. C'était la première fois que je prenais vraiment de la distance par rapport à la formation que j'ai reçue grâce à des outils féministes, sociologiques et anthropologiques. Ça a été un énorme *shift* dans ma tête. C'était fabuleux et en même temps très inconfortable, dans le sens où je prenais aussi conscience des violences systémiques que je pouvais moi aussi reproduire en tant que personne blanche, médecin, etc. Je suis ensuite rentrée en Belgique et je me suis inscrite au master interuniversitaire en études de genre de l'ULB.

Dans le cadre de ce master, vous avez réalisé un mémoire portant sur l'impact du genre dans un service d'urgence.[2] Qu'avez-vous observé ?

L'idée, c'était d'analyser comment « le système genre » se traduit dans un contexte d'urgences médicales.

1 pourquoipodcast.be/#podcast
2 universitedesfemmes.be/se-documenter/telechargement-des-etudes-et-analyses/product/512-l-urgence-du-genre-comment-le-genre-se-traduit-dans-un-service-d-urgences-medicales-charline-marbaix

© diegograndi – stock.adobe.com

La Grotte – Niki de Saint Phalle

Je m'inscris donc dans une analyse matérialiste : les féministes matérialistes mettent en évidence que ce sont les rapports de pouvoir qui créent les catégories sociales. Les deux catégories créées par le sexisme dans notre société, ce sont les hommes et les femmes. Et ces catégories structurent toute la société. Il ne s'agit donc pas d'une analyse à travers les théories queer[3], qui vont davantage s'intéresser à l'identité de genre des personnes. J'ai fait une observation participante dans un service d'urgence et plus précisément aux consultations pour lesquelles l'attente pouvait durer plus de 6 heures, mais où la consultation était très courte et concernait particulièrement des pathologies orthopédiques comme des fractures, etc.

J'ai observé comment le système genre se traduisait à travers trois piliers : la patientèle, les soignant·e·s et les connaissances. Tout le monde tenait des discours sexistes et le plus fréquent concernaient la masculinité hégémonique c'est-à-dire la masculinité la plus valorisée dans notre société : la prise de risques, la violence et la tolérance à la douleur. Ainsi, les fractures du cinquième métacarpe (auriculaire), aussi appelée « fractures du boxeur », qui surviennent typiquement après avoir punché dans une porte, seuls des hommes venaient pour ça… Les normes qui définissent « ce que c'est d'être un homme » façonnent donc aussi les pathologies. De l'autre côté, il y avait les discours consistant à dire à une enfant qu'on était en train de plâtrer qu'avec ça, elle ne pourrait pas jouer à la princesse et mettre des talons hauts… À côté des discours, il y a aussi la socialisation et ce que la sociologie nomme *l'habitus*, comment notre corps bouge et est façonné par la société. Les hommes se permettaient de crier, d'être vulgaires tandis que les femmes s'excusaient tout de suite d'avoir crié, par exemple quand le soignant appuyait où elles avaient mal. Par ailleurs, il y avait beaucoup plus d'accompagnantes que d'accompagnants : la mère, la fille, la voisine. Ça en disait beaucoup sur la notion de « care » et sur qui « a le temps ». Du côté des soignants, j'ai aussi observé que les médecines étaient beaucoup plus empathiques que les médecins, en particulier dans leurs gestes. Quand elles faisaient mal, elles avaient aussi beaucoup plus tendance à s'excuser. Enfin, elles étaient aussi beaucoup plus remises en question par les patients que les médecins. Ce n'est d'ailleurs pas forcément négatif : c'est aussi lié au fait qu'elles laissent plus d'espace pour la prise de parole.

Fin 2017, en France, une jeune femme de 22 ans, Naomi Musenga, décédait peu après avoir appelé le SAMU : l'enquête a montré qu'elle avait été victime d'un préjugé raciste selon lequel les personnes afrodescendantes exagèrent leur douleur (le « syndrome méditerranéen »). Dans le pire des cas, les biais sexistes et racistes peuvent donc mener à la mort.

Oui, on sait par exemple que les femmes qui viennent avec des douleurs thoraciques aux urgences ont beaucoup plus de chances de recevoir des anxiolytiques. On sait aussi que pour ces mêmes douleurs, le délai pour un examen par électrocardiogramme (ECG) sera plus long pour une femme noire que pour un homme blanc[4]… Or cela crée un « désavantage corrosif »[5], c'est-à-dire que les personnes qui sont déjà discriminées dans la société le seront aussi dans les soins et vont donc être en plus mauvaise santé. Et nous sommes tous·tes dans cette culture. Car non seulement les études montrent que les femmes sont moins crues mais aussi qu'elles expriment moins leur douleur. Une femme peut être en train de faire un infarctus et affirmer que ça va passer… On est socialisées à penser comme ça. C'est notamment ce qu'on voit avec l'endométriose : on est socialisées à penser que c'est normal d'avoir mal pendant ses règles et d'autant plus si le médecin l'a dit. C'est le pouvoir symbolique énorme de la médecine : si le médecin l'a dit, c'est vrai.

Vous donnez des conférences et des formations sur ces thématiques à destination des médecins généralistes. Vous paraissent-ils ouverts à ce questionnement autour des biais discriminants et du pouvoir symbolique qu'ils exercent ?

Aujourd'hui, dans la formation médicale en Belgique, il n'y a quasi pas de promotion de la santé. Quand ça existe, c'est

3 Les théories sociologiques queer postulent que la sexualité, mais aussi le genre — masculin, féminin ou autre — d'un individu ne sont pas déterminés exclusivement par son sexe biologique (mâle ou femelle), mais par son environnement socio-culturel, par son histoire de vie ou par ses choix personnels.

4 Coisy F, Olivier G, Ageron FX, Guillermou H, Roussel M, Balen F, Grau-Mercier L, Bobbia X. Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients? Eur J Emerg Med. 2024 Jun 1;31(3):188-194. doi: 10.1097/MEJ.0000000000001113. Epub 2023 Dec 13. PMID: 38100643

5 FitzGerald, C., Hurst, S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. BMC Med Ethics 18, 19 (2017). doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8

toujours optionnel. Donc pour la plupart des médecins, cette approche de la médecine par les sciences humaines et sociales est assez neuve. Et je constate qu'il y a souvent un réel intérêt, beaucoup de questionnements aussi. Avec l'asbl Promo Santé & Médecine Générale, nous abordons différentes thématiques de prévention, que ce soit l'activité physique, l'alimentation, le dépistage des cancers… On rappelle par exemple aux médecin·e·s qu'il y a plein de déterminants sociaux qui font que leurs patient·e·s continuent de fumer et que ce n'est pas qu'une question de responsabilisation individuelle, comme on nous l'a appris pendant des années ! Bien sûr, de temps en temps, il y a quelqu'un qui n'est pas d'accord. Au cours du dernier module que j'ai donné sur la santé des personnes LGBTQIA+ et sur les discriminations qu'elles subissent, un médecin s'est levé et est sorti. Mais la plupart sont vraiment ouvert·e·s à la réflexion.

Que ce soit aux États-Unis, mais aussi un peu partout en Europe, l'offensive réactionnaire fait craindre une censure des chercheurs qui s'intéressent aux questions de genre et aux autres discriminations. Ce *backslash* vous semble-t-il menacer la Belgique ?

Je suis inquiète de base… Et aujourd'hui l'extrême droite met clairement en avant des normes très traditionnelles où le système genre est particulièrement ancré. Je m'inquiète par exemple qu'en Europe, il n'y ait pas de législation commune sur le droit à l'avortement. Maintenant, bien sûr, c'est encore pire parce qu'il y a des gens au pouvoir qui disent que c'est tout à fait ok de raisonner comme ça. Certains mots sont bannis des projets de recherche aux États-Unis, mais même ici, il faut montrer patte blanche… Un projet de thèse ne doit pas être « trop » féministe, il doit justifier qu'il n'est pas seulement intéressant de ce point de vue.

Vous travaillez précisément sur un projet de thèse. Quel en est l'objet ?

Je voudrais analyser le système de production de connaissances médicales actuelles, à savoir l'*evidence-based medicine*, à travers le prisme des épistémologies féministes, et particulièrement de l'épistémologie du point de vue situé. Selon Sandra G. Harding (ndlr : philosophe et féministe américaine décédée en mars 2025), aujourd'hui, l'objectivité dans les sciences est faible car les chercheurs et chercheuses ne situent pas leurs propres positions. La question est de savoir comment atteindre une objectivité forte. Je crois que depuis le Covid, tout le monde s'est rendu compte qu'il y avait beaucoup de choses que la médecine ne savait pas. Et par ailleurs, même les choses qu'on sait sont des savoirs situés, c'est-à-dire qu'ils ont été façonnés d'une *certaine* manière, par *certains* chercheurs qui ont utilisé *certains* outils, *certains* critères et *certains* seuils. Moi, ce que j'adore, c'est discuter avec les patients et qu'on mette nos cerveaux ensemble, même si aujourd'hui les savoirs expérientiels des personnes sont totalement dévalués.

Quels sont selon vous les outils qui permettent aujourd'hui de renforcer l'*empowerment* des femmes vis-à-vis des discriminations qu'elles subissent dans le domaine du soin ?

Les ateliers de *self-help* organisés par les associations féministes qui consistent à apprendre à aller voir son col de l'utérus, regarder sa vulve, etc. sont des outils très intéressants. Quand les personnes ne connaissent pas leur anatomie et notamment leurs organes génitaux, ça reproduit forcément des tabous. Je trouverais ça génial que les femmes puissent faire elles-mêmes leur dépistage du cancer du col de l'utérus : poser pour soi-même des actes de santé plutôt que de laisser la médecine décider de tout. Les asbl Femmes et Santé et Garance ont mis au point un outil d'autodéfense féministe pour se préparer à la consultation gynécologique. Je trouve ça super et en même temps, même si on se prépare, les rapports de pouvoir seront quand même là. Donc pour moi, il ne faut pas s'en tenir à développer des outils pour la patientèle : il faut surtout sensibiliser les personnes qui sont en position de domination. Prendre en charge les victimes, c'est très bien, mais quand est-ce qu'on va s'intéresser aux personnes qui commettent ces violences et à la culture qui légitiment ces violences ? Certes, ce n'est pas confortable. Moi, je n'ai pas envie de produire des violences, mais je le fais parce que j'ai cet héritage classiste, sexiste, raciste, validiste câblé dans mon cerveau et que j'essaie de déconstruire. Que les soignant·e·s reconnaissent que ces violences existent et qu'ils et elles les commettent, c'est déjà tout un travail mais c'est la base pour penser le changement. Et c'est ça qui est important pour moi : dire à chacun·e « prenons nos responsabilités ». Qu'on le veuille ou non, nous sommes dans ce système, nous reproduisons les violences de ce système, donc réfléchissons à comment faire pour les diminuer.

Adam et Eve – Niki de Saint Phalle

© janvier – stock.adobe.com

Personnes âgées : le voisinage comme levier de santé

Pour renforcer la santé sociale des personnes âgées, l'asbl Bras dessus Bras dessous, a initié la création de binômes de voisins solidaires. Le concept du duo voisineur/voisiné essaime désormais en Belgique francophone et s'inscrit dans un projet plus vaste de littératie organisationnelle en santé.

INITIATIVES

CLOTILDE DE GASTINES

« *Dans notre jargon, on dit qu'ils ont été matchés* », explique Adrien Quittre, chargé de projet chez Bras dessus Bras dessous (BdBd). La mission de l'asbl, qui va fêter ses dix ans d'existence en décembre, est d'améliorer l'accès aux soins et à l'aide en tout genre pour des personnes âgées isolées en leur permettant de voisiner avec des bénévoles de leur quartier.

Le concept de voisineur-voisiné est né à Forest en 2015. Céline Rémy, qui a travaillé dans l'humanitaire et le monde hospitalier, constatait que certains aînés de son quartier paraissaient isolés. Ils avaient bien le passage d'une infirmière ou d'une aide à domicile, mais ils regrettaient que ces liens essentiels soient entravés par le fait que les interventions étaient minutées. Elle-même a alors commencé à rendre visite à quelques personnes dans son quartier, jusqu'au jour où a émergé l'idée de voisiner de manière structurée en mobilisant des bénévoles, et en pérennisant des duos pour agir sur ce déterminant de la santé qu'est la santé sociale.

Chaque chargé de projet ou responsable d'antenne rencontre d'abord individuellement le voisineur et le voisiné puis, sur base de leurs affinités (échec, cuisine, tricot, théâtre…) et de leur proximité géographique. Il les invite à faire connaissance dans le cadre d'une activité collective. « *Si ça "matche" un duo est né. De temps à autre, la sauce ne prend pas, alors on ne pousse pas plus* » précise Adrien Quittre.

Formations et intervisions pour ajuster sa posture

Les voisineurs participent à une première séance d'information donnée en ligne (afin de toucher Bruxelles et la Wallonie et par facilité pour les déplacements), puis ils ont accès à des formations données notamment par Samen Toujours, une plateforme fédérant des asbl actives dans la lutte contre l'isolement social. Une fois le duo lancé, BdBd organise des intervisions régulières réunissant les bénévoles et le·la chargé·e de projet responsable d'antenne pour transmettre des éléments de formation, d'information et de sensibilisation.

« *Dans son accompagnement, BdBd veille à prévenir les situations conflictuelles ou les postures inadéquates du type "triangle de Karpman" (sauveur, persécuteur, vic-*

time). Les voisineurs rendent généralement compte de chaque rencontre par mail ou sms. Nous avons aussi un entretien annuel entre le chargé de projet et le duo pour évaluer la situation et décider de sa continuité » précise-t-il.

Réinvestir le domicile comme lieu de sociabilités

Les activités peuvent se dérouler dans le quartier, ce qui améliore la connaissance de l'environnement immédiat, et le domicile de l'aîné est aussi réinvesti comme lieu de sociabilités, pour qu'il soit davantage qu'un lieu d'intervention de soins. Parmi les personnes âgées voisinées, Paula, 94 ans aujourd'hui, a découvert les activités de l'association BdBd, en 2017. Avant cette date, elle fonctionnait en silo : consultait parfois son médecin, son kiné et faisait quelques achats à l'extérieur à proximité de chez elle. Aujourd'hui, Paula forme un duo avec une voisineuse régulière, et un voisineur ponctuel, elle se rend au centre culturel pour faire du yoga assis, bénéficie d'aide et de soins à domicile et est en lien avec l'assistante sociale de l'hôpital.

Actuellement 450 personnes âgées voisinent avec 350 voisineur·euses dans toute la Belgique francophone. Des citoyens se sont manifestés à Uccle, Nivelles, Rixensart et Ottignies-Louvain-la Neuve, ce qui a permis de lancer des antennes. À Watermael-Boitsfort, une maison médicale a mobilisé son réseau, la commune et des partenaires pour contacter des aîné·es et des bénévoles potentiel·les. À Anderlecht et St-Gilles, les pouvoirs communaux ont lancé des antennes. Tandis qu'à La Louvière, l'initiative est portée par Partenamut qui soutient toutes les autres antennes.

« *Pour implanter une antenne, il est important que quatre conditions soient réunies*, explique Adrien Quittre. *L'énergie et l'autonomie du·de la porteur·euse de projet, les partenariats opérationnels concrets ou en devenir (par exemple avec une Maison médicale, un CPAS, un Centre de jour, etc.), des valeurs partagées et le financement* ».

En février 2024, BdBd a été agréé par la Cocof dans le cadre du plan de promotion de la santé. Parmi les acteurs agréés en 2023, aucun projet ne répondait aux besoins spécifiques des personnes âgées ce qui avait nécessité le lancement d'un appel à projet spécifique[1]. En Région wallonne, BdBd n'est pas financé par l'AVIQ, mais va tout de même déployer de nouvelles antennes dans le BW et le Hainaut.

Un premier projet en littératie

Entre 2022 et 2024, BdBd a participé au projet en littératie en santé organisationnelle financé par le Fonds Daniël de Coninck, hébergé par la Fondation Roi Baudouin[2].

L'objectif de cette initiative baptisée « J'ai toutes les clés en main » était double. D'une part : former l'équipe de BdBd, tant les professionnel·les que les bénévoles, et l'organiser pour mieux prendre en compte les besoins sociaux et de santé des personnes âgées isolées socialement. D'autre part, proposer au public-cible un outil qui leur permette de reprendre leur santé en main.

Le projet a permis de renforcer les pratiques et de confirmer la centralité de la personne âgée dans l'intervention. L'implication des aîné·es s'est concrétisée à plusieurs niveaux avec la co-création d'un outil spécifique répondant à leurs besoins en santé, ainsi qu'à leurs capacités visuelles et motrices : le Papillon.

Ce mémo se présente sous la forme d'un grand flyer A3 plié en trois pans. La personne âgée peut recenser les noms et les contacts de son équipe soignante, des personnes de confiance et des professionnels qui contribuent à son bien-être (coiffeur, masseur, manucure…), la liste de ses médicaments, les horaires de sa pharmacie, voire ses habitudes alimentaires. Le mémo peut ensuite simplement être aimanté sur le frigo, ou rester à la vue, pour que la personne l'ait facilement sous la main.

Son but est de permettre à chaque aîné·e de repenser voire penser sa santé et ses liens sociaux. « *Concrètement, le Papillon, c'est un bout de papier, que le senior va pouvoir compléter avec de l'aide et qui pourra être actualisé en cas de besoin,* résume Adrien Quittre. *Il incite la personne âgée à identifier les personnes ressources qui gravitent autour d'elle. Cet effort leur permet de se rendre compte de tout ce qui les entoure, mais aussi des lacunes et des impensés en cas d'urgence* ».

Qui je préviens en cas de problème ? Qui est informé de ma situation administrative et peut devenir une personne de confiance ? Quels dispositifs je mobilise pour me déplacer, pour me nourrir ou continuer à avoir une vie sociale ? Est-ce que j'ai anticipé ma fin de vie (depuis le testament jusqu'à ma position sur l'acharnement thérapeutique ou le déroulement des mes obsèques) ?

1 Lire notre article Bruxelles : décryptage du Plan de promotion de la santé 2023-2028. educationsante.be/bruxelles-decryptage-du-plan-de-promotion-de-la-sante-2023-2028
2 Lire notre article Littératie en santé : quand les organisations veulent faire la différence. educationsante.be/litteratie-en-sante-quand-les-organisations-veulent-faire-la-difference

Pour les professionnels et les aidants proches, le Papillon est une source d'information et permet d'identifier un besoin ou le non-recours aux droits.

Un outil co-créé avec des seniors

Des aîné·es ont été impliqué·es tout au long du processus de création de l'outil. Dans chaque antenne, les coordinateur·rices ont sollicité des volontaires, ce qui a permis de créer trois *focus groups* de 8 personnes à Anderlecht, Forest et Ottignies. 95 % étaient des femmes entre 65 à 95 ans. Une proportion qui correspond presque au public bénéficiaire de BdBd, car 83 % des voisinées sont des femmes. « *Cette prédominance s'explique,* selon Adrien Quittre, *à la fois pour une raison démographique – les femmes vivent plus longtemps, et sociologique : une femme a plus de facilité pour dire qu'elle a besoin d'un coup de main* ».

La plus grosse difficulté était de rassembler ces personnes qui sont parfois peu mobiles. BdBd a donc loué des voitures et organisé des tournées pour aller chercher chaque personne. Ces moments de partage avant de rejoindre le groupe de discussion leur ont permis de tisser des liens privilégiés.

La première phase a consisté à interroger les groupes sur leur vécu. Plusieurs ont exprimé le sentiment d'être perdu, leur isolement, les incompréhensions quand ils ont un problème de santé, le racisme parfois, les difficultés quand arrive le moment de choisir une maison de repos, le suicide…

Puis, les groupes ont réfléchi aux leviers qu'ils pouvaient créer, ce qui a permis de créer un débat autour du Papillon. « *Les participant·es se sont réellement emparé·es de leur rôle dans le collectif*, explique le chargé de projet. *Il y a eu beaucoup d'échanges et de discussions sur les leviers, les (pistes de) solutions, des services ou des outils concrets à mettre en place. Il y a aussi eu des échanges entre ces groupes qui réagissaient aux conclusions des uns et des autres. Puis nous avons mené des entretiens individuels ou en petits groupes pour tester l'outil avec des aîné·es voisiné·es et voir comment ils et elles s'emparaient de l'outil* ».

Au total une cinquantaine de personnes âgées ont participé au projet. Des voisineur·euses ont aussi été consulté·s, parmi lesquels, une ancienne infirmière, un enseignant pensionné, un ancien aidant proche, ainsi que des professionnel·les de maison médicale.

Les ateliers ont permis d'identifier quelle serait la plus grande réticence vis à vis du Papillon. Il s'agit du temps nécessaire pour rassembler toutes les informations parfois éparses, et de rester synthétique. Cela prend en effet une bonne heure pour compléter le Papillon.

Les voisineur·euses ont été formés et pour guider le processus, les participant·es ont aussi eu l'idée de créer un manuel avec deux personnages fictifs Georges et Leïla – et une narration sur le modèle des romans dont vous êtes le héros. Des ateliers collectifs ont lieu pour découvrir et compléter l'outil, des rencontres individuelles et à domicile quand la personne en fait la demande ou quand l'équipe BdBd en identifie une.

Capitaliser sur l'expérience et diffuser l'outil

Bien qu'il ait été construit spécifiquement par et pour les personnes âgées, l'outil pourrait être utilisable par d'autres publics : les jeunes qui quittent le cocon familial ou des personnes migrantes qui arrivent en Belgique. BdBd a pris des contacts pour le diffuser de manière plus large.

Après le projet Papillon, des participant·es continuent de voler de leurs propres ailes. Certains ont rejoint des activités hébergées ou non par BdBd, comme Radio Mouette, dont les émissions sont dédiées aux plus de 70 ans vivant seuls chez eux ou en home, ou encore un groupe de travail sur les données de santé expliquées par des seniors, pour les seniors.

Pour aller plus loin

- Le site de l'asbl Bras dessus, Bras dessous : brasdessusbrasdessous.be
- L'outil Papillon est téléchargeable en 7 langues gratuitement
- La Gazette dont vous êtes le héros est disponible sur demande
- La vidéo éditée par le Fonds Dr Daniël De Coninck – la littératie en santé organisationnelle – Bras dessus dessous (youtube.com) : youtube.com/watch?v=LPVFpNJ9MWs

RÉFLEXIONS

Vieillir hors des clous : repenser l'accompagnement des plus vulnérables

D'ici 2050, un Wallon sur quatre sera âgé de 65 ans et plus. Cette perspective pose de nombreux défis dans l'accompagnement en particulier pour les personnes qui cumulent des vulnérabilités, comme un handicap ou des problèmes de santé mentale.

SIGRID BRISACK[1], PASCALE BROCHÉ[2], LAURIE VANBIERVLIET[3] ET MÉLANIE DELFERRIÈRE[4], pour le Collectif GT vieillissement hors des clous en Brabant wallon

Au 1er janvier 2024, d'après l'IWEPS, 19,9 % des habitants de Wallonie étaient âgés de 65 ans et plus, une proportion atteignant même 21 % dans le Brabant wallon. Cette tendance devrait se poursuivre, avec une projection de 25,1 % d'ici 2050[5]. Pour se préparer et anticiper les besoins actuels et futurs, des acteurs du Brabant wallon réfléchissent au sein d'un groupe de travail. Ils organisaient le 12 décembre 2024 une journée d'échange intersectorielle intitulée « Vieillissement hors des clous » à Ottignies, où se sont pressés 108 participants du social-santé.

Le vieillissement : une réalité multiple

Socialement, la perception du vieillissement varie selon les contextes socio-politiques. Certains y voient l'arrivée de maladies chroniques, une dégradation progressive de l'état général accompagnée d'une plus grande fragilité, quand d'autres le conçoivent comme une période de maturité et d'expérience, de temps disponible pour un engagement dans la société… En résumé, le vieillissement revêt différentes formes et différents regards.

Dans notre société, la perception des aînés est souvent uniforme et masque la diversité des réalités. Cette hétérogénéité est pourtant bien identifiée dans les tranches d'âges plus jeunes de la population : on y distingue plus facilement que certaines personnes sont porteuses de handicap physique ou mental, de problèmes de santé mentale, ou qu'elles vivent dans une certaine précarité en matière de logement, etc.

Des structures (services ambulatoires, d'hébergement…) se sont développées pour venir en aide à ces personnes mais elles sont confrontées à de multiples défis. Les institutions sont pensées pour des groupes d'âge ou des publics spécifiques et peinent à accompagner les personnes dans l'évolution de leurs besoins au fur et à mesure de leur parcours de vie, et notamment de leur vieillissement.

Adapter l'accompagnement du vieillissement hors des clous

Cette question n'est pas nouvelle. Il y a 15 ans, des études mettaient déjà en lumière ces écueils. Toutefois, ce phénomène est amplifié par le vieillissement global de la population, et le fait que les personnes porteuses de handicap ou troubles psychiques vivent plus longtemps qu'avant. Soucieux de réfléchir aux défis posés par ces enjeux de l'accompagnement, des professionnels issus de plus de 18 organisations du Brabant Wallon – qui se sont initialement rencontrés dans le cadre de la Commission Subrégionale de l'AVIQ – ont travaillé pendant toute une année à l'organisation de la journée d'échange intersectoriel du 12 décembre dernier.

1 Aidants Proches Asbl
2 Respect Senior
3 Directrice du CLPS BW
4 Gestionnaire des relations partenariales de proximité (Brabant-Wallon et Huy-Waremme) pour le département Handicap de l'AVIQ
5 walstat.iweps.be/walstat-catalogue.php?niveau_agre=C&theme_id=2&indicateur_id=201200&sel_niveau_catalogue=T&ordre=0

Cette journée s'est appuyée sur une étude menée par Amandine Renard, psychologue, chargée de projet dans le secteur du handicap (ARAPH ASBL). Elle y mettait en évidence cinq défis pour le secteur de l'accompagnement des personnes en situation de handicap intellectuel vieillissantes. Pour étayer et confronter ces défis avec le vécu de professionnels et aidants-proches, le groupe de travail a diffusé un questionnaire entre janvier et juin 2024. L'enquête a recueilli les avis de 117 répondants professionnels issus des secteurs de la gériatrie, de la santé mentale, du handicap, des soins de première ligne, des mutuelles, du secteur associatif et des acteurs communaux et provinciaux, ainsi que 22 aidants-proches.

Présentation des défis au regard de l'enquête de terrain

Défi 1 : Difficulté de dépistage des pathologies sous-jacentes (double diagnostic)

59 % des professionnels rencontrent des difficultés dans le dépistage du double diagnostic des patients et 65 % des répondants estiment être confrontés à la difficulté de distinguer l'évolution de la maladie ou un trouble lié au vieillissement de la personne.

Quelles sont les raisons mises en avant ?

La pénurie de personnel, le manque de temps dédié aux patients plus spécifiques, ainsi que le surcroît de travail des soignants dans le dépistage de certaines pathologies sont pointés comme problématiques.

Dans les témoignages rapportés, les professionnels relatent qu'il ne leur est pas toujours aisé de différencier les besoins spécifiques liés au vieillissement des spécificités liées à une pathologie ou des limitations préexistantes. Le personnel se sent souvent démuni et n'est pas suffisamment spécialisé pour faire face aux évolutions. Cela peut engendrer chez certains un sentiment d'incapacité à répondre aux besoins des patients ou bénéficiaires, pouvant conduire à des négligences involontaires envers le public accompagné. En complément, une usure, une fatigue liée à un sentiment d'impuissance apparaissent chez certains professionnels.

Défi 2 : Maintenir la personne en milieu de vie

Plus qu'un dilemme, les différentes réponses au questionnaire nous montrent que le maintien en milieu de vie, même s'il est grandement souhaité pour le bien-être du bénéficiaire, est une véritable difficulté pour 78 % des professionnels répondant à l'étude. Les structures et services actuels sont pointés comme n'étant pas adaptés aux besoins des publics vieillissants. L'architecture des lieux d'accueil ne convient pas toujours. En effet, l'âge avançant, les personnes ont parfois de nouvelles limitations et l'environnement physique, les activités proposées et les pratiques des professionnels ne sont plus toujours adaptées.

Un changement de lieu de vie, par exemple une entrée en maison de repos, n'est pas toujours une solution car le personnel n'est pas spécialisé dans la prise en charge d'un public porteur de handicap ou maladies psychiques. Il apparaît que 74 % des professionnels estiment manquer de formation pour s'occuper d'un public plus spécifique. Dans certains cas, le bénéficiaire peut également se sentir incompris, car le personnel ne réagira peut-être pas de la manière appropriée.

Défi 3 : Épuisement des professionnels et des aidants proches

L'épuisement des professionnels et des aidants proches est un défi majeur, accentué par un manque d'effectifs et une charge d'accompagnement croissante au vu des limitations supplémentaires qui s'installent avec le vieillissement. Les professionnels ressentent une perte de sens liée à l'évolution de leur mission passant d'un travail éducationnel à celui du soin. Les aidants proches de leur côté, le plus souvent les parents eux-mêmes vieillissants, peinent à assurer un accompagnement plus épuisant et plus lourd alors qu'eux-mêmes vivent leur propre perte d'énergie ou des soucis de santé.

Défi 4 : Accompagnement des ruptures de vie

Chacun vit des ruptures dans son parcours de vie, ces ruptures sont particulièrement marquées chez les personnes âgées : passage à la retraite, perte d'un proche, maladies dégénératives ou encore limitations physiques. Les personnes avec des fragilités, vieillissant hors des clous, sont plus vulnérables à l'adaptation lors de ces moments de rupture, surtout lorsqu'ils sont brutaux.

Sur le terrain, les professionnels signalent un manque criant de personnel, de structures adaptées et de formation au vieillissement, face à une diversité croissante des profils. Cette réalité soulève un enjeu clé : comment concilier l'évolution des parcours individuels avec une prise en charge cohérente et efficace des fragilités sur lequel se mêle le vieillissement ? L'objectif doit être de préserver les repères et d'accompagner ces transitions pour limiter leur impact et favoriser une meilleure qualité de vie des usagers vulnérables.

Défi 5 : Collaboration entre le secteur du vieillissement et du secteur du handicap

59 % des professionnels répondant se disent en difficulté dans la collaboration intersectorielle. Les secteurs du handicap et de la santé mentale d'une part, et le secteur des ainés doivent s'acculturer, dépasser les stéréotypes négatifs. Des ponts, des synergies doivent se mettre en place.

Comment expliquer le fait que ces poblématiques persistent ?

La persistance de ces constats s'explique en grande partie par un contexte sectoriel qui reste peu favorable à l'innovation et à la collaboration interdisciplinaire. En effet, les secteurs concernés fonctionnent encore largement en silos, chacun avec ses propres pratiques, cadres réglementaires et modes de financement. Cette segmentation freine considérablement la mise en place de solutions intégrées et adaptées.

Dans le cas spécifique des personnes en situation de handicap vieillissantes, cette problématique est exacerbée par leur position à l'intersection de deux secteurs : celui du handicap et celui du vieillissement. Ces deux domaines, bien qu'interconnectés dans ce contexte, peinent à coordonner leurs actions. La question de savoir à quel secteur incombe la responsabilité principale de leur accompagnement engendre des conflits de compétences et un manque de prise en charge cohérente.

Ce cloisonnement institutionnel entraîne un retard dans l'adaptation des politiques publiques et des pratiques professionnelles aux besoins évolutifs de cette population, perpétuant ainsi des problématiques identifiées depuis plus d'une décennie.

Pour pallier cette difficulté, les structures pour personnes en situation de handicap tentent de trouver des solutions, mais celles-ci restent insuffisantes pour couvrir l'ensemble des besoins. Elles souffrent d'un manque criant d'emplois dans le domaine sanitaire, de ressources financières supplémentaires, d'un bâti adapté, d'équipements techniques et de moyens humains additionnels.

À ces difficultés matérielles s'ajoute l'épuisement des équipes éducatives. Ces équipes, dont la culture professionnelle n'est pas centrée sur le soin ou le nursing, se trouvent confrontées à une augmentation significative de leur charge de travail. Elles doivent en outre adopter des pratiques qui peuvent heurter leurs valeurs professionnelles, amplifiant ainsi leur épuisement et rendant la situation encore plus complexe à gérer.

Les luttes dans le secteur du handicap en faveur de l'autonomie des personnes ont permis l'adoption de la Convention des Nations Unies pour les droits des personnes en situation de handicap. Cette convention, entrée en vigueur en Belgique en août 2009, a permis d'adopter de nouvelles dispositions législatives plus respectueuses de l'autonomie de la personne, de ses choix de vie, de son inclusion dans la communauté, etc. Cette mobilisation, ces dispositions légales, et cette culture n'ont pas encore eu lieu (ou trop timidement) dans le secteur du vieillissement.

Faire tomber les barrières et les silos serait donc d'autant plus précieux que cela permettrait d'exporter cette culture de l'autonomie du handicap vers le secteur du vieillissement.

Quelles pistes de solutions pour l'avenir ?

- Il s'agit à la fois de former les professionnels mais également de faire évoluer les modèles d'accompagnement et d'offre de soins dans le secteur des ainés pour les rapprocher des normes d'accompagnement dans le secteur du handicap plus respectueuses de la personne, de ses droits, et de son autonomie ;
- Valoriser les expériences réussies d'inclusion pour faire évoluer les mentalités, notamment au travers de logements alternatifs et innovants, permettant de casser les silos ;
- Accentuer la transversalité des prises en charge des personnes, quelles que soient leurs vulnérabilités, adaptées aux particularités individuelles. Cela suppose un choix politique clair allant dans ce sens. Il sera également nécessaire à chaque professionnel, association, institution, de travailler les éventuelles résistances au changement.

Prise de conscience d'un enjeu sociétal qui ne peut plus attendre

Entre les enjeux de l'âgisme, bien présent dans la société, et le fait qu'à partir de 45-50 ans certaines personnes, du fait de leur pathologie préexistante, soient également dans une période de vieillissement, les constats partagés tout au long de la journée nous indiquent que des choses bougent et se mettent en place, mais que les besoins sont encore énormes.

Nous constatons une relativité du vieillissement, celui-ci n'étant pas uniquement lié à l'âge, et demandons un accompagnement adéquat, transversal, en fonction des besoins et envie de la personne concernée et de ses aidants-proches.

Les ponts entre les structures manquent cruellement à l'image des politiques menées qui répètent ces visions. Il est urgent de faire un lien et de décloisonner les secteurs (mondes du handicap, de la santé mentale, des aînés), tout autant que d'assurer le lien entre le domicile et l'institutionnel.

Habitat groupé : un mode de vie pour bien vieillir ?

INITIATIVES

Solitude ou maison de repos ? Et si au-delà de ce dilemme peu engageant, il était possible d'imaginer d'autres lieux de vie pour les seniors ? Face au vieillissement de la population et dans des sociétés toujours plus atomisées, l'habitat groupé est une alternative qui fait sens. Même si aujourd'hui, les freins psychologiques, culturels et politiques demeurent nombreux.

JULIE LUONG

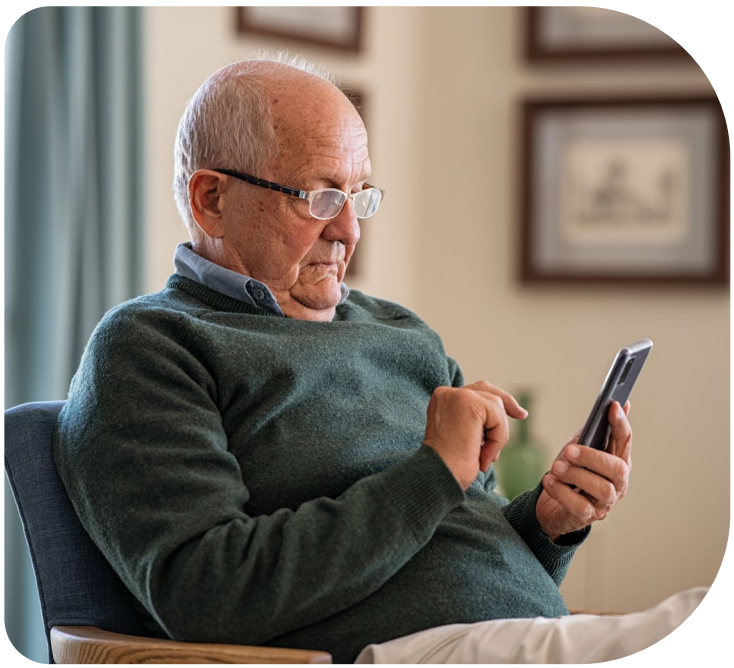
En Belgique, en 2050, près de 26 % des Belges auront plus de 65 ans tandis que les plus de 85 ans représenteront 6 % de la population. Quoique bien connue, cette évolution démographique peine à renouveler les imaginaires autour du vieillissement, une étape de la vie qui est souvent très peu anticipée. Un rapport de la Fondation Roi Baudouin[1] montre ainsi que parmi les plus de 60 ans, seuls 18 % ont entrepris des actions par rapport à leur avenir. Le rapport montre aussi que la propension à s'en préoccuper est liée au fait de connaître une personne elle-même en situation de dépendance, à celui de connaître soi-même des problèmes de santé, mais qu'elle est aussi plus marquée chez ceux qui bénéficient d'un large soutien social et chez les personnes les plus qualifiées. La précarité, on le sait, est aussi une privation de la capacité à se projeter : une vie au jour le jour, même dans la dernière partie de vie.

Alors que le vieillissement s'accompagne souvent d'un isolement social et de problèmes de santé, l'habitat communautaire semble aujourd'hui une piste intéressante. Ainsi, certaines études ont démontré le bénéfice du cohabitat sur le bien-être physique et mental.[2] Une étude réalisée par Abbeyfiled Belgium et la VUB a aussi montré que 30 % des habitants des maisons Abbeyfiled – des habitats groupés et cogérés ouverts au plus de 55 ans – avaient constaté une amélioration de leur bien-être mental depuis leur emménagement tandis que 47 % déclaraient que leur bien-être mental était resté stable.[3] En réduisant l'isolement social, l'habitat communautaire accroît aussi la sécurité et le sentiment de pouvoir compter les uns sur les autres, ce qui diminue significativement le stress.[4] Par ailleurs, la mutualisation des espaces, des biens et des équipements fait plus que jamais sens au regard des enjeux écologiques.

Des freins multiples

Néanmoins, actuellement, les habitats groupés sont denrée rare en Belgique. « *Il y a beaucoup de personnes demandeuses mais peu de projets qui aboutissent* », commente Laurence Braet, coordinatrice et chargée de mission pour Habitat et Participation. Plusieurs freins expliquent cette situation. « *Il y a d'abord un frein psychologique : la personne peut rêver de ce mode d'habitat mais tant qu'elle a tous ses moyens et qu'elle est en capacité de gérer son lieu d'habitat actuel, elle aura souvent du mal à se déraciner.* » Le rêve demeure souvent alors à l'état… de rêve justement. À cette « résistance au changement », il faut ajouter certains freins culturels : aujourd'hui, l'habitat communautaire est perçu comme un habitat « alternatif », « atypique », contrevenant à la conception de l'habitat comme structure unifamiliale. Ce frein existe aussi bien du côté du citoyen que des pouvoirs publics. « *Le cadre actuel n'est pas du tout 'facilitant',* explique la chargée de mission. *Aujourd'hui, la concrétisation de ce type d'initiatives dépend en réalité beaucoup de la bonne volonté de certains bourgmestres, échevins ou CPAS, sans qu'il y ait pour autant une impulsion politique claire de la part de la Région qui a dans ses compétences les différentes dimensions en jeu : le logement, l'urbanisme et l'action sociale.* »

1 kbs-frb.be/fr/choix-de-vie-des-plus-60-ans
2 Izuhara, M., West, K., Hudson, J., Arrigoitia, M. F., & Scanlon, K. (2022). Collaborative housing communities through the COVID-19 pandemic: rethinking governance and mutuality. *Housing Studies*, 38(1), 65–83. doi.org/10.1080/02673037.2022.2077919
3 abbeyfield.be/post/etude-d-impact-septembre-2024
4 Warner, E., Sutton, E., & Andrews, F. (2020). Cohousing as a model for social health: a scoping review. Cities & Health, 8(1), 107–119. doi.org/10.1080/23748834.2020.1838225



Malheureusement, de nombreux projets sur le point d'aboutir sont abandonnés en raison d'obstacles juridiques et urbanistiques, une situation que Laurence Braet juge « *dramatique* » au regard de l'énergie et des espoirs engagés par les porteurs de projet.

Il faut encore mentionner le frein financier : aujourd'hui, de nombreux projets d'habitats groupés sont des projets d'achat de biens immobiliers. Sans partenariat avec les pouvoirs publics – qui peuvent par exemple acheter une partie des studios ou appartements pour les mettre en location –, le risque est de voir ces habitats se développer sans aucune mixité sociale. « *Aujourd'hui il faut encore mettre pas mal d'argent de sa poche pour vivre en habitat groupé,* constate Laurence Braet. *Ces projets sont souvent portés par une partie de la population qui a les moyens financiers et culturels, et pour qui ça représente un idéal de vie. Mais nous sommes aussi contactés par des personnes qui, sans en avoir les moyens financiers, ont un imaginaire positif autour de l'habitat groupé… ce qui n'est évidemment pas le cas de tout le monde. Quand on a eu une expérience obligatoire du collectif, à travers les institutions ou la prison par exemple, vivre en collectif n'est pas toujours associé à quelque chose de positif…* » Car dans l'habitat groupé, c'est aussi le groupe qui peut constituer un frein – et ce même si la plupart des projets tentent de garantir un équilibre entre vie privée et projet collectif. « *On peut souffrir de sa solitude et pour autant avoir du mal à être en lien, commente-t-elle. Vivre en collectif est exigeant : ça demande des capacités de communication, de prises de décision en collectif, de se mettre soi-même en ouverture.* » L'habitat groupé n'est donc pas la panacée : seulement une possibilité qui mériterait d'être rendue accessible à ceux qui le souhaitent, y compris aux personnes en situation de vulnérabilité financière, psychique ou sociale.

Bien vieillir et bien mourir

Inaugurée fin 2024, la Maison Suzanne Generet, une maison de maître située à Woluwe-Saint-Lambert, est un bel exemple de ce qui peut aujourd'hui être réalisé en termes d'habitat groupé accessible. Sa rénovation a été financée par le Fonds Generet, géré par la Fondation Baudouin, qui finance la transformation de bâtiments en logements pour personnes âgées. « *Comme nous travaillons depuis des années autour des maisons de repos et aussi de la première ligne d'aide et de soin, on était très content de pouvoir accompagner des projets d'habitat (semi-)collectif car on se disait qu'il y avait, entre les deux, quelque chose à explorer,* » explique Bénédicte Gombault, coordinatrice de projets santé à la Fondation. Aujourd'hui, la Maison Suzanne Generet accueille six studios répartis sur trois étages (avec ascenseur) loués à des seniors disposant de petites pensions, pour un loyer moyen de 520 euros par mois. Des espaces communautaires – salle de réunion avec cuisine, local administratif, buanderie, local à vélos – favorisent des moments de rencontre et d'échanges. Les candidates et candidats ont été sélectionnés par l'Agence Immobilière Sociale (AIS) Logement pour tous, sur la base de quatre critères : l'âge (+ de 65 ans), les revenus, l'autonomie et l'envie de participer à une vie communautaire. Neuf autres projets sont actuellement soutenus par le Fonds. « *Entre*

vivre où l'on a toujours vécu et la maison de repos, il y a tout un espace de possibles. À la Fondation, nous plaidons beaucoup pour le choix du lieu de vie et pour sortir des silos. Et bien vieillir dans un beau bâtiment, c'est beau », commente Bénédicte Gombault.

Autre exemple de projet particulièrement innovant : celui porté par l'asbl Pass-ages qui, depuis 2021, réunit à Forest un habitat groupé intergénérationnel, contigu à une maison de naissance et une maison de mourance, qui comme leurs noms l'indiquent accueillent les individus aux deux extrémités de la vie. « *La mourance, c'est le moment où l'on a conscience de ce qui nous arrive, avec la possibilité de progresser jusqu'à la mort en réglant ce qui reste en suspens* », explique Alain Verschueren, jeune retraité et habitant de la maison Pass-ages. Actuellement, 9 enfants et 12 adultes occupent l'habitat groupé ; les plus âgés ont 84 et 85 ans. Les habitants tissent souvent des liens très forts avec les jeunes parents de la maison de naissance et avec les personnes en fin de vie de la maison de mourance. « *Je compare ça à un kot à projet,* rapporte Alain Verschueren. *Comme les étudiants s'engagent à être actifs dans le projet du kot, nous nous engageons à être actifs dans le projet Pass-ages.* » Car bien vieillir, c'est aussi continuer à poursuivre des objectifs et parfois des idéaux – y compris celui de « bien mourir ».

L'intergénérationnel : choisi ou subi

Vivre entre générations différentes n'est pas toujours un choix : c'est aussi parfois une situation liée à des impératifs économiques et aux « obligations » familiales. De nombreuses difficultés peuvent alors émerger. « *La situation typique, c'est : "je veux aider mon parent qui a perdu son conjoint" et je lui propose de venir vivre à la maison. Le moteur est donc souvent positif et plein d'amour mais on n'a pas envisagé le fait que maman n'allait pas avoir envie de regarder la même émission télé, de manger comme nous… Revivre ensemble quand chacun a fait sa vie de son côté n'est pas forcément facile* », commente Pascale Broché, psychologue au sein de Respect Senior, l'Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés. L'autre situation typique concerne les adultes qui, suite à une séparation, retournent vivre chez leurs parents. « *Ce qui devait être provisoire ne le reste pas toujours. On peut alors voir des cas vraiment problématiques, notamment de dépendance mutuelle, mais aussi d'enfants ou de petits-enfants qui finissent par vivre aux crochets des aînés. Or ce sont des situations où les forces ne sont plus égales. À cause de l'isolement, de la solitude, la personne a souvent peur de perdre le lien si elle dit non…* » L'intergénérationnel n'est donc pas seulement porteur de solidarité et de soutien : il peut aussi être le terreau de certaines maltraitances, en particulier quand il se déploie dans un contexte privé et familial. « *La maltraitance est toujours liée à une relation de confiance et à une difficulté à se positionner : or c'est plus facile de se positionner vis-à-vis d'un inconnu* », commente encore Pascale Broché.

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

Contactez-nous : **education.sante@mc.be**

Avec le soutien de :

FSC
www.fsc.org
MIX
Paper | Supporting responsible forestry
FSC® C007370