

ÉDUCATION SANTÉ

JUIN 2018
345

Mutilations génitales féminines : un « nouveau » réseau à Bruxelles

UN MENSUEL AU SERVICE
DES INTERVENANTS FRANCOPHONES
EN PROMOTION DE LA SANTÉ DEPUIS 1978

www.educationsante.be



Dans le précédent numéro (Éducation Santé 344 – mai 2018), nous avons pu découvrir le nouveau dispositif de promotion de la santé à Bruxelles pour 2018-2022. Éducation Santé vous invite à découvrir au fil des prochains numéros les quatre nouveaux réseaux bruxellois soutenus par le Gouvernement francophone bruxellois. À commencer par...

INITIATIVES

Mutilations génitales féminines : un « nouveau » réseau à Bruxelles

Stéphanie Florquin,

coordinatrice des Stratégies concertées contre les mutilations génitales féminines (SC-MGF), GAMS Belgique

Un « nouveau » réseau sur les mutilations génitales féminines à Bruxelles

La Coordination bruxelloise des Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines (CB SC-MGF) est l'un des 4 « nouveaux » réseaux financés par le gouvernement francophone bruxellois dans le cadre du nouveau Plan de promotion de la santé. Le projet permettra de créer une branche spécifiquement bruxelloise au sein du réseau des Stratégies concertées de lutte contre les MGF.

Les Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines¹ (SC-MGF), réseau d'activistes et d'acteurs travaillant auprès de communautés concernées par les MGF, ont été mises en place dès 2008, en régions wallonne et bruxelloise. Ce réseau avait alors été lancé à l'initiative du GAMS Belgique² – une asbl qui œuvre depuis 1996 dans la prévention des mutilations génitales féminines et la prise en charge des femmes, filles et familles concernées. Les SC-MGF, dont le GAMS assure la coordination, rassemblent des acteurs de tous les secteurs dans le but d'améliorer la coordination et la qualité des interventions et de mener un travail de plaidoyer auprès des instances

politiques et administratives. Le site internet des SC-MGF constitue aujourd'hui un centre de ressources sur les MGF inédit en Belgique.

Cette nouvelle démarche vise ainsi de renforcer l'ancrage des SC-MGF à Bruxelles par une branche spécifique de coordination bruxelloise et de mettre en place des actions répondant à la situation spécifique de la région.

Les mutilations génitales féminines – une préoccupation en région bruxelloise ?

Les mutilations génitales féminines (MGF) sont pratiquées dans une trentaine de pays et concernent 200 millions de femmes et filles dans le monde³. Il s'agit d'interventions pratiquées sur l'organe génital externe des femmes sans raison médicale, incluant la clitoridectomie (ablation du capuchon et/ou du gland du clitoris), l'excision (ablation partielle ou totale des petites et/ou des grandes lèvres), l'infibulation (rétrécissement de l'orifice vaginal par la suture des petites ou grandes lèvres) ou d'autres interventions telles que le « pricking » (perçement du gland du clitoris). Ces pratiques sont reconnues comme des violations des droits humains

des femmes et peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé physique, mentale et sexuelle de celles-ci.

Les MGF sont criminalisées en Belgique, comme dans la plupart des pays européens. L'article 409 du Code Pénal belge sanctionne non seulement toute personne ayant pratiqué une forme de mutilation des organes génitaux féminins, mais également tout individu ayant facilité ou permis cette pratique. En cas de risque de MGF, toute personne qui est confrontée à cette situation a l'obligation de lui venir en aide (art. 422 bis du CP). Aussi, le Code Pénal belge prévoit la possibilité, mais pas l'obligation, de lever le secret professionnel lorsqu'une fille ou une femme vulnérable a subi des MGF (art. 458 bis du CP). De plus, les MGF sont reconnues par la Belgique comme une forme de persécution basée sur le genre, pouvant donner lieu à une reconnaissance du statut de réfugié.⁴

Selon la dernière étude de prévalence⁵ menée en Belgique, près de 26 000 filles et femmes vivant dans le pays seraient concernées par ces pratiques (chiffres pour la fin de l'année 2016). L'étude estimait qu'environ 2/3 avait déjà subi une MGF (17 273) et que le tiers restant était à risque (8 644). La région de Bruxelles-Capitale, la province

1. www.strategiesconcertees-mgf.be

2. www.gams.be

3. UNICEF, 2016, "Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern". New York : United Nations Children's Fund.

4. <https://uefgm.org/index.php/legislative-framework-be/?lang=fr>

5. Dubourg, Dominique et Richard, Fabienne, 2018, « Estimation de la prévalence des filles et femmes excisées ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique, 2018 - Mise à jour au 31 décembre 2016 », IEFH et SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

d'Anvers et la province de Liège accueillent le plus de filles et femmes concernées. Pour Bruxelles, environ 8000 filles et femmes sont concernées.

Les femmes et filles ayant déjà subi une mutilation génitale féminine ont besoin de pouvoir bénéficier d'une prise en charge adéquate, que ce soit dans le domaine des soins de santé, d'un suivi thérapeutique, de consultations sexologiques, d'aide sociale ou juridique. Les mesures de prévention sont toujours et encore nécessaires pour éviter que d'autres filles ou jeunes femmes subissent cette violence. Les Stratégies concertées de lutte contre les MGF sont nées du constat qu'une meilleure collaboration et concertation intersectorielle, incluant acteurs publics et non gouvernementaux, sont primordiales pour assurer cette prévention et prise en charge.

Un réseau en co-coordination

La création d'une Coordination bruxelloise des SC-MGF (CB SC-MGF) (que nous appellerons « réseau MGF bruxellois » pour plus de facilité) a été soutenue dans le cadre de l'appel à projets de la COCOF et s'inscrit dans le travail déjà mené par le réseau des Stratégies concertées de lutte contre les MGF (SC-MGF) depuis maintenant 10 ans.

Le réseau bruxellois va permettre une prise en charge des spécificités du territoire bruxellois et une meilleure concertation entre les acteurs œuvrant auprès des communautés concernées par les MGF sur ce territoire. La finalité de la coordination bruxelloise des SC-MGF est ainsi de favoriser le travail communautaire, intersectoriel et pluridisciplinaire, afin de prévenir les mutilations génitales féminines, d'améliorer la prise en charge globale et de promouvoir la santé et le bien-être des personnes concernées par ces pratiques.

Une particularité du réseau MGF bruxellois est le fait qu'il s'inscrit non seulement dans le Plan Promotion de la Santé de la COCOF, mais également dans la politique



Ibrahima Alpha Diallo, relais communautaire du GAMS Belgique, et Cendrine Vanderhoeven, sexologue au centre CeMAVIE (* centre de prise en charge des complications des MGF) lors d'une conférence sur le thème « Excision et Sexualité - Déconstruire les idées reçues » organisée par les SC-MGF en septembre 2016.

d'Action sociale menée par la Ministre Frémault. En parallèle avec le subside attribué au GAMS pour ce projet, un autre subside a été attribué à l'asbl INTACT⁶ (association spécialisée dans les questions juridiques liées aux MGF) pour la coordination d'un « volet social » de ce réseau bruxellois. Les deux associations spécialisées se sont unies pour la co-coordination de ce réseau bruxellois : Stéphanie Florquin (GAMS Belgique), coordinatrice depuis 3 ans du réseau élargi des SC-MGF, pour le « volet Promotion de la Santé », et Charlotte Campo (INTACT), pour le « volet Action sociale ». Les deux co-coordinatrices travailleront en collaboration étroite. Si chaque « volet » a ses responsabilités et activités, c'est bien ensemble que nous avons fixé l'objectif général de la coordination bruxelloise des SC-MGF, à savoir de « favoriser le travail communautaire, intersectoriel et pluridisciplinaire, afin de prévenir les MGF, d'améliorer la prise en charge globale et de promouvoir la santé et le bien-être des personnes concernées par ces pratiques ». Deux objectifs spécifiques ont été définis pour le premier cycle du projet (3 ans) : promouvoir les droits et la santé (sexuelle) des filles et des femmes concernées par les MGF vivant à Bruxelles-Capitale ; et favoriser la concertation et l'action intersectorielle sur la région.

Actuellement, une vingtaine d'associations et d'institutions bruxelloises sont engagées, soit dans le cadre des Stratégies concertées de lutte contre les MGF, ou depuis la mise en place d'une coordination spécifique bruxelloise. Toutes structures en lien avec des communautés concernées par les MGF, ou intéressées par la santé sexuelle des femmes migrantes et les violences de genre, sont les bienvenues pour rejoindre le réseau. Pour ce faire, il suffit de remplir une simple feuille d'adhésion, disponible sur le site des Stratégies concertées MGF.

Les activités du réseau SC-MGF ont toujours été ouvertes à tous et le réseau dépasse largement ses membres officiels. Ainsi, de nombreuses structures partenaires ou professionnelles participent aux ateliers et aux rencontres, telles que l'Assemblée annuelle qui a lieu chaque début d'année depuis maintenant 3 ans. En 2018, c'est plus de 70 personnes, venues de Bruxelles et de Wallonie (et même de Flandre) qui se sont rassemblées pour échanger des informations en plénière et participer à des ateliers afin de discuter de thèmes spécifiques tels que : les idées reçues autour des MGF, comment aborder la question des MGF avec une femme pour la première fois, et le développement psychosexuel des enfants. Bien que la Concertation bruxelloise mettra

⁶ <http://www.intact-association.org/fr/>



Khadia Diallo, fondatrice et présidente du GAMS Belgique (au centre), lors de l'Assemblée annuelle des SC-MGF en 2017.

Photo © Bea Uhart

d'ateliers thématiques, de formations... En 2018, l'un des thèmes explorés lors de l'assemblée annuelle, en février dernier, était le développement psychosexuel des enfants et comment répondre aux questions de parents qui ont protégé leur(s) fille(s) de l'excision. Les professionnels peuvent être confrontés à des idées de la part des parents et ne savent pas toujours comment y répondre : « Si on ne coupe pas le clitoris, ça va grandir, c'est sale... », « Pourquoi ma fille met la main dans sa culotte, peut-être que j'aurais dû l'exciser... ». Un atelier d'une journée avec l'asbl le Céré⁷ (Centre d'expertise et de ressources pour l'enfance), organisé à Bruxelles le 14 juin prochain, devra ainsi permettre aux professionnels de savoir comment aider les parents à déconstruire ces idées reçues autour du développement psychosexuel de leurs enfants.

en place des activités spécifiques pour les membres et partenaires de la région, nous continuerons à organiser les assemblées annuelles du réseau global SC-MGF, afin de permettre la rencontre entre les acteurs bruxellois et wallons de tous secteurs.

Les actions du « réseau MGF bruxellois »

La première action qui sera mise en place dans le cadre du projet en Promotion de la Santé sera un diagnostic communautaire dont le but est de (mieux) connaître les besoins et attentes en matière de santé sexuelle des communautés concernées par les MGF vivant en région bruxelloise. Ce diagnostic sera mené en concertation avec les membres et partenaires du réseau et nous veillerons à intégrer les communautés concernées dans toutes

les étapes, de la conception de l'étude à la validation des résultats, en passant par le recueil des données. Le diagnostic communautaire servira à formuler des propositions de mesures en vue d'améliorer la santé sexuelle des communautés concernées.

Afin d'assurer l'appropriation du réseau par tous les membres et partenaires, des rencontres bilatérales seront organisées cette année, suivies par des réunions de concertation trois fois par an, permettant aux membres de se rencontrer et d'échanger sur leurs pratiques dans un cadre intersectoriel. Un rôle important du réseau sera également de soutenir les membres et partenaires dans leurs actions auprès du groupe cible (les communautés migrantes concernées par les MGF), à travers la création d'outils, l'organisation



Photo © Bea Uhart

Le lancement officiel du réseau CB SC-MGF (volets « action sociale » et « promotion de la santé ») est prévu le mardi 12 juin de 9 h à 12 h dans les bureaux de l'asbl INTACT. Toute personne intéressée par le travail de prévention des MGF, de prise en charge des femmes/filles concernées, ou travaillant auprès de communautés potentiellement concernées, est vivement invitée à cette première rencontre. (Inscription par mail : scmgf.be@gmail.com)

⁷ <http://www.cere-asbl.be/>

Vous voulez partager une expérience dans Éducation Santé ? Vous avez rédigé un texte que vous souhaitez voir publier ? Vous lancez une campagne en promotion de la santé que vous aimeriez mettre en évidence ? Vous avez travaillé sur un projet dont le processus de mise en place ou d'évaluation mérite d'être mis en évidence ? L'équipe d'Éducation Santé peut publier votre article sur le sujet ou vous rencontrer pour une interview. Contactez-nous : education.sante@mc.be

ACTEURS

Cultures&Santé : 40 ans d'histoire de promotion de la santé en Belgique francophone

Denis Mannaerts, directeur de Cultures&Santé

En décembre 2017, Cultures&Santé a fêté ses 40 années d'existence. Créée à l'origine pour lutter contre les inégalités sociales de santé touchant particulièrement les personnes issues de l'immigration de travail de l'après-guerre, l'association a, au fil du temps, étendu son objet social pour s'intéresser à la question des iniquités de santé dans leur ensemble ainsi qu'à leurs déterminants culturels et sociaux. Malgré la multitude de cadres réglementaires et conceptuels traversés, Cultures&Santé a toujours agi à la fois auprès d'habitants de quartiers populaires et auprès de professionnels et relais s'adressant à eux : cycles de formation, programmes d'éducation pour la santé, interprétariat en consultation, mise à disposition de documentation, création d'outils pédagogiques...

Ces 40 ans ont été l'occasion pour l'équipe de se pencher sur l'histoire de l'institution avec en tête un double objectif : celui de retisser le fil historique pour mieux cerner ce que l'association est devenue et celui de pouvoir se projeter dans l'avenir à la lumière de cette mise en perspective. À l'approche de la date anniversaire, l'équipe s'est mobilisée pour effectuer un travail de reconstitution. *Quels étaient les enjeux auxquels voulaient répondre les membres fondateurs ? Quels ont été les grands marqueurs historiques de l'association ? Quels mouvements (philosophiques, méthodologiques, sociopolitiques...) l'ont fait évoluer ?* Pour répondre à ces questions, une exploration des archives de l'association et des entretiens avec d'anciens administrateurs, des membres de la première heure et des travailleurs qui ont connu un large pan de l'histoire de l'association, ont été menés.



En est sortie une ligne du temps qui a permis de déceler à la fois les constantes et les points de rupture historiques.

Le regard porté dans cet article mettra en évidence, à travers les paroles de quelques témoins emblématiques, quatre lignes de force qui donnent aussi un aperçu de l'évolution de la promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles, mouvement duquel Cultures&Santé se revendique.

Médecine sociale, mieux se comprendre pour mieux soigner et accompagner

En 1977, le courant de ce qu'on peut appeler la gauche médicale¹ est en plein essor. Soutenant une vision de la santé qui l'extrait de son carcan biomédical, il se concrétise par la création, au début de la décennie, des maisons médicales. Celles-ci ont notamment comme principe directeur de percevoir le patient dans sa globalité, dans

son contexte de vie. Cultures&Santé est créée par des jeunes médecins et travailleurs sociaux qui s'inscrivent dans ce mouvement progressiste dont le GERM² est le fertilisateur théorique. Ils sont alors confrontés dans leur pratique au cœur de quartiers immigrés à des problèmes d'incompréhension et à des récits qui relatent des parcours de vie impactant lourdement la santé. « *Nous ne voulions pas répéter les mêmes pratiques que nos aînés. Nous voulions promouvoir une médecine plus proche des personnes, à leur écoute* », explique la médecin Catherine De Blauwe. Dès les premiers mois de l'association³, des formations, des journées d'étude et d'autres temps d'échanges sont organisés entre praticiens avec l'objectif « *d'aborder autrement la population qui avait vécu l'exil, qui était démunie, qui exprimait les symptômes de façon différente* ».

La nécessité de mettre en place des offres de médiations en consultation se fait très

1. À ce propos, voir le numéro 101 de la revue Politique.

2. Le groupe d'étude pour une réforme de la médecine a été créé en 1964 en opposition aux hiérarchies médicales existantes.

3. À cette époque et jusque 1987, Cultures&Santé s'appelle le Comité sociomédical pour la santé des immigrés.

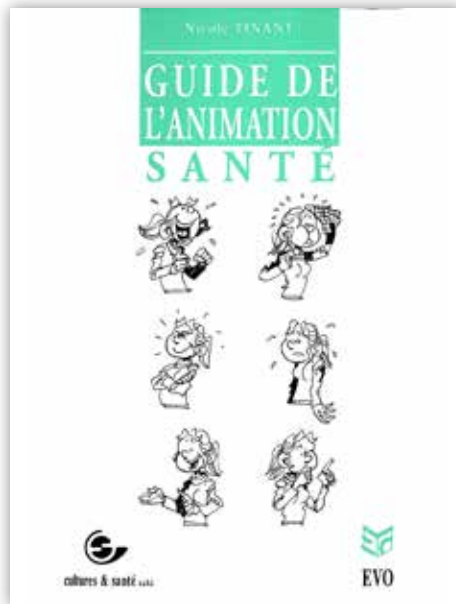
vite sentir. Cultures&Santé devient en Belgique précurseur dans ce domaine : « *Pour que nous puissions nous comprendre, les patientes emmenaient avec elles leurs enfants chargés de traduire nos échanges. Ce n'était pas vraiment une bonne solution car les enfants manquaient l'école et nous ne pouvions pas aborder certains sujets devant eux. Au sein de Cultures&Santé, nous avons donc assuré des formations destinées à des femmes issues de l'immigration pour qu'elles puissent assumer une fonction d'interprète* », dévoile Claire Geraets, ancienne médecin en maison médicale.

Avec l'apparition de manière plus saillante des enjeux liés à la diversité culturelle et en amenant cette posture d'ouverture et d'écoute de l'autre, Cultures&Santé a contribué à faire évoluer la manière dont la santé peut être abordée sur le terrain. Même si cela paraît plus évident aujourd'hui – du moins pour les acteurs de promotion de la santé –, il était assez novateur pour l'époque d'inclure dans les démarches de soins, d'accompagnement et d'éducation les expériences vécues, les représentations sociales de la personne, le niveau de maîtrise de la langue, les références culturelles...

De l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé

« *Beaucoup d'immigrés n'arrivaient pas à s'approprier le système de santé belge et sollicitaient trop souvent les services d'urgence des hôpitaux.* » Cet argument posé par Philippe de Briey, fondateur de l'asbl, encourage Cultures&Santé à mettre sur pied, à l'aube des années 1980, des animations santé auprès de groupes d'adultes fréquentant des associations : maisons de quartiers, centres d'alphabétisation, maisons médicales... Le but de ce travail éducatif est d'aider un public peu scolarisé et/ou parlant peu le français à acquérir une plus grande autonomie dans la prise en charge de sa santé et de celle de sa famille. « *L'idée de base était d'ouvrir les portes du savoir, de la connaissance, pour se débrouiller dans la vie* », indique Agnès Claes, ancienne directrice. Des informations qui peuvent concerner le système de soins, la manière dont fonctionne le corps

humain, les facteurs de risque face à certaines maladies, sont transmises à travers l'organisation de ces espaces-temps. Ces démarches s'appuient généralement sur des outils didactiques adaptés au niveau de maîtrise de la langue. Un certain nombre sont conçus par l'association elle-même.



En 1988, un dispositif d'éducation pour la santé est organisé en Belgique francophone grâce aux arrêtés de l'Exécutif de la Communauté française. L'un d'entre eux concerne le subventionnement de services aux éducateurs pour la santé. Cultures&Santé est agréée dans ce cadre en 1991. Après une décennie d'expérience dans ce domaine, l'asbl fournit dès lors un soutien aux relais dans leurs démarches éducatives. En 1993, elle fixe son approche dans un livre, *Le guide de l'animation santé*, qui propose des clés pour mener à bien une animation se basant sur les préoccupations et contraintes des participants.

Cultures&Santé participe à ce passage d'une approche de transmission d'informations sur la santé à un positionnement éducatif moins vertical. Il s'agit moins de parler aux personnes de leur santé et de ses implications que de mettre en place les moyens qui leur permettent de poser elles-mêmes une réflexion sur la santé et sur ce qui la détermine. L'animateur se détache d'un rôle de façonnage pour prendre une posture de dialogue et de mise en lien.

Promotion de la santé : des actions sur les déterminants

Dès la création de l'asbl, en 1977, les termes promotion de la santé sont inscrits dans les statuts. « *Notre but était de savoir ce qu'on pouvait faire pour améliorer la santé de ces gens qui vieillissent trop vite. Cependant à l'époque, nous étions surtout focalisés sur les traitements. La dynamique de réflexion sur les conditions socio-environnementales de la santé s'est surtout amplifiée par la suite.* », précise l'ancien médecin Bernard Vercruyse. L'association entre véritablement dans le champ de la promotion de la santé au milieu des années 1990 avec la promulgation du décret de 1997 qui organise un secteur professionnel en Communauté française. Le plan communautaire opérationnel qui suit traduit en lignes directrices cette nécessité d'agir sur les facteurs sociaux de la santé dans une optique d'émancipation individuelle et collective.

Il s'agit désormais de mener les actions pour améliorer la santé dans la durée en envisageant les multiples responsabilités et en suscitant la mise en œuvre de stratégies à plusieurs niveaux : auprès des individus (éducation), auprès des communautés et de leurs milieux de vie (démarches collectives et environnementales) et auprès des décideurs (santé dans toutes les politiques). C'est à ce moment que Cultures&Santé engage une réflexion interne et modifie son objet social. Elle donne au mot *cultures* un nouveau sens comme l'explique Jacques Morel, ancien administrateur délégué : « *Dans la mesure où l'histoire de Cultures&Santé avait été centrée sur l'éducation pour la santé et l'immigration, cette réflexion en équipe nous a permis d'élargir notre lecture du mot cultures. Nous avons davantage pris en compte les cultures issues du milieu social (culture bourgeoise, culture populaire) et l'ensemble des déterminants culturels de la santé.* »

Un des chantiers sur lequel se penche l'asbl est justement celui d'ancrer une culture de promotion de la santé pas assez développée dans les secteurs concernés

(de près ou de loin) par la santé. Créé à la fin des années 2000, un support pédagogique mettant en évidence les déterminants non médicaux de la santé (emploi, enseignement, logement...) symbolise cette démarche : « La santé c'est aussi... a été un véritable élément déclencheur. À partir de ce moment-là, nous sommes allés plus facilement à la rencontre d'acteurs venant de différents secteurs qui reconnaissent la légitimité de notre outil. » Ces mots sont ceux de Marjolaine Lonfils, ancienne directrice adjointe, qui a participé à ce mouvement encourageant les interventions en dehors du secteur du soin (alphabétisation, insertion socioprofessionnelle, CPAS...) et en amont des problématiques de santé, indispensables pour tendre vers plus d'équité en santé.



Besoin d'éducation permanente, besoin de plaider pour la santé

2007 est une autre année importante pour Cultures&Santé puisqu'elle se voit agréer en éducation permanente comme productrice d'outils pédagogiques⁴. Dans les dix années qui suivent, les réalisations de l'association ne traiteront plus de maladies ou de facteurs de risque mais porteront sur de multiples sujets en lien avec les déterminants de santé (l'alimentation,



Le centre de documentation de Cultures&Santé

l'environnement, l'organisation politique, les principes de solidarité...). L'idée est de susciter une lecture critique des réalités en se basant autant que possible sur la culture populaire, sur les vécus des personnes peu entendues dans l'espace public.

L'éducation permanente en Belgique francophone est un cadre de financement assez unique au monde puisqu'il entend inviter tout citoyen à réfléchir sur l'organisation de la société et à la remettre en cause quand celle-ci produit des injustices. En 2018, plus de 40 ans après la création de l'association, les inégalités sociales de santé ne se sont pas réduites, bien au contraire. Malgré l'investissement de nombreux acteurs associatifs, publics, parapublics visant cet objectif d'équité, des écarts de santé importants subsistent entre différentes catégories de la population. Les choix politiques actuels qui érodent notre modèle social peuvent être mis en cause. « On sent que le monde politique n'est pas complètement convaincu par le fait qu'en combattant la précarité, on sauvegarde l'avenir », alarme Louis Ferrant, membre de l'asbl depuis sa création. Ce constat devrait amener aujourd'hui tout acteur de promotion de la santé, à un engagement plus intense sur le terrain du plaider pour contrer l'idéologie de la responsabilisation

exclusivement individuelle des situations de vie et de la santé. Le besoin d'éducation permanente (pour conscientiser et mobiliser) et d'alliance (avec les groupes de pression) pour mener ce combat est donc plus que jamais présent.

Un travail de mémoire, une revue

Ce bref portrait montre les principales couches sédimentaires qui font Cultures&Santé aujourd'hui. La lecture de la revue des 40 ans⁵ que l'asbl éditera fin juin, permettra à toute personne intéressée d'en avoir un aperçu plus précis. Fruit d'un travail de mémoire, ce document proposera la ligne du temps, un regard rétrospectif et prospectif des acteurs de l'association⁶ et un panorama des réalisations éditées au cours des 4 décennies. La revue sera présentée lors d'un moment festif qui sera l'occasion de remercier tous les bénévoles, les travailleurs, les partenaires, les participants à nos activités qui ont façonné l'histoire de Cultures&Santé. Un moment qui, à n'en pas douter, donnera à l'asbl le plein d'énergie pour poursuivre son engagement dans la lutte contre les inégalités sociales de santé et relever les futurs défis de la promotion de la santé.

⁴ Cultures&Santé était reconnue comme acteur d'éducation permanente depuis 1984 mais pour ses activités d'animation.

⁵ Disponible à partir du 21 juin 2018 sur demande au centre de documentation.

⁶ Les interviews exhaustives des grands témoins de l'association (une dizaine) sont disponibles sur le site de Cultures&Santé dans la rubrique 40 ans : www.cultures-sante.be.

STRATÉGIES

Vers la fin du sans-abrisme

Juliette Vanderveken

Il existe des personnes sans-abri qui vivent en rue durant de très longues périodes, sans doute parce qu'elles cumulent certaines problématiques qui vont freiner systématiquement leur intégration dans le circuit classique d'aide et pour lesquels aucune des solutions intermédiaires dans le circuit classique ne semblent fonctionner. Et si, pour ces personnes vivant en rue, il existait une solution ? C'est ce que nous démontrent les projets Housing First (HF). Depuis 2013, des projets inspirés de ce modèle ont vu le jour à Bruxelles et dans d'autres grandes villes flamandes et wallonnes.

Éducation Santé est allé à la rencontre de deux opérateurs du projet en région bruxelloise ayant une spécificité dans le domaine de la santé : Muriel Allart, coordinatrice Housing First au sein de l'asbl Santé Mentale et Exclusion Sociale – Belgique (SMES-B), et Pierre Ryckmans, coordinateur chez Infirmiers de rue (IDR). Ils nous parlent du logement comme outil d'intégration sociale, de ce modèle qui fait écho à la promotion de la santé par sa finalité, ses méthodologies et son travail sur le logement. Un changement de paradigme est non seulement souhaitable, mais indispensable pour arriver à la fin du sans-abrisme.

Le modèle Housing First

Le logement est un droit fondamental pour tous. Cette notion est à la base des projets HF. C'est un psychologue new-yorkais, Sam Tsemberis, qui a développé ce projet dans les années '90. L'idée et le modèle qui en découlent semblent, somme toute, assez simples : il s'agit de proposer un accès, directement depuis la rue, à un logement individuel et à bas prix à des personnes sans-abri qui cumulent précarité sociale, maladie mentale, assuétudes et affections physiques. Le modèle comprend deux volets (le logement et l'accompagnement) et s'articule autour de différents principes.

Muriel Allart nous explique : « *Enfin, le modèle du HF est très simple. Il repose sur l'offre de logement à ceux qui n'en ont pas. Cela peut paraître incroyable mais on le désigne comme l'une des principales*

innovations sociales. Le HF, c'est avant tout rétablir un droit fondamental. Les autres critères sont des moyens pour rendre ceci effectif : des logements à bas prix, individuels et dispersés. Le HF découle d'une série de questions évidentes : de quoi ont besoin des personnes sans-abri ? D'un logement. De quel type de logement ont-ils besoin ? D'un logement comme les autres. Pour combien de temps ? Le plus longtemps possible. Qui sait le mieux comment elle doit être accompagnée ? La personne elle-même. Etc. À mes yeux, l'ensemble du modèle HF répond à une série d'évidences. Et finalement, on constate que ça fonctionne. »

Un accès direct au logement

Dans le circuit classique d'aide aux sans-abri, accéder à ce type de logement est l'aboutissement d'un processus. Outre les centres d'hébergement d'urgence, les modèles de logements transitoires, semi-collectifs, avec ou sans accompagnement social constituent généralement la norme. Ces solutions sont soumises à certaines conditions, notamment l'obligation d'abstinence, le suivi d'un traitement... La personne doit « faire ses preuves » avant de pouvoir bénéficier d'un logement individuel et accessible. Et c'est souvent sur ses épaules que repose la responsabilité d'obtenir et parfois trouver ce logement. Pourtant, ces solutions rendent l'accès au logement difficile, voire impossible pour les personnes qui cumulent des problématiques multiples (maladies mentales, addictions...). Pour Muriel Allart, « *il est fondamental de changer certaines idées préconçues comme 'les personnes cumulant une série de problèmes ne peuvent pas se maintenir en logement' ou 'il faut faire ses preuves pour obtenir un logement'. Le HF prend le problème dans l'autre sens : nous essayons de faire passer le message qu'une personne n'a pas à 'être prête' pour obtenir un logement. Elle rentre d'abord dans celui-ci, et ensuite elle apprend à vivre dans un logement. »*

Un accompagnement sur-mesure

Le projet ne s'arrête pas là. Outre l'accès direct au logement, les équipes proposent



Photo © Fotolia

un accompagnement mobile, pluridisciplinaire, sur-mesure en fonction des demandes et des besoins de la personne. Cet accompagnement n'a pas de limite dans le temps. Les équipes se composent de profils complémentaires qui varient selon les projets : médecins, assistants sociaux, infirmiers, psychologues... L'équipe du SMES-B comprend aussi par exemple une animatrice socioculturelle, une experte en réduction des risques, une paire-aidante... « La présence d'une paire-aidante dans notre équipe est une réelle plus-value. Nous serions ravis de partager notre expérience auprès des acteurs qui souhaitent se lancer » ajoute Muriel Allart. Dans un premier temps, ces équipes amènent à la personne les domaines de compétence dont elle a besoin pour se rétablir. Mais l'idée à terme est de remettre progressivement la personne en lien avec les structures existantes, les professionnels, le tissu associatif...

Dans la pratique, les deux volets (le logement et l'accompagnement) sont distincts et indépendants l'un de l'autre. En effet, une personne qui bénéficie d'un accès direct à un logement peut décider de ne pas poursuivre un accompagnement, sans entraîner la perte de ce logement. Pour la simple et bonne raison que la personne signe un contrat de bail et a les mêmes droits que tout autre locataire. Et cela fonctionne dans l'autre sens également : lorsqu'une personne perd son logement pour une raison spécifique, l'équipe d'accompagnement poursuivra son suivi si la personne le souhaite. Par exemple, les questions d'argent pour payer son loyer sont distinctes du volet accompagnement pour ne pas mettre celui-ci en péril. Pour cette raison, notamment, les équipes d'accompagnement essaient de ne pas interférer dans la relation entre le locataire et le propriétaire. Ce suivi est assuré par un autre intermédiaire au sein des projets.

Plusieurs tentatives sont possibles

Dans la même idée que l'accompagnement et le logement ne s'excluent pas l'un

l'autre, il est fondamental de donner une seconde chance à la personne en cas de perte de logement. En effet, les équipes valorisent l'expérience en cherchant des solutions avec le locataire pour remédier aux problèmes rencontrés. « Par exemple, s'il y a trop d'amis de la rue qui sont passés dans le logement et que cela a mené à la perte du logement, nous établissons avec la personne une stratégie pour remédier à cette situation, comme ne plus donner son adresse. Si la personne oublie de payer son loyer, on peut mettre en place un système de paiement automatique ou un administrateur de bien. » (Muriel Allart)

« Ce qui est révolutionnaire et très important, c'est de pouvoir dire aujourd'hui 'on peut remettre tout le monde en logement... et personne ne devrait se retrouver en rue'. Le HF a donné une légitimité et une crédibilité à cette revendication. Le programme n'est pas révolutionnaire en soi... mais ça amène la possibilité d'une révolution. »

(Pierre Ryckmans)

Une dispersion dans l'espace urbain

Il s'agit d'un autre principe du modèle : disperser les logements dans la ville afin de ne pas créer des « ghettos », mais prôner la mixité, et redonner un maximum de citoyenneté à la personne. « Pour commencer, nous ne parlons pas de 'bénéficiaires' mais de 'locataires'. Lorsque nous croisons le voisinage lors de nos visites

de suivi, nous ne nous présentons jamais comme 'l'assistante sociale qui vient voir monsieur X' mais comme des personnes qui viennent rendre visite » souligne Muriel Allart.

Oser avec tous

Le projet s'adresse aux personnes qui cumulent des problématiques de santé mentale, d'addiction et/ou des affections physiques. C'est ce cumul qui, ajouté aux conséquences/impacts de la vie en rue, rend compliqué l'accès au logement et la réinsertion de ces personnes via le système tel qu'il fonctionne.

Pierre Ryckmans : « Chez IDR, nous travaillons depuis toujours avec les personnes qu'on pense être 'le plus en danger', c'est-à-dire le plus à risque de mourir en rue. Et très éloignées de l'insertion sociale. Ces personnes n'ont pas leur place dans le système des maisons d'accueil tel qu'il fonctionne pour le moment, les barrières sont multiples. »

Au SMES-B, les personnes arrivent dans le projet via les partenaires¹ : Muriel Allart nous explique : « On demande à nos partenaires de nous envoyer les personnes pour lesquelles elles pensent que ça ne va pas marcher. Celles pour lesquelles rien n'a fonctionné et pour lesquelles plus personne ne croit à la possibilité de fonctionner en logement. Nous ne les connaissons pas au départ. Certaines ont l'air d'avoir un profil plus léger et on se dit qu'elles vont vite se rétablir et qu'il n'y aura pas besoin de trop d'accompagnement... mais ça demande parfois un accompagnement plus intense, il y a beaucoup de crises, etc. Et parfois on nous envoie des personnes qui ont un profil hyper lourd mais qui finalement se stabilisent très rapidement. En regardant la manière dont une personne a fonctionné en hôpital, en hébergement d'urgence, dans des logements communautaires, on ne peut pas prédire comment la personne fonctionnera en logement. Il faut faire le pari avec tous. »

1. Présentation des partenaires du SMES



Photo © Fotolia

... Et ça fonctionne !

Actuellement, une centaine de personnes ont été relogées grâce au HF à Bruxelles. La moyenne de maintien au logement tourne autour de 80 %, le SMES-B par exemple obtient des résultats de 94 %. Après une évaluation longitudinale (sur 2 ans) menée sur l'ensemble de la Belgique², il apparaît que les locataires HF présentent un meilleur état de santé que les personnes qui fréquentent ou ont fréquenté le système d'aide existant. Une stabilisation ou une amélioration est constatée, surtout concernant les problématiques de santé mentale.

« Il y a une dizaine d'années encore, c'était presque banal d'entendre : 'on n'arrivera pas à remettre cette personne en logement, elle va mourir en rue, et c'est comme ça, c'est la vie'. À l'heure actuelle, plus aucune association n'oserait dire ça mais cette idée reste encore présente aux yeux du grand public. » (Pierre Ryckmans)

Les ponts avec la promotion de la santé

Le HF, par sa finalité d'intégration sociale et de mieux-être de la personne (et de la

société tout entière), est intrinsèquement lié à la promotion de la santé. La rue (entendons par là la vie en rue) est délétère pour la santé. Rappelons encore une fois que le logement est un droit fondamental qui répond à un besoin de base.

Le logement comme levier d'action

« Le secteur de la promotion de la santé fait le lien entre le logement et la santé. En cela, nous (les opérateurs du HF) rejoignons ce secteur » explique Pierre Ryckmans. Le logement est le levier d'action. Une fois acquis, cela offre la possibilité d'aborder d'autres facettes de la santé « qu'on ne peut pas, ou qu'on a pas l'occasion ou le temps d'aborder en rue ».

Le travail sur le « rétablissement »

Le rétablissement est la première étape lors d'une arrivée en logement. Ce terme nous vient tout droit du secteur de la santé mentale. Dans le sens commun, il renvoie à l'idée de se remettre d'une maladie. Pourtant dans ce cas-ci, il s'agit d'une traduction du terme anglais 'recovery' qui a une signification plus large. « Nous allons travailler avec la personne sur ce qu'elle amène. La personne, avec sa/ses difficulté(s) ou sa/ses maladie(s), va trouver une manière de vivre qui lui convient le mieux possible. La démarche n'est pas d'éradiquer les symptômes mais d'essayer de 'faire avec', de vivre le mieux possible avec sa maladie. In fine, l'objectif est d'aller vers un bien-être. Mais ce bien-être est défini de manière individuelle et pas en fonction de la 'norme' » précise Muriel Allart.

Comme l'expliquent nos deux interlocuteurs, travailler au rétablissement de la personne implique au départ de ne pas considérer les personnes qui vivent en rue comme étant différentes. « Par exemple, nous refusons de parler des 'habitants de la rue', par opposition aux 'habitants des maisons'. Ce sont des gens qui assument à un moment donné des situations qui leur sont imposées. On part du principe que la

personne que nous rencontrons a toutes les capacités pour s'en sortir. Notre rôle est de l'aider à surmonter certaines difficultés qu'elle a pour le moment, mais on ne doit pas reconstruire quelque chose. C'est une vision de l'esprit mais cela nous aide à aborder les personnes de façon différente : il s'agit plus de retirer une partie de la charge des épaules d'une personne et lui permettre de reprendre sa vie en main plutôt que de 'reconstruire' la personne. » (Pierre Ryckmans)

La réduction des risques

« Nous considérons que la vie en rue est en elle-même un risque majeur pour la santé et même la survie des personnes. Travailler sur la réduction des risques, nous le faisons depuis toujours chez IDR sans poser le nom dessus. C'est le travail de rue qui nous amène à ça. D'emblée, nous avons fait une croix sur l'abstinence des consommations. Une personne qui est en rue, même si elle n'est pas alcoolique, va boire pour des raisons qui sont liées au fait qu'elle vit en rue » nous explique Pierre Ryckmans.

Au-delà, cette méthodologie est utilisée de manière globale dans les projets HF en réalisant un travail sur les risques de perdre son logement. Ceci permet d'aborder toute une série de facettes avec le locataire. « Par exemple, explique Muriel Allart, si la consommation de drogues de la personne lui coûte trop cher et qu'elle a du mal à payer son loyer, nous allons partir de son souhait de maintenir son logement pour travailler éventuellement ces questions de consommation, sans en faire une condition. »

Le logement, point de départ ou aboutissement ? Un changement de paradigme

Nous nous sommes posé la question de l'intersectorialité. Dans le modèle, les projets HF rassemblent des professionnels issus de secteurs divers : celui de la santé mentale, de la toxicomanie, du logement... qui collaborent au sein d'un même projet.

² <http://www.housingfirstbelgium.be/pages/une-evaluation/>

Fantastique! Mais est-ce aussi évident que cela ? Pour répondre à cette question, il nous faut revenir sur les politiques de lutte contre le sans-abrisme, y replacer les projets HF, et aborder la question centrale du logement.

Un changement de paradigme dans les politiques est nécessaire

Pour mettre fin au sans-abrisme, plusieurs éléments doivent entrer en jeu dans les politiques publiques :

- mettre en place des politiques ambitieuses de logement. Y compris le fait d'arriver à reloger cette population très fragile pour laquelle il n'y avait pas de solution avant.
- Mettre en place une politique de prévention pour éviter que de nouvelles personnes se retrouvent sans logement.

Pourtant, « la politique bruxelloise des 20 dernières années visait à augmenter chaque année le nombre de places dans les hébergements d'urgence » souligne Muriel Allart. Cette année, ce sont plus de 1 300 places d'urgence qui ont été ouvertes dans le courant de l'hiver « et ce nombre augmente chaque année » ajoutait-elle. Nos deux interlocuteurs insistent sur le fait que les politiques se sont concentrées sur une gestion du sans-abrisme plutôt que sur la résolution du problème.

Certains pays comme la Finlande ont choisi d'opérer ce changement il y a une dizaine d'années. D'une part, ils ont investi massivement dans la production de logements, mais également dans la reconversion des centres de logement communautaires en logements individuels. « À Helsinki, il y a 52 places d'urgence! Si on fait le parallèle avec un service d'urgence hospitalière, un tel service fonctionne bien lorsqu'il est vide. En effet, les personnes qui entrent dans l'urgence n'ont rien à y faire, elles doivent être réorientées le plus rapidement possible vers des logements. L'urgence doit rester de l'urgence (un hébergement rapide et de courte durée). Bien sûr, il ne faut pas supprimer l'urgence sociale, mais on ne peut pas faire de l'urgence sociale



Photo © Fotolia

le principal point d'aboutissement de la politique d'aide aux sans-abri » nous dit Muriel Allart.

Les résultats sont déjà au rendez-vous : la Finlande est le seul pays d'Europe à avoir vu diminuer son nombre de sans-abri ces dernières années, contrairement à tous les autres pays européens³. Et Pierre Ryckmans d'ajouter : « ce que montre l'exemple de la Finlande, c'est que le HF n'est qu'une partie d'une politique plus globale et ambitieuse de logement et de prévention ».

S'atteler au problème du logement, le rôle des opérateurs du HF ?

À l'exception de la Belgique, tous les pays adeptes du HF ont mis des logements à disposition. Chez nous, la responsabilité de trouver ou créer des logements repose sur les équipes d'opérateurs. Dès lors, de nouveaux profils étaient nécessaires pour compléter les équipes HF. Au SMES-B, un responsable logement. Chez IDR, on parlera plutôt d'un créateur de logement. Pierre Ryckmans nous explique : « On s'est rapidement rendu compte qu'il fallait non seulement capter des logements existants mais également se mettre dans une dynamique de création de logements car il n'y en a pas assez en région bruxelloise qui compte environ 7 % de logements sociaux alors qu'il en faudrait au moins 15 %. Or,

avec environ 4000 personnes sans logement, dont environ 2000 en rue, il va falloir réagir très vite et très fort pour rattraper ce retard. (...) La difficulté que nous rencontrons avec le HF, c'est que la recherche et la création de logements sortent un peu de nos compétences. La question de production suffisante de logement social, ce n'est pas notre domaine. Cela nous amène à être en contact avec tout un monde duquel nous sommes étrangers. Dès lors, on voit un peu ce décrochage comme une dérive car cela nous amène à faire des choses pour lesquelles nous ne sommes pas formés, qui sortent de notre champ de compétences et qui 'diluent' quelque peu le travail de notre équipe. Ce n'est pas une solution à long terme. » Muriel Allart souligne également la charge de travail considérable que représentent la recherche, la gestion et le suivi du volet logement.

Travailler avec des secteurs tellement différents est une richesse. Nos deux interlocuteurs soulignent l'importance et la richesse du travail en réseau, le développement de nouveaux partenariats (avec des AIS, des hôpitaux, des services sociaux...), etc. Mais pour des opérateurs issus du secteur de la santé et de la santé mentale, la question du logement reste aussi une difficulté réelle si davantage de logements ou de partenariats effectifs avec ce secteur ne sont pas mis en place.

³ La FEANTSA et la Fondation Abbé Pierre publient tous les 2 ans un rapport sur le mal-logement en Europe. Pour consulter le rapport 2018 : <http://www.feantsa.org/fr/report/2018/03/21/la-deuxieme-regard-sur-le-mal-logement-en-europe>

L'effet positif : une (re)mise en évidence

Les deux coordinateurs sont unanimes, un effet positif indéniable des projets HF est la remise en évidence de la question du logement : « *Le lien entre le sans-abrisme et le manque de logement est devenu beaucoup plus évident et direct. Avant, on parlait plus de 'mettre les gens à l'abri' mais la suite restait floue : on supposait vaguement que les gens allaient eux-mêmes trouver un logement à long terme, mais on ne se posait pas plus concrètement la question. Maintenant que nous devons nous-mêmes trouver ces logements, nous sommes confrontés de façon beaucoup plus directe au problème. Et comme le politique soutient ces projets et que, pour obtenir des résultats, nous avons besoin de logements, il y a là un levier à faire jouer, une prise de conscience qui peut amener de réels changements* » nous dit Pierre Ryckmans.

Du côté des autres acteurs de terrain également, un changement se fait sentir, « *De plus en plus d'acteurs se dirigent vers des approches orientées vers le logement. Par exemple, les maisons d'accueil développent des projets de post-hébergement mais également des projets en lien avec la santé mentale, comme le fait l'Autre Lieu par exemple* » note Muriel Allart. Cela amène de plus en plus d'associations à s'impliquer dans la remise en logement directe et définitive des personnes vivant en rue. Et d'ajouter : « *Le HF a réussi à trouver sa place, pas dans une visée de révolutionner le secteur mais plutôt dans une visée de se positionner en complément de ce qui existait déjà et de ce qui se développe. C'est assez bien accepté, nous collaborons avec un maximum d'acteurs du secteur, les partenariats se passent très bien.* »

Un regard critique au-delà du modèle

Le HF se positionne de manière complémentaire au système d'aide déjà existant. C'est une approche de niche. Mais selon Pierre Ryckmans, « *le besoin de créer ce genre de projet – adressé à des personnes pour lesquelles on considérerait que 'plus*

rien n'était possible' – reste révélateur d'un dysfonctionnement profond au sein de notre société : d'une part, il y a la précarisation des personnes en général ; et d'autre part, un déchargement de la responsabilité dans la prise en charge des personnes les plus vulnérables, et notamment les personnes avec un problème de santé mentale ».

« *Pour le moment, on copie le système nord-américain car, comme chez eux, l'un des travers de notre société est de jeter toute une série de gens à la rue. On aurait probablement pu faire les choses différemment lorsque le problème a commencé à se poser, dans les années '80. C'est à ce moment-là qu'il aurait fallu réagir et travailler à la prévention. Le système des maisons d'accueil, apparu dans les années '60, a fonctionné pendant des années, les hébergements d'urgence ne sont apparus que plus tard, par nécessité. Ce système intermédiaire des maisons d'accueil fonctionnait bien et reste encore maintenant une solution pour un grand nombre de personnes. Mettre moins l'accent sur l'accueil d'urgence implique toutefois que le nombre de gens en rue diminue drastiquement ; or on a un arriéré énorme à rattraper. Certaines personnes passent plus de 10 ans en rue ! Ces gens ont dès lors besoin d'un accompagnement intensif et ont d'autant plus de difficultés à s'intégrer dans une communauté, etc. Mais lorsque la plupart des sans-abri ont moins d'un an de rue, comme c'est le cas dans une ville comme Gand par exemple, le système des maisons d'accueil, bien géré, avec des logements en suffisance, pourrait sans doute à terme prendre en charge la grande majorité des cas : ces personnes ont encore une mutuelle, un réseau sur lequel compter, des repères par rapport à la vie dans un logement... Et le HF ne prend alors en charge qu'une petite minorité de cas, représentant des problèmes de santé mentale. Pour le moment, on est obligé de mettre en place un système qui ne devrait être destiné qu'à rattraper le temps perdu.* »

Et de soulever un autre problème de société : l'organisation du système fait que certains acteurs « *excluent de facto les cas 'les*

plus difficiles'. Une fois que la personne a passé le pas de la porte (d'une consultation, d'un service d'urgence, d'un hôpital psychiatrique...), on ne se soucie plus de ce qu'elle devient, si elle prend son traitement, si elle vit en rue, si elle vit tout court. Nous, on le fait... car personne n'est là pour prendre cette responsabilité. Et ça, c'est profondément interpellant. »

Quel message voudriez-vous faire passer au secteur PS ?

Pour conclure nos entretiens, nous avons posé la question : « *Quel message souhaitez-vous adresser aux intervenants en promotion de la santé ?* »

Pour Pierre Ryckmans, il faut faire ressortir « *l'importance de travailler sur les représentations des personnes qui vivent en rue ! Ce sont des gens comme vous et moi, qui à un moment donné dans leur vie se retrouvent dans des situations complexes. Mais leur situation peut changer. Il est indispensable de faire disparaître les étiquettes du type 'sans abri un jour, sans abri toujours'.* »

Muriel Allart ajoute qu'il faut, « *continuer à partager l'expertise en matière de participation du public. C'est auprès de la promotion de la santé que nous allons chercher cette expertise. Mais surtout continuer et renforcer les collaborations avec les différents opérateurs, le service support du Centre bruxellois de promotion de la santé (CBPS), etc. Notre message depuis toujours au SMES-B est de décloisonner. Pour les personnes les plus vulnérables, seule une approche globale arrive à donner des résultats.* »

Pour en savoir plus sur les projets

Housing First :

www.housingfirstbelgium.be

et www.housingfirstbrussels.be

Pour en savoir plus sur Infirmiers

de Rue : www.infirmiersderue.org

Pour en savoir plus sur Santé Mentale et Exclusion Sociale – Belgique :

<http://smes.be/>

LOCALE WALLONIE

Province - communes, partenaires pour la santé

Pascale Dupuis, adjointe à l'Inspecteur général et coordinatrice des partenariats, Administration de la santé publique, de l'action sociale et culturelle, Province de Namur

La Province de Namur accorde un soin particulier à la mise en œuvre de partenariats avec les communes de son territoire. L'été dernier, elle a lancé à ses 38 communes un troisième appel à construire des projets communs, au bénéfice de leurs habitants. Sur les 205 projets choisis par les communes, 58 concernent la santé ou le bien-être.

Entre 2017 et 2019 se déroule la troisième phase des partenariats Province-communes en province de Namur. Pour cette édition, la Province de Namur propose aux 38 communes namuroises de faire leur choix au sein d'un catalogue de 47 fiches correspondant chacune à une de ses expertises, un de ses métiers spécifiques, dans ses six domaines de compétences que sont l'action sociale et la santé, la culture, l'économie, l'enseignement, l'environnement et le tourisme.

205 projets dans 38 communes

Au total, la Province a réservé 2,4 millions d'euros pour les partenariats Province-communes 2017-2019. Concrètement, chaque commune dispose d'une enveloppe financière – une sorte de « droit de tirage » – calculée sur base de son nombre d'habitants, de sa superficie et de son indice de cohésion sociale. Et à chaque projet correspond une valeur budgétaire, soit prédéterminée, soit à préciser sur base des spécificités et de l'ampleur du projet envisagé. La Commune sélectionne les projets qui l'intéressent et répartit son enveloppe entre ceux-ci. Si aucune des thématiques proposées ne correspond aux besoins locaux, il existe aussi la possibilité, à certaines conditions, de déposer des projets dits « hors catalogue ». L'offre a séduit, puisque la Province a enregistré, pour cette troisième phase de partenariats, pas moins de 205 projets! Focus sur quelques-uns de ceux-ci, axés en particulier sur la santé et le bien-être.



Photo © Fotolia

Un répertoire d'outils « 0-5-30 » à Hastière

Pour la Cellule Promotion Santé, une équipe de la Direction de la Santé publique, travailler en partenariat est une évidence. Les projets qui s'élaborent avec les communes s'inscrivent naturellement dans ce fonctionnement. C'est la deuxième fois que la Commune d'Hastière choisit le thème « 0-5-30 », une combinaison qui résume trois comportements de santé : 0 tabac, 5 portions de fruit et de légume et 30 minutes d'activité physique par jour. Au cours de la phase II des partenariats Province-communes (2014-2016), les employées de l'Accueil Temps Libre (ATL) de la commune ont suivi un module de formation pour développer leurs connaissances dans ce domaine et leur permettre

de construire des activités de promotion de la santé auprès des enfants dont elles ont la charge¹. À l'issue du module, les accueillantes ont créé ensemble des outils et des animations leur permettant de mettre le concept en application. Deux journées d'échanges ont alors été organisées et coconstruites par les accueillantes, leur coordinatrice et la Province de Namur accompagnée de son partenaire, le Centre local de Promotion de la Santé en province de Namur pour partager les outils ou les animations développés. **Carine Crucifix** est responsable de ce projet pour la Cellule Promotion Santé provinciale : « Pour cette nouvelle phase de partenariats, l'objectif est de mettre en valeur les idées des accueillantes et de créer un répertoire reprenant de manière détaillée les animations et outils qu'elles

¹ Selon la définition de l'ONE : « L'accueil extrascolaire temps libre : Ces lieux d'accueil fonctionnent avant ou après l'école, le mercredi après-midi et parfois durant le week-end. Ils sont situés dans les écoles ou en dehors. Les plus connus sont les « garderies scolaires », et les associations qui organisent des animations spécifiques. » (<http://www.one.be/parents/accueil-temps-libre/>)

ont elles-mêmes conçus, afin de faciliter l'échange des pratiques et de mutualiser les ressources. Conçu sous une forme évolutive, ce répertoire pourra s'enrichir au fil du temps ». Les employées de l'Accueil Temps Libre d'Hastière souhaitent qu'il puisse servir aux enseignants de la commune et aux accueillantes des autres communes. La fiche projet 0-5-30 a aussi été sélectionnée par les communes d'Havelange et de La Bruyère, qui la déclineront en fonction de leurs besoins propres, avec le public qu'elles identifieront comme prioritaire.

En route vers le label École 21

Le dispositif École 21 est né en 2008 dans le cadre du projet franco-belge Interreg IV Générations en santé, auquel ont collaboré plusieurs Provinces wallonnes². Depuis, la Cellule Promotion Santé accompagne des écoles vers l'obtention de ce qui est beaucoup plus qu'un label. En choisissant la fiche projet « École 21 », les communes proposent à leurs écoles d'entrer dans une démarche alliant promotion de la santé et développement durable. **Nadège Fivet**, de la Cellule Promotion Santé, coordonne ce vaste travail, qui vise à faciliter l'acquisition et le développement de comportements favorables à l'éducation, à la santé et à l'environnement : « *L'adhésion des écoles au projet se fait sur base volontaire. À Gesves, Floreffe et La Bruyère, les 12 établissements auxquels nous avons présenté le concept ont choisi de s'engager. Ils acquièrent le label en signant la Charte École 21 et rejoignent ainsi le réseau européen des Écoles 21* ». Actuellement, les comités de pilotage se mettent en place dans chaque école. Les prochaines étapes sont la réalisation de diagnostics des besoins par école, l'identification des priorités et l'élaboration de plans d'action. En outre, des outils pédagogiques permettant d'aborder différentes thématiques (développement durable, santé, climat scolaire...) sont rassemblés dans une malle mise à la disposition de chaque Commune, en collaboration avec

le Centre de Ressources documentaires provincial qui propose aussi une formation à l'utilisation de ces outils. Enfin, dans le cadre de ce partenariat, chaque école bénéficie d'un petit subside pour soutenir la concrétisation d'un projet au choix.

Prévention des risques à Havelange

À côté de la Cellule Promotion Santé, un autre service provincial possède une expertise dans le domaine de la promotion de la santé, et plus spécifiquement dans la prévention du SIDA, des infections sexuellement transmissibles, des hépatites et dans la réduction des risques liés à l'usage de produits psychotropes. Le Service de Santé Affective, Sexuelle et Réduction des Risques (SASER) a également une pratique de travail en réseau profondément ancrée. Il élabore des projets de proximité avec des acteurs de terrain, mettant en action des personnes issues des publics cibles en vue de les rendre actrices de leur santé. La Commune d'Havelange a décidé de prendre au sérieux la consommation d'alcool chez les jeunes et les risques d'accident de la route qui y sont liés. Elle a sélectionné la fiche « Contribuer à la réduction des risques lors d'événements festifs par la formation de pair locaux ». **Jaqueline Collin** du SASER travaille en très étroite concertation avec les « Jeunesses » locales et le Patro, en vue de sensibiliser les jeunes à une consommation responsable. Le projet comportera des actions de réduction des risques liés à la consommation de psychotropes, principalement l'alcool, et des nuisances sonores dans les fêtes. Ces actions seront déterminées par les jeunes eux-mêmes, qui ont déjà identifié des moments-clés : les grands feux, les kermesses, les soirées et week-ends du Patro.

C'est quoi le bonheur à Philippeville ?

Ambitieux projet, que celui dans lequel la Commune de Philippeville et la Province

de Namur se sont lancées ensemble ! Au départ, le choix de la thématique de « santé dans toutes les politiques » (health in all policies) par le Collège communal de Philippeville est en lien avec la Déclaration de politique communale « Philippeville, Commune où il fait bon vivre ! » Pour opérationnaliser cette intention, la Commune souhaite mettre en place un outil pérenne d'aide à la prise de décisions et à la priorisation d'actions. Le CLPS en province de Namur est aussi partie prenante. En mobilisant citoyens, agents communaux et décideurs autour d'une réflexion sur le bien-être à Philippeville, le projet vise à dégager et à hiérarchiser – par une enquête qualitative participative – les principales composantes qui déterminent le bien-être collectif des habitants de Philippeville. Il a aussi pour objectif de sensibiliser le Collège communal à l'impact des politiques sur la santé et le bien-être collectif de la population et de doter l'Administration communale d'un outil qui lui permettra d'estimer, de manière prospective, l'impact de décisions prises par le collège sur le bien-être de la population.

En donnant un rôle aux citoyens, aux professionnels actifs sur le territoire et aux employés des services communaux dans la prise de décision, la démarche participative permet à chacun de devenir acteur de l'organisation de la société et du processus de changement. Le projet a officiellement été lancé le 23 avril, lors d'une soirée au cours de laquelle a été le nouveau documentaire « C'est quoi le bonheur pour vous ? » de Julien Peron³.

Santé mentale : soutenir les professionnels de première ligne et augmenter l'offre de soins

Dans le catalogue proposé aux communes, deux offres de partenariat étaient proposées par les Services de Santé mentale de la Direction de la Santé publique : l'une offre un soutien aux professionnels de première ligne et l'autre permet un accès de proximité aux soins de santé mentale pour

² Lire à ce sujet BROUSSOULOUX S., LORENZO P., TINTINGER V., *Évaluation du dispositif École 21 : des pistes pour sa pérennisation*, Éducation Santé, n°308, février 2015 (<http://educationsante.be/article/evaluation-du-dispositif-ecole-21-des-pistes-pour-sa-perennisation/>)

³ www.citationbonheur.fr



Photo © Fotolia

la population. « *La première a été choisie par trois communes, dont les équipes du CPAS bénéficieront prochainement de séances de supervision élaborées sur mesure en fonction des besoins et animées par des spécialistes de la santé mentale. La seconde, sélectionnée par cinq communes, se décline de manière très différente selon les réalités locales. Dans chaque cas, le premier travail est de bien comprendre les besoins locaux et d'élaborer ensemble un projet qui contribue à y répondre* », explique **Colette Nigot**, responsable du Département de Santé mentale. À Bièvre, il s'agit de poursuivre le partenariat initié dans la phase II, en offrant des ateliers collectifs pour les parents et les adolescents, ainsi que des plages de permanence d'une assistante sociale. À Eghezée, un psychologue sera mis à disposition du CPAS un après-midi par semaine pour apporter à la population et particulièrement, aux bénéficiaires du CPAS et aux personnes éprouvant des difficultés de mobilité, une offre de proximité en matière de soins psychologiques. À Philippeville, le projet vise la prévention des violences conjugales et familiales, partant du constat d'une aggravation de cette problématique et d'un déficit de prise en charge par les structures existantes. Il se concrétise par

la mise en place et l'animation d'une plateforme de concertation locale sur les violences intrafamiliales et conjugales, par des permanences de l'asbl « Ça vaut pas le coup » du Réseau Solidaris spécialisée dans l'accompagnement des personnes victimes de violences conjugales et intrafamiliales et par des groupes de paroles.

Et encore...

Les thématiques de partenariat sont multiples. Sans entrer dans les détails :

- Trois communes ont choisi de faire appel aux services du SAMI (service d'analyse des milieux intérieurs) pour mener une campagne d'information sur les risques du radon sur la santé et distribuer des détecteurs à la population⁴ ;
- Quatre communes ont inscrit des employés à une formation d'animateurs sociosportifs des espaces publics ;
- Avec les conseils et l'accompagnement du directeur du Domaine provincial de Chevetogne, quatre communes créeront une nouvelle plaine de jeux, vue comme espace de socialisation et de loisir actif ;
- Dix communes se sont engagées ou ont décidé de poursuivre le processus « Ville amie des aînés »⁵ ;
- Cinq communes ont demandé la création

ou le développement sur leur territoire d'une ou plusieurs haltes-accueil du Bébés Bus. Il s'agit d'une formule itinérante d'accueil des tout-petits, adaptée aux publics fragilisés, qui offre aux petits une occasion de socialisation et de stimulation, tandis que leurs parents bénéficient d'un accompagnement et d'un soutien à la parentalité ;

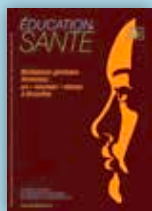
- Face au problème de la mobilité en milieu rural qui a de réels impacts sur la santé, l'emploi, la formation ou encore l'accès à la culture, six communes ont décidé de prioriser la mobilité inclusive et solidaire pour leurs publics fragiles et dépendants, au travers d'un partenariat à trois : la commune (et/ou son CPAS), la Province et une centrale de mobilité ;
- Trois communes ont choisi d'acquérir des vélos et/ou d'organiser des formations à la conduite cycliste.

Au plus près des besoins locaux

Si les thématiques et les objectifs généraux sont prédéfinis dans le catalogue, chaque projet concret cherche à rencontrer un réel besoin local identifié par la commune. Un comité de pilotage propre au projet rassemble des représentants de la Commune, de la Province et bien souvent d'organismes partenaires comme une association locale ou, pour les projets de santé, le CLPS... Ce comité détermine, sur base d'une analyse des besoins, les objectifs spécifiques du projet, le contexte, les modalités de ce qui sera mis en place, en suivant une méthode commune de gestion de projet. Et une équipe mène le projet au quotidien sur le terrain. Même si, à côté des projets sur mesure, certains sont davantage « clé sur porte », dans tous les cas, on est loin de la politique de « simple » subsidiarité d'autrefois. Pour les Communes, cela requiert parfois d'adapter leurs attentes et leur vision du partenaire provincial. Un changement de culture qui paraît parfois inconfortable mais dont la plus-value est rapidement visible.

⁴ Le radon est un gaz radioactif qui peut s'infiltrer dans les bâtiments par le sous-sol. Chaque année, le radon cause environ 480 cancers du poumon en Belgique. Plus d'info sur le radon et sa prévention : www.actionradon.be

⁵ Voir à ce sujet l'article : PROVINCE DE NAMUR, *Une province et ses communes, amies des aînés*, Éducation Santé n°341, février 2018 (<http://educationsante.be/article/une-province-et-ses-communes-amies-des-aines/>)



ÉDUCATION SANTÉ

UN MENSUEL AU SERVICE
DES INTERVENANTS FRANCOPHONES
EN PROMOTION DE LA SANTÉ DEPUIS 1978

Sommaire

INITIATIVES

- 2 Mutilations génitales féminines :
un « nouveau » réseau à Bruxelles
par *Stéphanie Florquin*

ACTEURS

- 5 Cultures&Santé : 40 ans d'histoire
de promotion de la santé
en Belgique francophone
par *Dennis Mannaerts*

STRATÉGIES

- 8 Vers la fin du sans-abrisme
par *Juliette Vanderveken*

LOCALE

- 13 Province - communes, partenaires
pour la santé par *Pascale Dupuis*

Sur notre site
www.educationsante.be

Retrouvez tous nos articles complets et
bien plus encore sur notre site internet
www.educationsante.be.

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

- Rapport annuel Tabacstop 2017 :
les nouveaux médias comme aide à
l'arrêt, Fondation contre le Cancer
- PROMOTION DE LA SANTE -
Avis de la Conférence Nationale
de Santé sur la littératie en santé,
Société Française de Santé
Publique

Éducation Santé est aussi présente
sur les réseaux sociaux. Vous pouvez y
suivre toutes les actualités du secteur,
que ce soit sur Facebook ou sur Twitter :
www.facebook.com/revueeducationssante
ou www.twitter.com/EducationSante

Mensuel (11 numéros par an, ne paraît pas en août).

Abonnement : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

Réalisation et diffusion : Alliance nationale des mutualités
chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination
intermutualiste ANMC-UNMS.

Ont collaboré ce mois-ci : Pascale Dupuis,
Stéphanie Florquin, Dennis Mannaerts.

Rédactrice en chef : France Gerard
(education.sante@mc.be).

Secrétariat de rédaction : Manon Gobeaux.

Journalistes : Manon Gobeaux, Juliette Vanderveken.

Contact abonnés : education.sante@mc.be.

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Hervé Avalosse,
Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Alain Deccache,
Émilie Delferrière, Martin de Duve, Damien Favresse,
Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer,
Denis Mannaerts, Vladimir Martens, Marie-Noëlle Paris,
Marianne Prévost, Karin Rondia, Catherine Spièce,
Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Comité opérationnel : Pierre Baldewyns, Manon Gobeaux,
Anne-Sophie Poncelet, Caroline Saal, Marinn Trefois,
Juliette Vanderveken.

Éditeur responsable : Jean Hermesse,
chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Mise en page : Muriel Logist.

Impression : Hayez.

Routage : JMS Mail +.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par *Éducation Santé* n'engagent que leurs
auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction.

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 ou Éducation Santé.

Internet : www.educationsante.be.

Courriel : education.sante@mc.be.

**Pour découvrir les outils francophones en promotion
de la santé :** www.pipsa.be

Les textes de ce numéro sont disponibles

sur notre site www.educationsante.be.

Notre site adhère à la plate-forme www.promosante.net.



Avec le soutien financier de la Wallonie



Imprimé sur papier blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

