

ÉDUCATION SANTÉ

OCTOBRE 2015

315

*La prévention
quaternaire :
nous ne
sommes pas
tous malades!*
Julie Luong

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

www.educationsante.be

INITIATIVES

Bilan des connaissances des Belges en matière de santé

D'après un article de **Sigrig Vancorenland, Hervé Avalosse, Rebekka Verniest, Michiel Callens**, Recherche et Développement Mutualités Chrétiennes (MC), **Stephan Van den Broucke, Audrey Renwart**, Université Catholique de Louvain (UCL), **Griet Rummens**, Gezondheidspromotie CM (Promotion de la santé), **France Gerard** (Infor Santé MC)

Chaque individu est confronté, à un moment donné, à des questions et des décisions en matière de santé. Vais-je faire vacciner mon enfant ? À quel médecin vais-je m'adresser ? Comment puis-je manger plus sainement ? Quel traitement est-il préférable de suivre ?

Introduction

De plus en plus de patients prennent part activement aux décisions liées à leur santé et deviennent des 'patients éclairés'. Pour assumer ce rôle actif, différentes compétences sont nécessaires. Ces compétences sont l'essence

même du concept de 'littératie en santé'¹. Ce concept est défini comme « la connaissance, la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information de santé en vue de porter des jugements et prendre des décisions dans la vie

de tous les jours en ce qui concerne la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, de manière à maintenir ou améliorer la qualité de vie. » (SØRENSEN K. et al., 2012). Le concept présente 4 dimensions décrites dans le tableau *Dimensions de la « littératie en santé »*.

Dimensions de la « littératie en santé »

Accéder	Capacité de rechercher des informations en matière de santé
Comprendre	Capacité de comprendre les informations disponibles en matière de santé
Évaluer	Capacité d'interpréter, de filtrer, de juger et d'évaluer les informations disponibles
Appliquer	Capacité d'utiliser ces informations afin de prendre une décision en matière de soins de santé, de prévention des maladies, de promotion de la santé de manière à maintenir ou améliorer la santé

Source : SØRENSEN K. et al., 2012.

Domaines d'information de la littératie en santé	Type d'informations	Exemples de compétences
Soins de santé et gestion de la maladie	Formulaires concernant les antécédents médicaux, notices explicatives, brochures informatives	Reconnaître les symptômes, Suivre les prescriptions, les notices, calculer le dosage de médicament prescrit
Fonctionnement dans le système de soins	Informations concernant le système de soins Formulaires d'assurance, descriptions des droits et des responsabilités	Choix d'un médecin ou d'un spécialiste, prendre un rendez-vous, poser des questions aux prestataires de soins, compléter des formulaires pour la mutualité, souscrire une assurance complémentaire
Prévention des maladies et protection de la santé	Informations concernant les risques pour la santé Actualité (TV, radio, journaux), avis concernant le dépistage et la santé, lettres concernant les résultats de tests, chiffres et graphiques, avertissements en matière de sécurité	Évaluer son propre risque, choisir de participer à un dépistage, des tests diagnostiques ou des vaccinations, choisir entre des produits, utilisation de produits
Promotion de la santé	Informations sur les déterminants de la santé Articles dans les journaux et revues, fascicules, brochures, Internet, étiquettes sur les denrées alimentaires et produits...	Acheter et préparer des aliments sains, prévoir une activité physique suffisante, suivre un programme anti-tabac, prendre des mesures de protection contre les accidents

Source : SØRENSEN K. et al., 2012.

1. Voir aussi l'article de Pascale Dupuis, 'La littératie en santé : comprendre l'incompréhension', Éducation Santé n° 309, mars 2015, <http://educationsante.be/article/la-litteratie-en-sante-comprendre-lincomprehension/>

Ce concept s'applique à différents domaines d'information décrits dans le tableau *Domaines d'information de la littératie en santé*.

Pour une personne qui veut manger plus sainement, il est important de savoir, par exemple, où trouver des informations sur l'alimentation saine. Cela peut être sur un site fiable, dans un article de journal ou d'une revue, un livre sur l'alimentation saine, ou les conseils du médecin généraliste.

Lorsqu'elle a trouvé des informations sur l'alimentation saine, la personne doit ensuite être en mesure de les comprendre. Comprend-elle ce qui est écrit sur un site web, dans un article ou dans un livre sur l'alimentation saine ? Comprend-elle les conseils d'un médecin ?

Elle doit ensuite être capable d'interpréter ces informations et d'en évaluer la valeur.

Les informations sur l'alimentation saine peuvent en effet être contradictoires. Une étude démontrera par exemple que boire du vin peut être bon pour la santé, tandis qu'une autre affirmera précisément le contraire. Ce que dit un grand-père peut diverger des conclusions d'une étude récente. Il faut donc être en mesure d'identifier les sources fiables et les études dignes de confiance. Enfin, lorsque les informations ont été évaluées, la personne doit également être capable de les mettre en pratique. Parvient-elle à mettre les conseils sur l'alimentation saine en pratique dans sa vie quotidienne afin de créer de saines habitudes alimentaires et par exemple manger chaque jour des fruits et des légumes, limiter l'apport en graisses, sucre et sel et prendre un petit-déjeuner ?

L'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît la littératie en santé comme un facteur déterminant important de la santé (OMS, 2008).

En effet, développer de bonnes compétences en matière de santé présente des avantages non négligeables : ces compétences conduisent à des choix plus éclairés, à une plus grande confiance en ses propres choix, à des attitudes plus positives en matière de santé et des habitudes de vie plus saines, à une prévention accrue, à une meilleure santé et à une baisse des coûts des soins de santé. Par conséquent, l'amélioration des compétences en matière de santé profite à la santé publique. Inversement, de faibles

compétences en matière de santé sont associées à une grande variété d'effets néfastes, comme des habitudes de vie malsaines (tabagisme, consommation d'alcool, mode de vie sédentaire), une mauvaise santé perçue, une utilisation accrue des soins de santé, moins de recours aux services préventifs, des frais d'hospitalisation plus élevés, des coûts plus élevés pour les maladies chroniques et une hausse de la mortalité. Différents facteurs expliquent une faible littératie en santé, notamment un faible niveau d'éducation, une situation socioéconomique défavorisée et l'appartenance à une minorité ethnique.

Développer de bonnes compétences en matière de santé présente des avantages non négligeables : choix plus éclairés, plus grande confiance en ses propres choix, attitudes plus positives en matière de santé et des habitudes de vie plus saines, une prévention accrue, une meilleure santé et baisse des coûts des soins de santé.

Par ailleurs, on note également une forte association à l'âge et au sexe. À cet égard, les compétences en matière de santé peuvent être considérées comme un facteur qui contribue aux inégalités en matière de santé.

Une étude européenne, l'European Health Literacy Survey (HLS-EU), s'est penchée sur la question en 2011. Cette étude a mesuré le niveau de littératie en santé dans 8 pays européens (Autriche, Bulgarie, Allemagne, Grèce, Irlande, Pays-Bas, Pologne et Espagne). Les résultats ont montré qu'environ 12 % des répondants disposaient de compétences insuffisantes en matière de santé et que 35 % présentaient des compétences limitées. Seuls 53 % disposaient d'un niveau suffisant.

Méthode

Jusqu'il y a peu la Belgique ne disposait encore d'aucune information sur les compétences en matière de santé. Pour remédier à cette lacune, l'étude réalisée conjointement par les MC, l'UCL et la KUL sur les compétences émotionnelle² a repris des questions liées aux compétences en matière de santé.

L'étude avait pour but de dresser un bilan du niveau de compétences en matière de santé de la population belge et de vérifier si ces compétences jouent un rôle médiateur dans la relation entre le niveau de formation et le comportement de santé. Le questionnaire en ligne de l'étude de la compétence émotionnelle reprenait 16 questions destinées à mesurer la littératie en santé. À cet effet, nous avons utilisé la version courte du questionnaire qui a servi à l'étude européenne HLS-EU³. Le questionnaire sondait également le niveau de formation et les différents comportements liés à la santé comme le tabagisme, la consommation d'alcool, l'alimentation saine, l'activité physique, la consommation de médicaments non-remboursés et des traitements alternatifs. Le questionnaire en ligne a été envoyé à 200.000 membres adultes des MC. 16.999 personnes ont répondu à l'ensemble du questionnaire et ont donné leur consentement pour coupler les résultats du questionnaire aux informations extraites des bases de données des MC, comme l'utilisation de soins de santé remboursés. L'échantillon final se composait de 9.616 personnes, toutes membres des MC durant la période 2001-2012⁴.

Résultats

Quatre Belges sur dix en savent trop peu en matière de santé

Six Belges sur dix (58,7 %) disposent d'un niveau de compétence suffisant en matière de santé. La littératie en santé est limitée pour trois Belges sur dix (29,7 %) et elle est même insuffisante pour un sur dix (11,6 %). Au total, quatre Belges sur dix en savent trop peu en matière de santé pour mener une vie saine. La Belgique affiche ainsi des scores comparables à ceux de la majorité des autres pays européens, mais se

2. Voir l'article 'Les compétences émotionnelles et la santé – Un facteur à prendre en compte pour la prévention', Vancoreland S., Avalosse H., Verniest R., Callens M., Mikolajczak, Vanbroek N., Rummens G., Kapala F., Éducation Santé n° 311, p. 2 à 6. <http://educationsante.be/article/les-competences-emotionnelles-et-la-sante/>

3. Un score de 1 ou 0 a été attribué à la réponse aux différentes questions. Un score de 1 a été attribué aux catégories de réponses 'très facile' et 'assez facile', et un score de 0 aux catégories 'très difficile' et 'assez difficile'. Le score final représentait la somme des 16 questions, à savoir un score de 0 à 16. Sur la base de ce score total, 3 groupes de littératie en santé ont été constitués : 'insuffisant' pour un score de 0 à 8, 'limité' pour un score de 9 à 12 et 'suffisant' pour un score de 12 et plus.

4. Sur les 16.999 répondants, 9.616 ont été retenus, car il était important pour l'étude sur les compétences émotionnelles que tous les répondants soient membres des MC durant la période étudiée.

trouve loin en-dessous de la performance des Pays-Bas, par exemple.

Les compétences en matière de santé diffèrent considérablement en fonction des régions (voir figure 1). La Flandre a le plus haut pourcentage de littératie en santé suffisante (61,9 %), suivie de Bruxelles (52,5 %) et de la Wallonie (48,7 %).

Le sexe et l'âge influent également sur les compétences en matière de santé.

Le pourcentage de littératie suffisante est nettement plus élevé chez les femmes (60,9 %) que chez les hommes (56,2 %).

Le pourcentage de littératie en santé suffisante dans les groupes d'âge de 25 à 74 ans oscille autour de 60 % (de 57 à 61 %). Ce pourcentage est nettement inférieur pour le groupe d'âge le plus jeune (18-24 ans) avec 45,5 % et le groupe d'âge le plus élevé (75 +) avec 49,2 %.

Les différences de littératie en santé sont les plus marquées suivant le niveau de formation (figure 2) : le pourcentage de littératie suffisante est de 46 % chez les personnes diplômées de l'enseignement primaire, contre 75 % chez les personnes qui ont une formation post-universitaire. Chaque niveau de formation supérieur correspond à une hausse de la littératie en santé.

La littératie en santé atténue l'effet négatif du niveau d'études sur le comportement en matière de santé

La littérature décrit à maintes reprises la corrélation entre un faible niveau d'études et un mode de vie malsain, comme de mauvaises habitudes alimentaires ou le tabagisme. Mais comme mentionné ci-dessus, la littératie en santé exerce un effet positif sur la santé. La question se pose dès lors de savoir si une maîtrise suffisante peut atténuer l'effet négatif du faible niveau d'études sur le comportement en matière de santé. Pour répondre à cette question, des 'analyses de médiation' ont été effectuées. Une analyse de médiation se compose d'une série d'analyses de régression successives, qui vérifient si une variable exerce un impact sur une autre variable.

Des analyses de régression ont été effectuées entre :

- le niveau d'études et un comportement de santé ;
- le niveau d'études et la littératie en santé ;
- la littératie en santé et un comportement de santé ;
- le niveau d'études, la littératie en santé et un comportement de santé.

Si on constate un impact du niveau d'études sur le comportement de santé ainsi qu'un impact

Figure 1 : Niveau de littératie en santé en fonction des régions

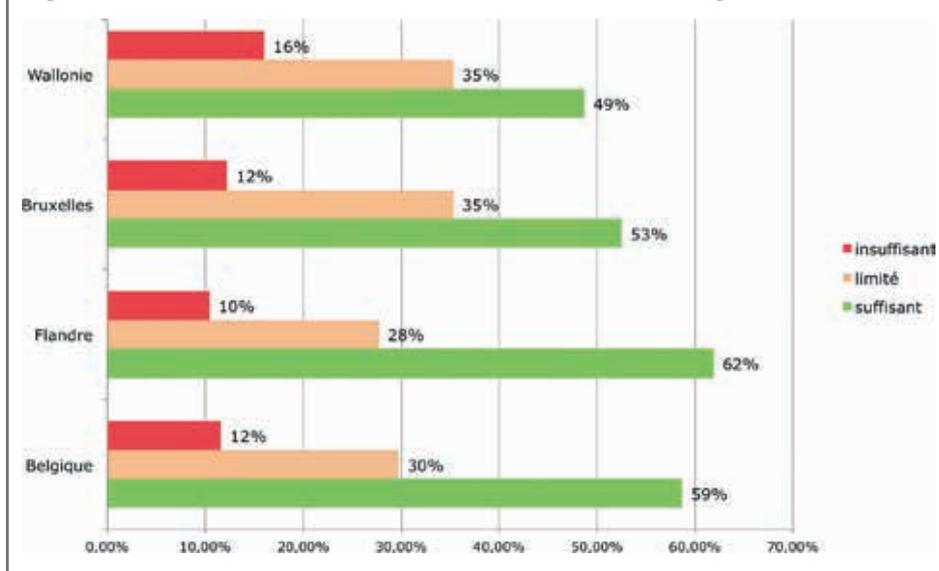
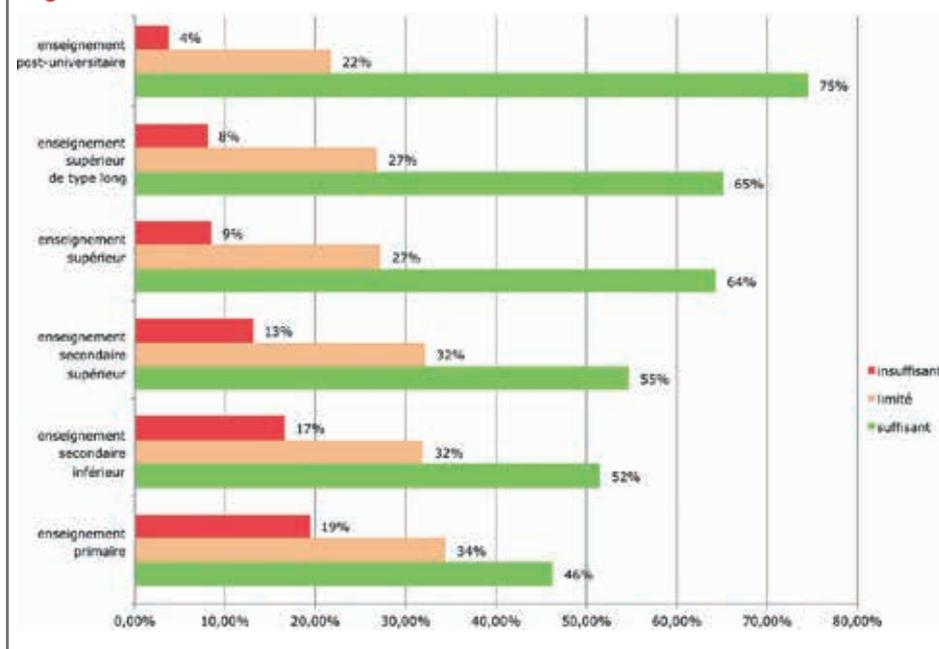


Figure 2 : Niveau de littératie en santé en fonction du niveau d'études



du niveau d'études sur la littératie en santé et de la littératie en santé sur le comportement de santé, les trois conditions sont remplies pour effectuer une méta-analyse permettant de comparer les relations entre elles. Si l'effet des études sur le comportement de santé diminue par l'intervention de l'effet de la littératie en santé sur le comportement de santé, il est question de médiation partielle de la relation entre le niveau d'études et le comportement de santé par la littératie en santé. Si l'effet des études sur le comportement de santé disparaît, il y a une médiation complète.

L'étude a fait apparaître un impact significatif du niveau d'études sur le tabagisme, une alimentation saine, l'activité physique, les traitements

alternatifs et la consommation de médicaments (analgésiques et somnifères). Aucune influence du niveau d'études n'a été constatée sur la consommation d'alcool. Pour cette variable, cela n'avait donc aucun sens d'analyser l'effet médiateur de la littératie en santé.

En ce qui concerne l'alimentation saine, l'activité physique et la consommation de médicaments, un effet médiateur considérable de la littératie en santé a été constaté. Autrement dit, une bonne littératie en santé peut atténuer l'effet négatif d'un faible niveau d'études en matière d'alimentation saine, d'activité physique et de consommation des médicaments. L'utilité d'une bonne éducation en matière de santé et d'informations claires est ainsi démontrée.

Promotion de la santé aux Mutualités chrétiennes

La présente étude sur la littératie en santé confirme l'importance du travail effectué par les MC dans le domaine de la promotion de la santé : proposer aux gens des informations compréhensibles en matière de santé et les accompagner vers un mode de vie sain. Mais les résultats montrent également que nous n'y parvenons pas toujours. En effet, quatre Belges sur dix présentent toujours des compétences insuffisantes en matière de santé pour pouvoir effectuer les bons choix. Il reste donc encore des efforts à faire pour continuer d'améliorer notre travail.

Les MC proposent des informations accessibles et objectives sur un grand nombre de thèmes comme l'alimentation, l'activité physique, les problèmes de santé et la santé mentale et accompagnent même individuellement les personnes si nécessaire.

Vous trouverez ci-après un bref résumé de l'offre actuelle du côté francophone.

Le site web mc.be regorge d'informations relatives à la santé, tant dans les rubriques 'Maladies et traitements' (<http://www.mc.be/maladies-traitements/>), que dans celle 'Votre santé' (<http://www.mc.be/votre-sante/>), consacrée à la prévention. Ces informations sont validées par des experts et régulièrement actualisées.

Toutes les deux semaines, le journal En Marche fait le point sur des thématiques santé et fournit une information complète, critique et neutre sur les sujets abordés. <http://www.enmarche.be/>. Dans les centres mutualistes de santé (CMS), des sessions d'information/formation sont régulièrement organisées sur des thèmes de santé (diabète, santé mentale...).

Au sein des agences de la MC, des brochures

couvrant une large variété de thèmes santé (alimentation, activité physique, stress, allergies...) sont disponibles.

Enfin, Infor Santé, le service de promotion de la santé de la MC (www.mc.be/infosante) met à disposition du public différentes publications et informations.

Il organise régulièrement des campagnes de sensibilisation du grand public. La précédente s'intéressait à la santé dentaire des enfants. L'actuelle se penche sur les défis de la santé mentale.

Le service est également à disposition de tous les professionnels de l'éducation et de la promotion de la santé. Il met à leur disposition des outils d'animation spécifique et de la documentation. La MC édite aussi à leur attention le mensuel Éducation Santé avec l'appui de la Wallonie et de la Cocof (<http://www.educationsante.be>).

Bibliographie

- Sørensen K., Van Den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H., for (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health : A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012 ; 12 :80.
- Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in one generation : health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Genève : World Health Organization, 2008.
- Sun X., Shi Y., Zeng Q., Wang Y., Du W., Wei N., Xie R., Chun Chang C. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases : a pathway model. BMC Public Health 2013 ; 13 :261.
- Mitic W., Rootman I. Une approche intersectorielle pour améliorer la littératie en santé des Canadiens et Canadiennes. Public Health Association of BC, 2012.
- Conseil canadien sur l'apprentissage. Littératie en santé au Canada : Résultats initiaux de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes. Ottawa : Conseil Canadien sur l'apprentissage, 2007.
- Berkman N.D., Sheridan S.L., Donahue K.E., Halpern D.J., Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes : An Updated Systematic Review. Annals of Internal Medicine 2011 ; 155 :97-107.
- Lee S.-Y. D., Tsai T.-I., Tsai Y.-W., Kuo K. N. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults : results from a national survey. BMC Public Health 2010 ; 10 :614.
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Uiters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, Van Den Broucke S, Brand H. Health literacy in Europe : comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health, in press

La version intégrale de cet article a été publiée dans MC-Informations n° 258, décembre 2014, pages 48 à 55.

L'histoire de Hassan Jarfi

Vinciane Fastré¹

Comme les jeunes volontaires impliqués dans le projet GrIS Wallonie, groupe d'intervention scolaire qui lutte contre l'homophobie, j'ai eu l'occasion de travailler avec un témoin exceptionnel, un adulte, un père de famille.

Je vais vous raconter l'histoire d'une rencontre. Une histoire belle et sensible. Une histoire peu

banale, une histoire qui touche. Voulez-vous la découvrir ? Voulez-vous vous

plonger dans mon quotidien professionnel, le temps d'une lecture ?

¹ Vinciane Fastré est assistante sociale au Service de Santé Affective et de Réduction des risques, rue D' Haibe 4 à 5002 Saint-Servais. Courriel : vinciane.fastre@province.namur.be

Tout commence avec Agnès, dite Mamawè, ma chère collègue. La voici qui déboule dans mon bureau par un matin de mai.

« *Vinciane, j'ai absolument besoin de toi !* »

J'adore quand ma journée commence de la sorte.

« *Je te suis toute dévouée* » lui réponds-je.

Il me faut vous dire avant d'aller plus loin que Mamawè travaille avec des migrants, des étrangers qui sont dans des centres de réfugiés Croix-Rouge et Fedasil.

Quant à moi, je travaille avec des gays, des lesbiennes, des bisexuel-le-s.

Et c'est la lutte contre le sida qui nous réunit tous. Toute dévouée donc, j'ouvre grand mes pavillons, mes écouteilles.

« *Je vais organiser une après-midi rencontre en juin avec des personnes étrangères et le thème qu'ils veulent aborder est l'homosexualité. Mais je te préviens, ils sont très très homophobes ! Ils pensent que les homosexuels devraient être en prison, que c'est contre l'Islam, que c'est contre-nature !* » poursuit-elle.

Croyez-vous que je vais me laisser impressionner par si peu ? Eh bien oui ! Homosexualité et religion ne font guère bon ménage...

« *Tu peux compter sur moi* » dis-je prestement tout en imaginant mes cheveux gris pousser sous l'effet de l'angoisse.

Comment vais-je faire ? Ils vont me massacrer ! Je ne me sens pas suffisamment outillée pour confronter leur homophobie à mes arguments généralement utilisés face à des élèves ou des adultes belges.

Aurai-je les bons mots ? Je ne connais rien à l'Islam et les quelques Marocains, Algériens ou Congolais que je connais sont tous... gays !

Cette nuit-là, la solution arrive d'elle-même, en une image claire, celle d'Hassan Jarfi.

Je venais justement de l'écouter lors d'une conférence au Centre Gay et Lesbien de Namur, le vendredi précédant notre si belle journée des Fiertés namuroises.

Hassan, mon sauveur ! Hassan, papa d'Ihsane, ce jeune homme marocain, musulman, gay, assassiné par la haine des hommes, par leur peur de l'homosexualité, par leur rejet de la différence. Hassan qui, depuis le décès de son enfant, parcourt la Belgique pour témoigner, pour raconter son jeune fils, pour dire combien il l'aimait et combien sa douleur est grande face à tant de haine.

Hassan, professeur de religion islamique, vivant en Belgique depuis 30 ans.

Il connaît d'autres cultures, celles où l'homosexualité est taboue, mal vue, rejetée.

Je le contacte via Facebook, nous sommes amis, c'est facile.

Bien sûr il accepte et ce n'est pas cher puisqu'il intervient gratuitement. Il faut juste lui payer ses déplacements. À l'heure actuelle, c'est assez rare, faut-il le dire !

Le jour de la rencontre arrive et les participants sont accueillis par Mamawè.

Ils arrivent en bus de Centres de la Croix-Rouge et de Centres Fedasil. Des femmes et un homme, tous africains. L'une d'entre elles est si grande, si belle, quelques-unes sont accompagnées de leur bébé, d'autres encore de leur compagnon. L'endroit est convivial, une salle dans une maison pour jeunes, sans plus. Les chaises sont disposées en cercle et tout le monde prend place. « *J'ai un quart d'heure de retard* » m'annonce un sms d'Hassan.

Alors Mamawè et moi faisons un petit tour de table pour savoir ce qu'ils pensent vraiment des personnes homosexuelles. Les clichés sont inchangés, l'incompréhension reste de mise, pareil pour le rejet.

Puis Hassan arrive, avec son projecteur et son ordinateur portable. Le public se demande qui est cet homme, quel genre de film il va projeter. Pour maintenir l'attention, Hassan ne se présente pas tout de suite, il dit juste qu'il va leur montrer un film sur la vie de son fils Ihsane, assassiné à cause de son homosexualité.

Ai-je besoin de vous décrire les visages des personnes présentes ? Étonnement allié à la curiosité.

La projection commence : 20 minutes de vidéo amateur où on voit Ihsane bébé qui joue avec le micro, Ihsane enfant qui s'amuse avec d'autres enfants, au Maroc, à Liège, avec ses frères, ses sœurs, sa famille, Ihsane jeune qui fait un peu de cinéma... Il est joyeux, mignon, tendre, heureux de vivre, un fond musical achève de nous attendrir.

Et puis on voit une affiche avec la tête d'Ihsane, un avis de disparition plus exactement avec écrit : 'Qui a vu Ihsane ?'

Cette affiche, je l'avais partagée en son temps, sur Facebook, tout comme la communauté homosexuelle.

Un texte suit expliquant qu'Ihsane a disparu en sortant d'une boîte de nuit pour gays et lesbiennes.

Les images suivantes montrent des articles de presse signalant qu'on l'a retrouvé mort,

assassiné par quatre hommes (trois Belges et un Turc), abandonné dans un pré, non loin de là. Et le film s'achève sur des images d'Ihsane, du cimetière où il est enterré, des textes d'espoir, d'amour et de prières.

Hassan laisse quelques minutes aux personnes présentes pour intégrer ce qu'ils viennent de voir. L'émotion est palpable. Moi-même j'ai les larmes aux yeux.

Je suis maman, je suis citoyenne, je suis concernée, je suis touchée. Et je ne suis pas la seule.

Le public est ému, cela se sent.

« *Voilà, c'est l'histoire de mon fils tant aimé, mon garçon un peu différent, il était homosexuel et on n'en parlait pas. Aujourd'hui je regrette de ne pas lui avoir dit qu'il pouvait compter sur moi, que je l'aimais de façon inconditionnelle. C'est trop tard il est mort* ».

Toujours pas de réactions.

Une dame plus tard me dira que c'est l'émotion qui l'a empêchée de prendre la parole.

Alors Hassan continue son témoignage, il parle de sa condition de Marocain musulman, des difficultés à avoir un fils homosexuel quand on est musulman pratiquant, des jugements, du regard des autres, des non-dits, des souffrances et de la douleur actuelle face à la perte d'un enfant : « *Ma famille est détruite* ».

La dame, si grande, si belle, demande :

« *Qu'avez-vous fait pour avoir un fils homosexuel ? Croyez-vous que vous êtes responsable, vous ou votre femme ?* »

« *C'est ainsi, dit Hassan, personne n'y est pour rien. Il n'y a pas de cause, la seule chose à faire c'est d'aimer ses enfants comme ils sont, avec leurs différences. Tout existe dans la nature et cette diversité est belle, respectons-la* ».

Le seul homme du groupe intervient à son tour :

« *Je pensais qu'il valait mieux mettre en prison les homosexuels mais avec votre témoignage, je me rends compte que j'avais tort* ».

Quoi de mieux que l'intervention de Hassan ? Mes arguments auraient-ils pu faire mouche aussi justement ? Ce public serait-il reparti en réfléchissant différemment sans son témoignage ? Plus j'y repense et plus je me dis que non. C'est l'histoire d'Hassan et son fils qui a convaincu, c'est cette douleur transformée en espoir qui a fait que, aujourd'hui, plusieurs personnes sont beaucoup moins homophobes qu'avant cette rencontre.

Médecine générale et précarité

'La relation de confiance avec les patients qui vivent dans des conditions précaires', une session de sensibilisation proposée aux médecins généralistes

Vincent Litt et Valérie Hubens, Promo Santé & Médecine Générale

Promo Santé & Médecine Générale (PSMG) est une asbl composée pour moitié de personnes de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) et pour moitié, de la Fédération des maisons médicales (FMM). Cette asbl a pour mission de diffuser la prévention en médecine générale dans une approche de promotion de la santé, c'est-à-dire une prévention centrée sur la personne, respectant son choix éclairé, avançant à son rythme, prenant en compte son environnement, intégrant éventuellement d'autres acteurs du réseau psycho-médico-social. L'asbl promeut les thématiques de prévention reprises dans le DMG+, le volet préventif du dossier médical global (DMG+) [1].

Introduction et problématique

Préoccupée par les questions spécifiques de prévention et de promotion de la santé que posent les patients qui vivent en milieu précaire, PSMG organise depuis 2009 des sessions de formation continue pour aider les généralistes à aborder ces thématiques avec eux. On s'est rendu compte que derrière la demande des médecins pour des réponses pratiques (adresses d'équipes sociales, de santé mentale, recours pour le logement, connaissance du fonctionnement d'un CPAS...) il y a beaucoup de bonne volonté et de désir d'aider mais aussi pas mal d'improvisation dans la gestion de la relation de la part de médecins mis en présence de personnes qui vivent dans la précarité. On se rend compte que les médecins ont peu l'occasion de prendre distance par rapport à ces patients en difficultés sociales, que le sentiment d'impuissance est très présent et qu'il met à mal la bienveillance. Parfois, après quelques années, certains médecins se sont enfermés dans des raisonnements auto-construits sur les pauvres, la pauvreté ou les manques de la société. Parfois, des préjugés se construisent et ont la vie dure.

Nous nous sommes rendu compte qu'une approche instrumentale ne faisait pas vraiment changer les choses. Nous risquons de cantonner le médecin généraliste dans une sorte de gestion de la pauvreté, alors qu'il a un rôle singulier, unique auprès de ses patients qui, à la différence du personnel mis à disposition par les services sociaux, le choisissent. Le généraliste est extra-institutionnel.

Il nous fallait donc élargir notre champ au-delà du 'pratico-pratique' demandé (cela existe-t-il en matière de précarité ?) sans nous limiter à une moralisation des préjugés [2].



Photo © Fotolia

Contexte

Dans les GLEM (groupes locaux d'évaluation médicale relevant de l'INAMI) et les Dodécagroupes (groupes de formation continue de la SSMG) on est proche du terrain des généralistes, cliniciens de première ligne formés à trouver rapidement des solutions, qui voient beaucoup de patients, en consultation ou en visite à domicile.

Ces groupes de formation continue sont relativement petits (10 à 15 médecins). Ils sont conduits par un participant-animateur, se réunissent au domicile de l'un d'entre eux, ou dans une salle de réunion locale (hôpital, maison médicale, home...). Les groupes peuvent être très homogènes et on y partage vraiment sa pratique, mais ce n'est pas toujours le cas. Le choix des sujets est en général fait

collectivement. Il s'agit le plus souvent de thèmes cliniques. Il peut arriver que le thème ne soit choisi que par quelques-uns, et la majorité suit. Les sessions ont lieu en soirée, en fin de journée, après les consultations ou les visites à domicile.

Objectif

Nous organisons une sensibilisation. Nous cherchons à interpeller, à 'rendre sensible', amener les généralistes qui le désirent sur un terrain qui ouvre des perspectives, à leur montrer qu'ils peuvent sortir de l'improvisation et du sentiment d'impuissance. Pour ce faire, nous abordons les choses sous l'angle de la relation de confiance avec les personnes. Ainsi nous nous centrons sur ce que le généraliste fait et construit, là où il est, dans les instants durant lesquels il bâtit le lien sur lequel peut

prendre place un soin ou la proposition d'une démarche préventive.

La sensibilisation a pour but de construire la relation de confiance avec les personnes qui vivent en milieu précaire.

Nous avons estimé qu'un travail au niveau de la relation de confiance est très concret et rassemble bon nombre de préoccupations [3]. C'est un objectif assez clair, concis et qu'on peut aborder durant le temps court dont on dispose dans ces sessions de formation continue. Pour cela nous proposons de partager avec les participants des éléments qui permettent de se mettre un peu à distance de l'émotionnel, pour être mieux au service des gens, pour être plus efficace à long terme, se situer dans le projet personnel des gens, même si celui-ci semble enfoui sous la misère du quotidien¹.

Approche

Dans les GLEM et les Dodécagroupes, on part toujours de la pratique des participants, c'est comme cela qu'on arrive à capter leur attention. On cherche à créer des ouvertures, à proposer une première étape vers un questionnement plus approfondi, une prise de conscience sociétale. C'est en cherchant du côté de l'ethnographie [4] que nous avons trouvé des démarches applicables aux cliniciens de première ligne. Il s'agit d'apprendre à se décentrer, de poser sur les gens et sur les choses un regard qui permet d'anticiper les impasses, un peu décalé du face à face, de voir la réalité un peu autrement, d'entrer en relation en prenant conscience qu'à lui seul, le regard induit une tension qui lui est propre. Pour les praticiens de terrain, il est aussi important de prendre conscience de la différence. Mais jusqu'à quel point ? Il est vrai que différencier permet de sortir de la tentation de l'assimilation, de l'universalité à tout crin. Mais la question est de savoir qui différencie et qui universalise. C'est la question du positionnement, de la posture que se construit le praticien. Comment, en moins de deux heures, travailler le décentrement et la posture avec des professionnels de première ligne, sur leur terrain, en face à face ? Comment aborder ces questions essentielles de manière participative, sur base de pratiques cliniques avec un groupe qui n'a bien souvent

jamais parlé de cela de manière structurée, qui attend des 'solutions', dont parfois une bonne partie des participants n'ont rien demandé ou quelques-uns 'attaquent dur' avec des clichés ou des préjugés bien ancrés ?²

Se mettre en position de questionnement

On commence par donner la parole à chacun des participants pour exprimer leur vécu et leur ressenti par rapport aux personnes qui les consultent ou qui les appellent à domicile et qui vivent en situation précaire. On fait un tour de table, chacun a droit à la parole, mais à tour de rôle. Personne n'intervient en dehors de son tour de parole.

C'est en cherchant du côté de l'ethnographie que nous avons trouvé des démarches applicables aux cliniciens de première ligne.

Comme c'est un sujet rarement abordé, les médecins 'se lâchent' et ça peut partir dans tous les sens. Il suffit qu'un participant lance une opinion toute faite ou un préjugé tenace pour que toute l'approche se bloque. On donne donc la consigne de s'exprimer sous forme de questions. Cette consigne est en général difficile à suivre. Les premiers participants sont d'emblée dans les constats (négatifs) ou les difficultés de faire, de trouver des solutions. Il faut reprendre plusieurs fois la proposition de réfléchir à une ou des question(s) que chacun se pose sur le vécu de ces patients et de leur famille³. Les questions amenées peuvent être, par exemple, quelles sont leurs priorités ? Quelles sont leurs aspirations ? Dans leurs besoins, quelle est la position des besoins médicaux ? Derrière l'urgence, quelle est la demande ? Comment 'ça' (la vie, la survie) fonctionne ? Dans l'errance, que cherchent-ils ? Quelles sont leurs valeurs ? Qu'est-ce que, pour eux, la précarité ? Quel est l'avenir ? Le long terme ?

Le fait de 'cadrer' le tour de table autour du questionnement sur le vécu permet de revenir sur les impasses possibles que sont les constats, les interprétations, les jugements, la question que faire (dans l'immédiat) ?, la critique du système social ou l'une ou l'autre forme de compassion.

On laisse aussi la place pour que chaque médecin puisse parler de ce qu'il fait, de ses initiatives : par exemple, une généraliste de Bruxelles ouvre discrètement une consultation gratuite une après-midi par semaine, un généraliste à la retraite continue ses visites à domicile... Avec sa trousse à outils pour réparer plafond et tuyaux, un autre parle de la coordination qu'il a mise en place dans des familles avec l'assistante sociale du CPAS... Pour des raisons didactiques/pédagogiques on concentre les discussions sur les familles dites du Quart Monde, pour ne pas ajouter à la complexité du thème le traitement de problématiques très spécifiques comme la toxicomanie, différentes situations d'immigration, la clandestinité...

Il s'agit de travailler la relation de confiance, donc de se concentrer sur l'interface relationnelle entre le médecin et la personne, lors d'une consultation ou d'une visite. On essaye d'éviter que les débats ne portent sur une autre complexité qui mettrait à distance celle de la relation à construire. Nous n'avons que deux petites heures...

Au terme de cette première activité, on évoque 10 à 15 situations. Chacune d'entre elles se prête à passer du constat ou de l'opinion au questionnement sur le vécu. Après cela, plusieurs participants se rendent compte que nous n'avons pas de réponses à ces questions pourtant vitales. Nous ne savons pas comment les gens vivent ou survivent dans les conditions dans lesquelles ils sont. On est un peu plus dans l'ouverture, humblement, plus prêt au dialogue, à la relation.

La relation au monde

On passe ensuite au travail sur la relation au monde, également issu de l'ethnographie. Ce travail est entendu en premier lieu comme une prise de conscience de la part du médecin de sa propre relation au monde, puis dans un

1. On parle ici des médecins généralistes. On pourrait aussi très bien aborder ces questions avec des enseignants, des travailleurs sociaux, des personnels d'une administration communale, des personnes qui travaillent dans le secteur de la justice...

2. Un classique étant les télévisions à écran plat dernier cri ou les smartphones de dernière génération que se paient les personnes en difficulté.

3. Si ça bloque on suggère de partir d'un incipit tel que « Au fond, après toute mes années de pratique, avec mon expérience de la vie et mon expérience médicale, je me demande si... pourquoi... comment... ? »

deuxième temps, de la relation au monde de son patient en situation précaire. L'idée est ici que la prise de conscience de sa propre relation au temps, à l'espace, au corps, à l'argent, au travail... permet de se rendre compte qu'on parle à des personnes qui vivent de manière tout à fait différente dans le même monde que le nôtre [5]. Nous n'allons pas changer notre relation au monde ni la leur, mais se rendre compte d'où nous parlons à un patient précarisé et d'où nous le regardons nous permet de nous rendre compte que nous parlons 'poisson' dans le monde des 'oiseaux'... On aborde la relation au temps. Nous sommes des gens qui vivons dans un temps long, prospectif, nous faisons des plans à long terme pour notre vie professionnelle et familiale. Et nous parlons avec des personnes qui vivent au jour le jour, qui ne font des plans que pour la semaine ou pour le mois.

On aborde la relation à l'espace qui est pour nous large, le monde est un village, nous partons en vacances en Espagne ou bien plus loin encore, nous avons un neveu ou une nièce en Erasmus bien loin de chez nous, alors que nous parlons à des personnes qui vivent dans un carré de quelques centaines de mètres de côté, délimité par la maison, le magasin hard discount, le CPAS et le cabinet médical.

On peut aussi aborder la relation que nous avons avec notre corps, les soins que nous lui prodiguons, tandis que les personnes avec lesquelles nous parlons...

Il est très important de garder à l'esprit que dans la relation qu'entretiennent les personnes précarisées avec le monde, il y a bien souvent un dénominateur commun qui est celui de la honte, sournoise, cachée... [6]

Témoignages

En troisième partie de ces sessions de sensibilisation nous abordons des témoignages de personnes du Quart Monde et de médecins généralistes. Nous utilisons pour cela un film que nous avons tourné avec le cinéaste Philippe Jadot : 'Parole donnée, les patients, la précarité, la relation de confiance'. Sept personnes et six généralistes de Wallonie et de Bruxelles y parlent de la confiance qu'ils ont construite ensemble. Ils parlent de la précarité et de la pauvreté, bien sûr, puis de la santé, des soins de santé, de la relation bâtie sur le long terme, de l'indispensable non-jugement.

Le film dure 25 minutes. Les médecins et les

patients apparaissent sur un fond neutre, le même pour chacune des personnes. C'est un documentaire qui a été très resserré au montage. Il est dense, il touche et met les opinions les plus carrées à l'épreuve de l'humain. Après la projection, on lance un débat sur les thématiques qui y sont abordées : la honte et le jugement, la précarité, la maladie, créer l'alliance, les conditions de vie, l'importance des visites à domicile, se laisser toucher par les patients, les enfants, la relation de confiance et les limites à poser, la prévention, le paiement des soins et pour finir, un message aux jeunes médecins.

Retours et évaluation en fin de session

En fin de session, on fait un dernier tour de table en posant aux participants la question : « Avec quoi repartez-vous » ?

Parmi les retours que nous avons eus, il y a ceux qui concernent le film documentaire que les médecins trouvent très vrai, très touchant, respectueux des gens et de la réalité professionnelle des généralistes. Il y a aussi des appréciations sur les différents rapports au monde qu'on a évoqués (le temps, l'espace), une découverte bien souvent, une perception plus concrète des différences qui sous-tendent la relation en consultation ou en visite à domicile.

Perspectives

L'animation a eu lieu dans 14 GLEM et Dodécagroupes ainsi que dans 6 maisons médicales en 2014.

Le film est aussi demandé pour animer des séminaires de formation de jeunes généralistes, en lien avec les Départements de médecine générale, un cours de philosophie en BAC1 de médecine, une soirée de rhétoriciens... Nous accompagnons la projection d'un tour de table pour susciter le questionnement (versus des constats négatifs ou des préjugés) et d'un exposé sur les différentes relations au monde. Nous préparons un cédérom additionnel qui reprend ces deux démarches de décentrement et dont la projection sera proposée en prélude du documentaire lorsque celui-ci sera demandé. Nous nous rendons compte que les médecins généralistes vivent un très grand isolement sur ces questions de précarité et en parlent peu entre eux. Comme le 'Social' est très peu abordé durant leur formation initiale, ils sont souvent dans la construction de solutions ad hoc et

peuvent jouer à l'apprenti-sorcier. L'étape suivante serait alors de proposer aux médecins qui le veulent des supervisions cliniques [7], un accompagnement pour pouvoir 'poser son sac' après avoir rencontré ces situations difficiles. Cela se fait pour les pratiques cliniques en lien avec les patients chroniques (groupes Balint), pour les généralistes qui s'occupent de questions de toxicomanie (réseau d'aide aux toxicomanes, RAT), pourquoi pas sur les thématiques qui touchent la précarité ?

Bibliographie

- [1] <http://www.ssmg.be/prevention/notre-vision-de-la-prevention>, http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/qualite/Pages/dossier-medical-global.aspx#Module_de_pr%C3%A9vention_%28num%C3%A9ro_de_code_de_nomenclature_102395%29
- [2] E. Marc Lipianski, *La formation interculturelle consiste-t-elle à combattre les stéréotypes et les préjugés ?*, document de travail, Université Paris X, Nanterre, 2012
- [3] ATD Quart Monde Wallonie-Bruxelles asbl, *Professionnels de la santé, vous avez un rôle important dans la réalisation de nos projets : une interpellation du Quart Monde*, Collection *Nous d'un Peuple*, 2008 et Santé Conjuguée, n° 49, juillet 2009, pp 24 -31. http://www.atd-quartmonde.be/IMG/pdf/Projets_sante2.pdf et <http://www.maisonmedicale.org/Professionnels-de-la-sante-vous.html>
- [4] Jean-Pierre Olivier de Sardan, *La rigueur du qualitatif, les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Academia, 2008
- [5] Anne Piquard, Ghislaine Capiomont, Odile Oberlin, *À la rencontre de l'enfant de milieu très défavorisé ou ambiguïté du regard psychiatrique sur « ces gens-là »*, Psychiatrie de l'Enfant, 1987, p. 167 à 207
- [6] Boris Cyrulnik, *La honte, Mourir de dire*, Odile Jacob, 2010
- [7] Paul Lodewick et Gérard Piroton, *La supervision : espace de réflexivité et d'enjeux*, Politiques Sociales, 1 & 2, 2007

Douleurs et désillusions quotidiennes des familles

Communiqué par Télé-Accueil Bruxelles

Depuis plus de cinquante ans, Télé-Accueil Bruxelles propose une écoute à toute personne en difficulté sur le plan moral, social ou psychologique et qui souhaite en parler dans l'anonymat et la confidentialité. Une centaine de bénévoles formés à l'écoute se relaient au téléphone – le 107, un numéro gratuit – 7 j/7, 24 h/24. Le site www.chat-accueil.org est également ouvert chaque soir aux chatteurs.

Des milliers d'appels arrivent chaque année sur ces lignes, plaçant de facto l'association dans une position de témoin de la société. Sans dévoiler le contenu de ces appels, l'Observatoire social de Télé-Accueil rend régulièrement une analyse de certains thèmes. Sa dernière recherche vient de sortir : elle porte sur les familles.

« J'ai l'impression ce matin que ça ne parle que de ça, des familles déglinguées et des conflits », résume un écoutant. Qu'est-ce qui ne tourne plus rond dans ces familles, dans ces couples ? C'est quoi la famille aujourd'hui ? Cette recherche n'a pas pour but d'en donner une nouvelle définition mais de se pencher sur les difficultés qu'elle abrite à partir de ce qui s'en dit à Télé-Accueil Bruxelles. Elle est basée sur une centaine de récits d'appels reçus en 2014 et relatés par les écoutants.

La souffrance des mères

Une première forte impression : ce qui semble faire famille, c'est la mère. La mère qui gère, qui élève, qui lutte, qui souffre et, derrière elle, la femme : son statut, son rôle, sa personne. Qui sont ces mères d'aujourd'hui à Bruxelles qui appellent Télé-Accueil et que nous apprennent-elles de ce qu'elles vivent ? Quelles sont ces douleurs et ces désillusions dont elles nous font part ? Qui sont aussi leurs proches et comment interagissent-ils ?

Les appelants livrent ce qu'ils vivent aujourd'hui, parfois à l'instant. D'autres ressassent des faits passés qui continuent d'influer sur leur quotidien. « Famille je vous hais, famille je vous aime »... cette recherche n'a rien inventé ! Elle nous a emmenés cependant dans des zones intimes : celles que l'on confie rarement aux autres, aux proches, à ceux qui pourraient juger, critiquer, conseiller ; celles que l'on tait par peur, par honte, par manque de courage ; celles que l'on ignore parfois de soi-même et à laquelle la mise en mots avec un anonyme aide à donner corps.

Malgré les différentes positions qu'occupent les appelants dans leur famille, nous avons donc zoomé sur les mères. D'une part parce qu'une majorité de femmes d'âge moyen appellent Télé-Accueil, d'autre part car c'est autour de cette figure maternelle que se situent les nombreux enjeux dont celles-ci font part.

On donnerait volontiers (à ces mères) l'étiquette de victime, alors que dans leur récit tout porte à croire qu'elles sont des sauveurs : contraintes d'élever leurs enfants seules, beaucoup y arrivent.

C'est autour de leur position sociale, individuelle et sexuée que nous avons choisi d'analyser leurs récits. Où se situe le point d'équilibre pour ces femmes entre ce qu'elles sont, ce qu'elles vivent et ce qu'elles donnent à voir ? Le trouvent-elles ? Non. Et sans doute est-ce une des raisons pour lesquelles elles composent le 107. Entre le mari présent ou absent, sa figure ineffaçable même après une séparation, entre l'éducation des enfants et les difficultés financières, ces femmes ont un besoin de réalisation, de reconnaissance qui manifestement ne vient pas.

Elles ont souvent beaucoup sacrifié : études, vie professionnelle ; la conjugalité et la maternité ne les comblent pas ou plus. Ou alors à l'excès, et l'on assiste à des scènes de fusion variable au fil des âges : collage mère/enfant, projection des jeunes dans une réussite scolaire réparatrice, jusqu'au curieux binôme parent senior/enfant adulte vivant sous le même toit.

Des ressources

Trahison, abandon, solitude finalement et déception : elles se sentent trahies quand leur mari les trompe, abandonnées quand les enfants du divorce choisissent d'aller vivre chez leur père, seules quand âgées leur descendance s'est éloignée, déçues de la place qu'elles occupent, celle qu'elles se sont taillée ou celle qu'on leur a attribuée. Incompréhension finalement d'avoir tant donné et si peu reçu ou si peu gardé. C'est sans doute ce manque qu'elles expriment principalement à Télé-Accueil, outre leurs peines et leurs doutes.

Nombreuses sont ces femmes qui disent au travers de leurs actes la 'bonne mère' qu'elles sont ou qu'elles voudraient être tandis que filtre entre leurs mots toutes leurs difficultés à faire face et à s'accorder une place désirable pour elles-mêmes, en adéquation avec leurs valeurs et leurs aspirations. Car la famille n'est pas pour chacun ce laboratoire de développement personnel qu'elle est censée représenter aujourd'hui, ce vivier où l'on naît et où l'on vient se ressourcer pour mieux avancer. Les appels reçus à Télé-Accueil reflètent davantage un microcosme familial qui oscille entre différenciation et reproduction, entre dépendance affective et soif d'indépendance, entre conformisme et provocations. Mais plus que tout il semble qu'il manque de bienveillance, de soins. Ces femmes en manquent autant qu'elles nous disent cependant en prodiguer.

Si à titre personnel les différentes composantes de l'individu ne sont pas en consonance, si la famille ne fonctionne pas comme support de réalisation propre, qu'est-ce qui fait ressource ? Parler ? À un inconnu au téléphone ? Les appelantes se plaignent, pleurent parfois. Pourtant ce sont des battantes, même si elles ne sont pas toujours gagnantes. Peut-être est-ce durant ces jours de défaite qu'elles appellent, pour raconter leur combat,

recomposer leurs forces, leur image de forteresse tout en révélant des fondations d'argile... En calquant sur ces appels la triade transactionnelle, on leur donnerait volontiers l'étiquette de victime, alors que dans leur récit tout porte à croire qu'elles sont des sauveurs : contraintes d'élever leurs enfants seules,

beaucoup y arrivent. En racontant leur histoire, elles donnent corps à leur personnage d'épouse ou de mère ou simplement de femme quand leur entourage tel un bourreau ne le fait plus, ou le fait mal. Cette narration les aide à prendre distance (parfois au prix d'appels répétés), à ne plus se fixer sur des faits ou des rancœurs mais

à transmettre des émotions. Et à construire une image de soi, à la tester peut-être.

Le dossier complet 'Douleurs et désillusions quotidiennes des familles' (mars 2015) peut être téléchargé sur www.tele-accueil-bruxelles.be.

RÉFLEXIONS

La prévention quaternaire : primum non nocere

Julie Luong

La prévention est aujourd'hui au cœur de nos politiques de santé. Mais prévenir sans raison garder, c'est aussi ouvrir la voie à une anxiété sans limites, que ce soit celle des usagers ou des professionnels de la santé. En luttant contre cette hypocondrie généralisée, la prévention dite 'quaternaire' entend nous protéger de la surmédicalisation. Car aussi incroyable que cela puisse paraître, nous ne sommes pas tous malades !

« *Primum non nocere* » (« D'abord ne pas nuire ») : voici l'un des principes essentiels dans l'exercice médical. Pourtant, aujourd'hui, sous l'effet conjoint de la financiarisation de l'industrie pharmaceutique et de politiques publiques de santé tentées par le risque zéro, de nombreux médecins se sentent entraînés malgré eux vers le surdiagnostic et, en corollaire, vers la surmédicalisation. Pour un médecin, « ne rien faire » est devenu un acte de résistance qui suppose certains risques, comme celui de voir ses patients s'en aller en quête d'un autre prescripteur ou comme de s'exposer à la 'faute médicale' – car il semble que l'on soit généralement plus sévère envers celui qui n'agit pas qu'envers celui qui agit, même à tort.

Ne pas prescrire lorsque ce n'est pas nécessaire, c'est pourtant protéger ses patients des effets secondaires, de la dépendance aux médicaments ou encore de frais inutiles. C'est aussi leur redonner confiance en leurs capacités d'aller bien.

Ces dérives de la pratique médicale que n'aurait pas dédaignées le **Molière** du « Malade imaginaire » restent pourtant peu débattues aujourd'hui. Le silence est d'autant plus pesant que les médias, sans même parler des pressions directes qu'exerce sur certains d'entre eux l'industrie pharmaceutique, se perçoivent

souvent comme les relais nécessaires des politiques de prévention, mettant ici l'accent sur la journée du diabète, là sur les nouveaux chiffres de l'hypertension, ici encore sur la nécessité du vaccin contre le papillomavirus.

Car aussi incroyable que cela puisse paraître, nous ne sommes pas tous malades !

Avertir son prochain sur les dangers du tabac, de l'alcool et de la malbouffe – nouveaux péchés mortels – est devenu un devoir civique auquel journalistes et citoyens bien intentionnés se plient volontiers. Et pourtant, comme le très sérieux épidémiologiste anglais **Richard Wilkinson**, auteur de « Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous » (Les Petits Matins, 2013)¹, le rappelait récemment, si on considère l'ensemble des facteurs de risque, « *ne pas avoir d'amis est plus nocif pour la santé que de fumer* ». Façon un peu risquée de dire que l'importance de la composante psychosociale a souvent tendance à disparaître

sous les campagnes massives de prévention qui, en compartimentant la santé en problématiques isolées, nous font oublier l'essentiel.

La prévention manquante

Marc Jamouille, médecin de famille à Gilly depuis 40 ans, ne sait que trop à quel point il est devenu compliqué de mettre en cause les politiques de santé. Inspiré par les idées d'**Ivan Illich**, penseur de l'écologie politique, et du psychiatre **Michael Balint**, auteur du « Médecin, son malade et la maladie », il a élaboré dès 1986 le concept de 'prévention quaternaire' avec son ami le **D^r Michel Roland**. Ce concept, qui désigne l'attitude visant à protéger la population de la surmédicalisation, a ensuite été accepté par le Comité international de classification de la WONCA (Organisation mondiale des médecins généralistes) et sa définition publiée en 2003 dans le *WONCA Dictionary of General/Family Practice*.

Pour l'élaborer, Marc Jamouille est parti d'un schéma très simple : le ressenti du patient est placé en abscisse et la quête du médecin en ordonnée. En traçant une croix au milieu de ce carré, on obtient alors une table à double entrée et quatre situations différentes, qui construisent une typologie de leurs relations au fil du temps (voir page suivante).

1. Voir l'article 'L'égalité est meilleure pour tous', Hervé Avalosse, Éducation Santé n° 307, janvier 2015, <http://educationsante.be/article/legalite-est-meilleure-pour-tous/>

La première situation est celle du patient qui se sent bien et du médecin qui ne trouve pas de maladie. Elle correspond aux actions de prévention primaire : immunisation mais aussi éducation thérapeutique. Mais chez ces mêmes patients qui se sentent bien, le médecin peut aussi pratiquer un dépistage : il va alors, en prescrivant par exemple une mammographie, parier sur la présence d'un cancer chez sa patiente. On parlera de prévention secondaire. Le troisième cas correspond à la situation où le patient est effectivement malade et où le médecin le sait : il va alors le soigner mais aussi tenter d'éviter les complications liées à sa maladie : c'est ce qu'on appelle la prévention tertiaire.

Mais que se passe-t-il dans le carré restant ?
« Il recouvre ces cas très fréquents où le patient se sent mal et où le médecin ne trouve rien », explique Marc Jamouille. *« C'est à ce moment que deux anxiétés se rencontrent. Le patient a peur et se demande s'il n'a pas la même maladie que son voisin. Le médecin se demande s'il n'est pas en train de passer à côté de quelque chose de grave. C'est alors que se pose la question des examens complémentaires. Si le médecin s'y refuse, le patient cherche souvent un autre dispensateur. La rencontre de ces deux angoisses est donc en grande partie responsable d'importantes dépenses de santé inutiles ».*

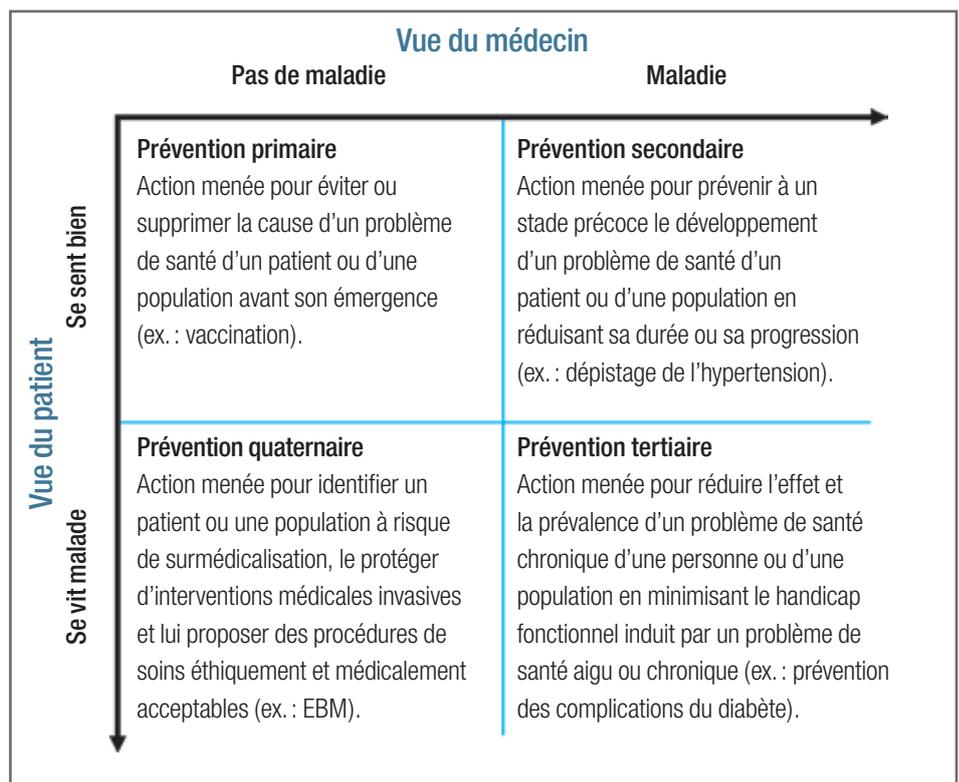
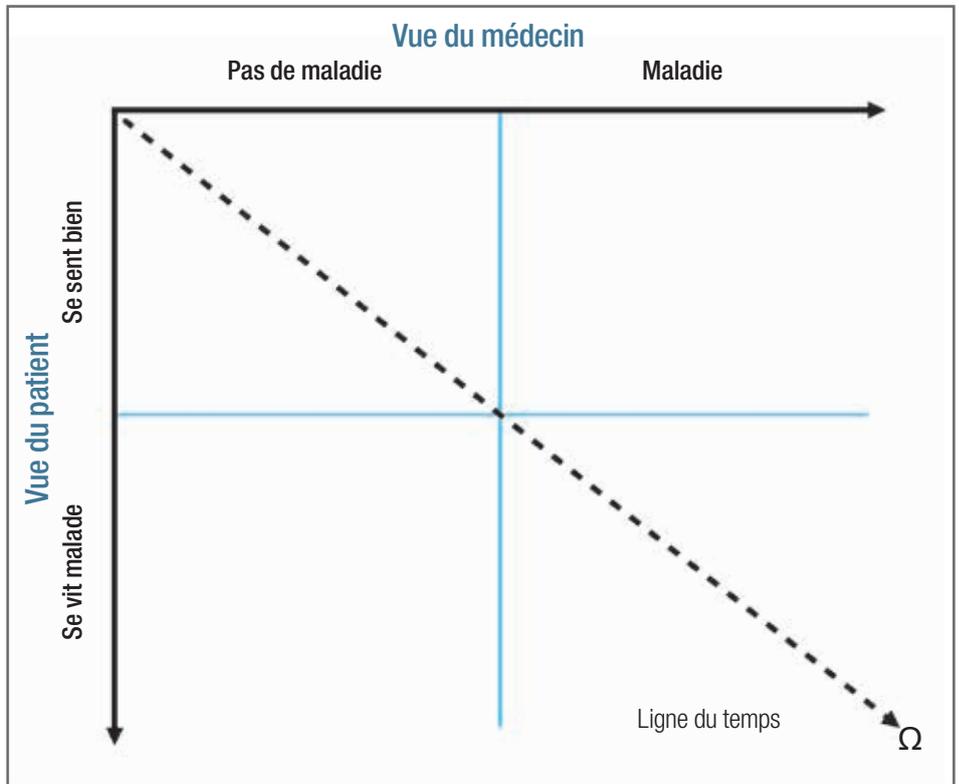
Car c'est un fait : l'idée que nous sommes tous 'malades' s'est progressivement imposée. Alzheimer, cancer, dépression : les statistiques sont si alarmantes que nous ne voyons pas comment nous-mêmes y échapperions. Comme si ça ne suffisait pas, Internet a engendré une population non négligeable de 'cybercondriaques' qui écumant les forums en envisageant le pire...
 Par leurs études et leur formation, les médecins sont de leur côté éduqués à chercher et à trouver la maladie. Ils forment donc avec les patients d'aujourd'hui un duo détonant face auquel la prévention quaternaire apporte une réponse raisonnable.

La souffrance n'est pas la maladie

Les malades imaginaires ou 'worried well' comme disent les Anglo-saxons ne sont bien sûr pas d'affreux menteurs mais souvent de grands anxieux en quête de diagnostic. *« Une femme vient me voir en me disant qu'elle est dépressive. Si j'en reste là, il y a beaucoup de*

chances qu'elle ressorte dix minutes plus tard avec sa prescription d'antidépresseurs. Mais si je parle avec elle et que j'ouvre la boîte de la parole, elle me dira ce qui ne va pas... C'est pourquoi j'ai toujours une boîte de Kleenex sur mon bureau ! J'ai récemment eu une patiente dans ce cas : après deux grossesses, elle était visiblement en deuil de son ancien corps. Or un deuil n'est pas

une maladie », explique le Dr Jamouille. Certes, il est le premier à le rappeler : les médecins ne sont pas des psys. Mais ils ne sont pas non plus de simples prescripteurs. *« On peut reconnaître la souffrance sans reconnaître la maladie. Or, aujourd'hui, à l'heure où les prêtres disparaissent, nous, les médecins, sommes les seuls payés pour entendre la plainte. Il est*



certain que nous ne devons pas passer à côté d'une situation dramatique mais nous devons aussi pouvoir dire à nos patients : vous êtes bien portant mais triste ou en deuil et je vous refuse d'être malade », explique-t-il.

Cette tentation de médicaliser toute souffrance est aussi révélatrice de la frontière que nos sociétés s'évertuent à tracer entre les maux de l'âme et ceux du corps, ces derniers apparaissant souvent comme moins honteux. Tous les spécialistes de la douleur chronique, pourtant, vous le diront : ce n'est pas parce que la souffrance physique est réelle qu'elle n'est pas étroitement en lien avec la souffrance psychique. « *Notre formation nous pousse à être dualistes mais il faut résister à cela. Quatre patientes sont récemment venues me voir avec un diagnostic de fibromyalgie. Mais il se trouve que trois d'entre elles sont des femmes battues... Quant à la dernière, il semblerait qu'elle soit en réalité atteinte d'une grave maladie rhumatismale qui n'avait pas été diagnostiquée* », poursuit le Dr Jamouille. Par ailleurs, pour ce médecin de famille, l'élaboration de certaines catégories diagnostiques telle la fibromyalgie relève surtout d'un mélange d'ignorance, d'incompétence et de culpabilité de la part des médecins. « *C'est impensable aujourd'hui de dire à une patiente : vous souffrez énormément mais nous ne savons pas ce que vous avez.* »



Photo © Fotolia

dialogue argumenté et fructueux avec le patient. Reste à prendre en compte son histoire personnelle, contrepoint nécessaire aux recommandations à large échelle. Cette approche appelée 'Narrative based Medicine' permet non seulement de tenir compte des antécédents familiaux et personnels de chacun mais aussi de mettre à profit le lien de confiance entre le patient et le médecin. « *Nous, médecins généralistes, travaillons dans le temps, ce qui veut dire que l'acte thérapeutique que nous posons aujourd'hui devient une prévention pour demain. C'est une dynamique où la prévention n'est pas à part* », explique encore le Dr Jamouille.

Étonnamment, c'est aujourd'hui en Amérique du Sud que le

De la Belgique à l'Amérique du Sud

Reconnue au niveau international, la prévention quaternaire n'en reste pas moins marginale dans la formation académique des médecins. Mais à l'heure où les scandales liés à l'industrie pharmaceutique ont ébranlé la confiance, les jeunes professionnels sont de plus en plus nombreux à s'y intéresser, désireux de revenir vers une médecine davantage centrée sur le patient.

La médecine basée sur les preuves, communément appelée 'Evidence Based Medicine' (EBM), est bien sûr la première voie pour éviter la surmédicalisation : parce qu'elle permet d'évaluer les bénéfices ou dommages à partir d'études cliniques, elle autorise un

concept élaboré par ce médecin belge semble avoir trouvé le plus d'échos. Des groupes 'P4' s'y sont ainsi développés un peu partout et, en mars dernier, un groupe d'intérêt Prévention Quaternaire a été fondé au sein même du Wonca CIMF, la branche ibéro-américaine de l'Organisation mondiale des médecins généralistes. Et l'Asie commence aussi s'intéresser à cette 'attitude quaternaire'. Car au-delà de l'argument éthique, la prévention de la surmédicalisation apparaît comme une piste pour sauver nos systèmes de santé du naufrage. Plus riches et moins malades ? À cette perspective, on se sent déjà mieux...

MATÉRIEL

Genre... Tu vois ce que je veux dire ?

L'asbl *Le Monde selon les femmes* vient d'éditer un livre-jeu sur l'égalité entre femmes et hommes.

L'asbl *Le Monde selon les femmes* est une ONG féministe active dans la coopération internationale, l'éducation permanente et les mouvements sociaux.

Elle entend « faire avancer l'égalité entre les femmes dans le Sud et dans le Nord » en :
– favorisant des stratégies où les femmes deviennent actrices de changement capables

de remettre en cause collectivement les rapports de genre ;
– menant une approche critique du développement prenant en compte droits

des femmes, participation citoyenne, protection de l'environnement et capacité des mouvements sociaux à faire évoluer les sociétés pour répondre aux nouveaux défis qui leur sont posés.

Le but de son dernier outil est de lancer une animation-débat sur ce vaste sujet au départ de 20 cartes qui présentent des moyens d'atteindre les objectifs de l'asbl. Ces cartes sont choisies et discutées en sous-groupes avant de faire l'objet d'un débat en plénière.

Parmi les priorités affichées par les cartes, on trouve par exemple 'recevoir une éducation sans stéréotypes sexistes', 'pouvoir être soi-même sans « dieux » ni maîtres', 'être une femme autonome avec son propre revenu'



ou encore 'amplifier la protection sociale au Nord et au Sud'.

L'ouvrage d'une centaine de pages offre pour chaque carte quatre pages d'informations, de quiz, de mini-sondages etc. qui permettent d'alimenter les discussions.

Genre... Tu vois ce que je veux dire ?, livre-jeu composé d'une brochure de 100 pages et d'un jeu de 27 cartes, édité par Le Monde selon les femmes, 2015, 12 euros.

Le Monde selon les femmes,
rue de la Sablonnière 18, 1000 Bruxelles.
Tél. : 02 211 00 28.

Courriel : alicia@mondefemmes.org.

Internet : www.mondefemmes.org.

OUTILS

Jardin des couleurs

Description

Matériel

Dossier pédagogique (PDF)

Concept

Le cycle d'animations 'Jardin des couleurs' a pour thème l'alimentation durable. Il comprend la création et l'entretien d'un jardin potager biologique avec les participants. Au fil des animations, ceux-ci sont sensibilisés aux enjeux environnementaux liés à l'alimentation. Incidemment, les aspects relatifs à la santé sont aussi abordés. 'Jardin des couleurs' se veut également l'occasion de susciter des changements pérennes en matière d'alimentation au sein de l'établissement partenaire.

Le programme s'adresse aux enfants et adolescents, en milieu scolaire ou para-scolaire. Des projets inter-générationnels avec par exemple des parents ou des personnes âgées peuvent aussi être mis sur pied.

Le cahier pédagogique s'adresse en priorité aux instituteurs et institutrices partenaires de 'Jardin des Couleurs' (Région de Bruxelles-Capitale),

mais il pourra apporter une aide, de l'inspiration, des pistes utiles pour quiconque souhaiterait se lancer dans un projet pédagogique visant à éveiller à une critique constructive du système agro-alimentaire.

Objectifs

- via le travail au potager, permettre aux participants une appropriation des savoirs par la pratique. Le potager se révèle être un moyen efficace d'éveil et de connexion à la nature.
- envisager le travail au potager comme vecteur de développement personnel et d'apprentissages en termes de savoir-faire et de savoir-être : découverte de soi dans son rapport à la terre, aux petites bêtes, à l'effort, au rapport aux autres ; apprentissage de l'entraide et de la solidarité ; organisation collective : outils démocratiques de gestion participative ; respect d'un lieu, d'un travail et d'outils collectifs ; partage des récoltes ; etc.
- donner aux participants l'outillage conceptuel de base pour, au final, permettre un regard critique sur la façon dont nous nous alimentons.
- susciter des changements pérennes au sein

des partenaires (une ou plusieurs actions sont envisageables, pouvant aller d'une modification du système de collations ou des repas de midi à l'installation d'un compostage collectif, la création et l'accueil d'un groupement d'achat solidaire par des parents, ou la confection de panneaux d'informations...).

Conseils d'utilisation

Le cahier pédagogique propose :

- dans le premier livret, des informations synthétiques sur les différents thèmes abordés lors des animations, ainsi que deux focus illustrant le caractère systémique des problématiques évoquées. Ces textes, qui vont au-delà des informations données aux enfants et adolescents lors des animations, permettent de se familiariser avec les analyses et points de vue qui sous-tendent celles-ci.
- dans le deuxième livret, un descriptif des animations « hors potager », classées par thème. Ce livret doit aider les partenaires à réitérer ces animations de façon autonome, après la première année du programme.
- dans le troisième livret, on trouvera les références des sources utilisées pour la

rédaction du premier livret, ainsi que des références de livres, sites internet, outils pédagogiques, documentaires et associations actives dans le secteur de l'alimentation, pour aller plus loin. On y trouvera également un index de mots techniques apparaissant en italique dans le premier livret.

Thématiques abordées :

- des thèmes liés à la botanique et au jardinage : les différentes parties d'une plante et leur fonctionnement, le cycle de vie d'une plante, le sol et le compostage, les interactions entre la plante et son environnement, la biodiversité, les plantes aromatiques et médicinales, les techniques culturales respectueuses du vivant.
- des thèmes davantage liés à l'environnement ou la santé : l'évolution et la diversité des façons de se nourrir, la pyramide alimentaire, l'origine historique et actuelle des fruits et légumes, les fruits et légumes de saison, le mode cultural, le conditionnement, les intermédiaires commerciaux, le degré de transformation, la gestion des déchets et le gaspillage alimentaire.

Où trouver l'outil

Chez l'éditeur : Le Début des Haricots asbl, Maison de la Paix, Rue Van Elewyck 35, 1050 Bruxelles. Bureaux situés rue de la Croix de Pierre 85, 1060 Bruxelles. Tél. : 02 644 07 77 francois@haricots.org <http://www.haricots.org>.

Les CLPS de Liège, Verviers, Huy-Waremme, Mons-Soignies, Hainaut occidental, Charleroi-Thuin et le Centre de ressources documentaires provincial de Namur peuvent vous prêter cet outil.

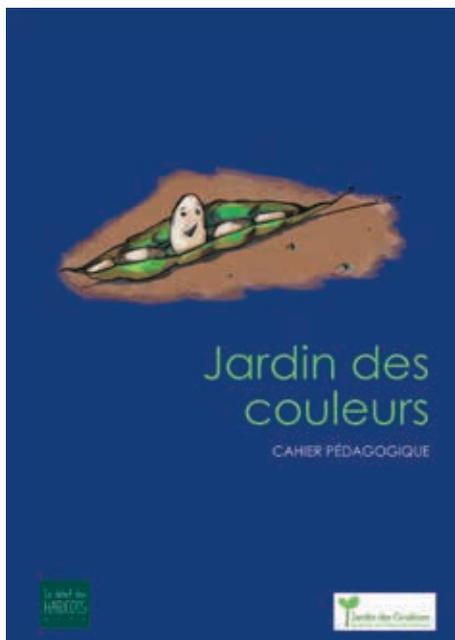
L'avis de PIPsa (www.pipsa.be)

La Cellule d'experts de PIPsa a accordé la mention 'coup de cœur' à cet outil en novembre 2013.

Appréciation globale

'Jardin des couleurs' est un programme d'animations de deux ans en milieu scolaire sur le thème de l'alimentation durable autour d'un 'outil' principal : un potager, en pleine terre ou en bacs en fonction des possibilités pratiques de chaque établissement.

Le présent avis porte uniquement sur le cahier pédagogique proposé aux enseignants. Le contenu du cahier est engagé et le ton militant, mais c'est pleinement assumé et clairement déclaré dès le départ. Dans cette



même logique, au travers de l'information qu'ils donnent et des animations qu'ils proposent, les auteurs développent leurs arguments et proposent des solutions qu'ils estiment opportunes, au risque que certains utilisateurs perçoivent ces propositions comme autant d'injonctions normées.

La première partie fait une série de constats sur les conséquences du système agro-alimentaire industriel dominant, avant tout du point de vue environnemental et explique qu'une agriculture alternative durable est possible.

Les informations à destination des enseignants se répartissent en 9 chapitres pour une approche systémique de l'alimentation :

1. Notre alimentation, seulement une histoire de goût ?
2. Les plantes, à la base de toute notre alimentation
3. Le sol, monde vivant et garde-manger des plantes
4. Des liens intimes entre la plante et son environnement
5. La biodiversité dans et autour de l'assiette
6. Les kilomètres dans notre assiette, hier et aujourd'hui
7. Fruits et légumes dans la ronde des saisons
8. L'empreinte écologique et la perspective systémique
9. Un autre monde est possible... Et moi ?

La matière est très vaste et les informations intéressantes.

Beaucoup d'animations se font à l'intérieur, sur base notamment de photos. Les auteurs proposent aux enseignants de faire des rapprochements avec l'environnement,

le quartier, les agriculteurs, les épiceries...

On pourrait regretter l'absence de liens avec les socles de compétences et les matières scolaires. L'enseignant devra veiller à éviter de stigmatiser certains élèves lors des animations faisant référence aux habitudes alimentaires familiales. Les auteurs font d'ailleurs judicieusement eux-mêmes cette mise en garde en introduction des animations.

La troisième partie est une énorme mine de ressources 'pour aller plus loin', ici encore réparties en 9 chapitres.

Point à relever encore : le cahier pédagogique est téléchargeable gratuitement et les animations proposées ne requièrent que du matériel basique peu coûteux accessible à tous.

Objectifs

Pour les enseignants :

- leur fournir des informations sur la situation actuelle de notre système agro-alimentaire ;
- leur faire prendre conscience des conséquences du système agro-alimentaire dominant sur l'environnement (un peu aussi sur la santé et le social) ;
- envisager ce que l'on peut changer au quotidien au niveau de l'alimentation, notamment au sein de l'établissement scolaire.

Pour les élèves :

- leur faire prendre conscience d'où provient l'alimentation, comment elle est produite, transformée, transportée, avec une perspective historique (pratiques d'hier et d'aujourd'hui) ;
- les sensibiliser aux nombreux problèmes environnementaux (et sanitaires et sociaux) posés par le système agro-alimentaire dominant ;
- découvrir diverses possibilités d'actions à leur niveau, individuellement et collectivement.

Public cible

Enfants et adolescents.

Les animations devront être sélectionnées ou adaptées en fonction de l'âge des participants, surtout pour les plus jeunes.

Utilisation conseillée

Comme expliqué par les auteurs du cahier pédagogique, le programme 'Jardin des couleurs' est destiné à des enseignants-animateurs motivés et prêts à s'engager dans une démarche de longue durée.



SOMMAIRE

INITIATIVES

- 2 Bilan des connaissances des Belges en matière de santé, par *Sigrid Vancorenland, Hervé Avalosse, Rebekka Verniest, Michiel Callens, Stephan Van den Broucke, Audrey Renwart, Griet Rummens* et *France Gerard*
- 5 L'histoire de Hassan Jarfi, par *Vinciane Fastré*
- 7 Médecine générale et précarité – 'La relation de confiance avec les patients qui vivent dans des conditions précaires', une session de sensibilisation proposée aux médecins généralistes, par *Vincent Litt* et *Valérie Hubens*
- 10 Douleurs et désillusions quotidiennes des familles, par *Télé Accueil Bruxelles*

RÉFLEXIONS

- 11 La prévention quaternaire : *primum non nocere*, par *Julie Luong*

MATÉRIEL

- 13 Genre... Tu vois ce que je veux dire ?

OUTILS

- 14 Le jardin des couleurs

DES ARTICLES INÉDITS !

Éducation Santé vous propose des articles inédits sur son site internet !

Le saviez-vous ? La revue met en ligne chaque mois des articles inédits, jamais publiés dans la revue papier. Il s'agit le plus souvent de sujets d'actualité reçus trop tardivement pour être intégrés dans le numéro en cours ou alors de textes d'un intérêt évident mais que nous ne pouvons publier dans la version imprimée par manque de place.

Surfez donc sans plus attendre sur

www.educationsante.be pour en prendre connaissance !

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/revueeducationsante 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 à ce numéro : Hervé Avalosse, Michiel Callens, Vinciane Fastré, France Gerard, Valérie Hubens, Vincent Litt, Julie Luong, Audrey Renwart, Griet Rummens, Télé-Accueil Bruxelles, Sigrid Vancorenland, Stephan Van den Broucke, Rebekka Verniest.

Rédacteur en chef : Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

Secrétariat de rédaction : Christian De Bock

Journaliste : Carole Feulien (carolefeulien@gmail.com).

Relectures : Danielle Beeldens, Carole Feulien.

Recherches iconographiques : Danielle Beeldens.

Site internet : Octopus (design et développement), Carole Feulien (animation).

Réseaux sociaux : Carole Feulien.

Lettre d'information : Carole Feulien.

Contact abonnés : Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Hervé Avalosse, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Martin de Duve, Damien Favresse, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Sarah Lefèvre, Denis Mannaerts, Vladimir Martens, Marie-Noëlle Paris, Marianne Prévost, Karin Rondia, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Comité opérationnel : Christian De Bock, Carole Feulien, Julien Nève, Tatiana Pereira, Thierry Poucet.

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 1 250 exemplaires. **Diffusion :** 1 150 exemplaires.

Diffusion électronique : 1 500 exemplaires.

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 préalable 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, c/o Centre d'Éducation du Patient, rue du Lombard 8, 5000 Namur.

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.

ÉDUCATION SANTÉ

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



Wallonie

Avec le soutien financier
de la Wallonie



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.



L'accès à la santé pour tous

La Mutualité Socialiste



Imprimé sur papier
blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

