



Les infirmières de rue, du côté de la vie

Les infirmières de rue : du côté de la vie

Du Tiers Monde aux pavés bruxellois : maturation d'un projet

Retour d'Afrique en 2005, le choc : Émilie et Sara sont atterrées de voir à quel point certaines personnes démunies, vivant essentiellement dans la rue, n'arrivent plus à prendre soin de leur corps ni, plus globalement, de leur santé. Une telle misère dans la capitale de l'Europe, où fleurissent tant d'associations...

Alors, ces deux jeunes infirmières, qui ont étudié la médecine tropicale et la santé communautaire, vont à la rencontre des travailleurs de la santé et du social : font-ils le même constat qu'elles ? Oui ! Et cette situation les interpelle, mais ils se sentent démunis : beaucoup de personnes sans abri ne perçoivent pas, ou dénie, l'influence de l'hygiène sur la qualité de vie et les rapports sociaux ; ou encore, elles ont honte de leur état et n'osent pas en parler. Par ailleurs, elles ont tendance à reporter ou refuser des soins : honte à s'exposer, crainte d'un regard, d'un accueil réticent... Elles finissent souvent par souffrir de maladies très graves, avec des risques élevés d'invalidité ou de décès prématuré.

Les rencontres avec divers intervenants permettent de préciser le problème, d'imaginer des pistes. Des collaborations se tissent, l'idée de créer de nouveaux liens se développe : ainsi va naître l'asbl des infirmiers de rue.

Émilie et Sara font leur première sortie en rue en janvier 2006 ; aujourd'hui, l'équipe fête son 5^e anniversaire, et l'association compte sept personnes : 4 infirmières qui vont sur le terrain, une infirmière coordinatrice de l'asbl, une assistante sociale et un médecin qui les aident à organiser le suivi avec des intervenants sociaux et médicaux.

Leur rayon d'action, c'est surtout le centre-ville ; parfois aussi d'autres communes, lorsqu'une association fait appel à leurs services, ou des agents, des voisins... En route alors, sur des vélos offerts par le Rotary. Le privé (concours, fonda-

tions...) fournit 50 % des ressources de l'association, le public 45 %, et 5 % proviennent de la vente de services (des formations, surtout).

Cycle infernal et triangle d'or

L'association s'adresse essentiellement aux personnes qui vivent en rue depuis longtemps, ainsi qu'à des personnes précaires qui, bien qu'ayant un logement, ont un mode de vie similaire à celui des sans-abri : elles passent beaucoup de temps dans la rue, fréquentent des associations d'accueil, de restauration sociale, font la manche... Elles vivent au bord de la rue, et sont menacées de perdre leur logement – souvent insalubre – faute d'hygiène. La plupart sont belges, certaines viennent des pays de l'est. Parcours variés : chute récente dans la précarité, quart monde, exil... Dans tous les cas, les ressources sont maigres : allocation de chômage, du CPAS... avec souvent des pensions à payer. En moyenne, il reste 3 euros par jour pour vivre.

Et c'est le cycle infernal : bien sûr, il existe des services, mais les professionnels de santé sont souvent découragés face à la multitude de problèmes que présentent ces patients, et ils ont parfois des réactions de rejet : « *Les personnes qui sont dans un état de négligence avancée présentent un aspect 'repoussant' : cheveux et corps sales, odeur forte, vêtements souillés, éventuellement présence de parasites sur le corps. Cette apparence, souvent aggravée d'une difficulté de communication, peut perturber le déroulement de la consultation.*

Le résultat final peut être soit la fuite du patient, par exemple suite à une réaction ou à un commentaire inapproprié du soignant, soit une prise en charge incomplète, notamment parce que l'intervenant n'a plus la patience, le temps ou la motivation nécessaires. La personne peut être ainsi reçue dans un service de garde, recevoir des soins pour une plaie mais pas un traitement pour les poux ou la gale, alors qu'elle en aurait besoin. Comme les ser-

vices de santé, les associations qui s'occupent de ce public peuvent aussi, malgré une certaine habitude, éprouver ces réticences »¹.

Le risque majeur, c'est alors d'entrer dans le processus d'« auto-exclusion » dont parle Jean Furtos à propos des personnes « désaffiliées » ; celles pour qui tout ou presque tout est perdu, même le narcissisme (dans le sens de ce qui soutient l'estime de soi). « *À partir d'une situation de précarité exacerbée, il est possible d'entrer dans l'exclusion, avec perte du sentiment d'être un humain reconnu, ce qui entraîne souvent des ruptures familiales. La personne ne se sent plus incluse dans la chaîne des générations ; elle peut être terrorisée et se couper de sa peur, quelque chose en elle a décidé de ne plus souffrir, 'tout est perdu'. Le problème, pour ne plus sentir certaines souffrances extrêmes (terreur, désespoir, effondrement, agonie psychique), c'est que l'on est obligé de s'exclure de soi-même, de ne plus sentir, de ne plus ressentir, et d'utiliser des mécanismes de désubjectivation extrêmement coûteux du type clivage, déni, projection. À ce stade, l'exclusion sociale se double d'une auto-exclusion... »²*

Pour contrer ce processus, l'association des infirmières de rue a vite compris qu'il convenait d'agir à trois niveaux : le public, les intervenants et les infrastructures à même de faciliter la vie en rue. C'est en agissant de manière cohérente sur les trois pointes de ce triangle qu'elles arrivent à démontrer qu'on peut sortir de la rue des gens qui y vivaient depuis très longtemps.

Avant tout : retrouver l'estime de soi

Le credo de l'association : tout le monde peut retrouver l'estime de soi, et c'est sur cet aspect qu'il convient d'agir en priorité. Le plus souvent, l'estime de soi est profondément atteinte, voire brisée, après des années de vie en rue. La personne ne semble plus en mesure de reprendre sa vie en main. Elle survit à la marge,

1 « Constats de terrain. En route vers le problème », sur www.infirmiersderue.be

2 Furtos Jean, « Contexte de précarité et souffrance psychique : quelques particularités de la clinique psychosociale », *Soins Psychiatrie* n°204, sept-oct 1999

son corps devient objet : prendre soin de soi, c'est une idée perdue dans un monde oublié. Le projet, c'est d'ouvrir un chemin qui permettra à la personne de se retrouver avec, au bout du chemin, la capacité d'habiter dans un logement, première étape pour se réinsérer dans la société.

▪
L'enjeu, pour les infirmières de rue, c'est de montrer à tous les intervenants que quelque chose est possible, qu'en se concertant ils peuvent aider les errants à briser ces cercles vicieux qui les épuisent.
▪

Dans ce parcours, l'hygiène personnelle est un point de départ. Essentiel : parce que son abandon est un signe qui ne trompe pas, qui ferme les portes et renforce l'isolement. La question de l'hygiène permet de proposer un changement graduel et faisable : la personne peut avancer par petites étapes, obtenir de petits succès.

Un impératif : créer le contact en douceur, sans jugement. Bien loin d'une vision hygiéniste ou normative, les infirmières de rue aident la personne à réappivoiser un corps déshabité, mal aimé. Elles soutiennent la reconstruction d'un lien à soi-même - un lien bienveillant, qui puisse faire resurgir un désir de vie, un désir de prendre soin de soi, dans une dignité retrouvée.

Le trajet ainsi entamé est lent, délicat. Impossible pour certains de prendre une simple douche : la vision brutale d'un corps nu, délabré, c'est insoutenable et angoissant. Ne rien forcer : laisser la personne, le temps qu'il faut, se protéger à sa manière... « *Ce monsieur, SDF depuis longtemps, n'était pas prêt à aller à une douche : on lui a d'abord donné une lingette pour se laver les mains, quelques jours plus tard une lingette pour le visage ; puis, on lui a apporté un bassin et un savon. Maintenant, on organise le contact avec une maison médicale, pour qu'il puisse prendre une douche ; on devra l'accompagner quand il sera prêt, on essaiera aussi d'élargir le réseau autour de lui... Souvent, ça avance comme ça, doucement, et*

Créer un climat de confiance

À pied : approche douce, visuelle d'abord, permet un rappel par la personne lorsqu'on s'éloigne.

Sans uniforme : pour ne pas impressionner et pour maintenir une relation d'égal à égal.

À deux : donne une plus grande chance d'établir une accroche avec la personne.

Travail dans la langue du patient si possible.

Installer une distance par une attitude professionnelle : pas de tutoiement, pas de bise, ce qui réserve la possibilité de parler d'un point de vue médical des questions délicates.

Pas de questions inutiles comme l'identité, ou l'origine d'une plaie, ou pourquoi la

personne est à la rue.

Laisser la personne maître du soin : elle peut se soigner ou non.

Pas de promesses non tenues : ne pas s'engager à faire des choses impossibles ou aléatoires.

Respect du secret professionnel même si le contexte de travail n'y incite pas toujours.

Rester prudent avec la presse : ne pas aller trop souvent avec la presse en rue pour risquer d'intimider le patient. Si la personne ne désire pas être interviewée, respecter son choix.

Extrait du document « *Mode d'action d'infirmiers de rue* », www.infirmiersderue.be

puis il y a comme un déclic, la personne reprend confiance en elle, elle commence à se mettre en projet : la réinsertion dans un logement devient possible. »³

Prendre le bon bout : « *Pour beaucoup de gens il y a un problème d'alcool, mais on ne travaille pas sur cela tant qu'il ne sont pas prêts. On travaille d'abord sur l'hygiène, sur l'estime de soi. Quand un gars a bougé de ce côté-là, il diminue progressivement la taille de ses canettes, puis le nombre, puis, il prend des bières moins fortes... Quand il est en chemin pour trouver un logement, le travail sur l'alcool est beaucoup plus facile.* »

Tisser des liens

Les sans-abri vont d'un lieu à l'autre, de manière erratique – resto social, abri de nuit, maison médicale, hôpital, gare, métro, parc... Ils rencontrent divers acteurs, qui, le plus souvent, ne se concertent pas, ne savent même pas si quelqu'un d'autre connaît cette personne qui atterrit chez eux, plus ou moins régulièrement, sans trop se raconter.

Or, il est impossible de construire un projet avec une personne dans une relation duelle, tant les problèmes sont complexes et les parcours aléatoires. Les infirmières de rue doivent pouvoir s'appuyer sur un large réseau d'acteurs.

Leur premier travail est dès lors d'identifier le circuit qui existe de fait, de le renforcer, d'organiser un contact suivi : pour s'assurer que chaque semaine, quelque chose avance, que la personne n'est pas abandonnée. « *Pour ce monsieur qui avait des difficultés à prendre ses médicaments régulièrement, on a contacté le médecin pour lui expliquer que ça n'irait pas s'il donnait une boîte d'un coup. Puis on a demandé au resto social de garder les médicaments et de les donner chaque fois que la personne venait ; ils n'ont pas voulu, alors on a fait appel à une pharmacie qui est sur son trajet... On cherche toujours le circuit le plus adapté au cas particulier.* »

De quoi se sentir cerné pour les patients ? Apparemment non : les personnes sans abri sont touchées qu'on vienne à leur rencontre, qu'on ne les oublie pas. « *Mais le réseau qu'on tisse comme ça avec une personne, pour l'histoire des médicaments par exemple, on veille à ce que ça ne devienne pas le circuit 'normal' : ça doit rester une solution provisoire. L'horizon, c'est toujours le retour à domicile et le recours aux services classiques.* »

Le réseau qui se tisse ainsi est très varié. Outre les professionnels de la santé et du social, on y trouve les agents de prévention des gares, des métros, des parcs publics, mais aussi des commerçants, des voisins, des policiers, l'en-

³ Toutes les citations non référencées proviennent de communications orales.



La carte des points d'eau potable et des toilettes gratuites à Bruxelles

tourage... Ce réseau s'agrandit de proche en proche : parfois, un commerçant signale qu'une personne va souvent bavarder avec le gars du fritkot, et ce gars devient membre du réseau. « Une autre fois, c'est marrant, un monsieur nous a appelé pour un SDF qui dormait tout près de son immeuble : ça le dérangerait, il voulait plutôt qu'on l'en débarrasse... Finalement, on lui a demandé de garder l'œil sur cette personne, de nous contacter s'il y avait un problème ; au fond, il est rentré dans le réseau ». Tout l'art de transformer une intolérance en souci pour l'autre... Mais peu d'intervenants ont l'habitude travailler en réseau et les acteurs non professionnels s'étonnent parfois d'être contactés ; ce tissage de liens demande donc une grande patience et beaucoup de finesse. Lorsque les personnes ont retrouvé un logement, le suivi

va s'accroître auprès des personnes qui s'occupent du patient en logement. « Nous allons garder des contacts avec les 'patients' de temps en temps pour être sûrs qu'ils vont bien, mais nous allons surtout encourager les professionnels qui travaillent à domicile, leur dire de nous prévenir en cas de problème, de ne pas attendre une 'rechute' ».

Dépasser fatalisme et impuissance

Pour tisser des liens entre acteurs, encore faut-il que ceux-ci puissent croire au projet, et ce n'est pas donné d'avance. « Oui, on va s'en occuper, mais il est déjà venu hier à l'hôpital et de toutes façons, il reviendra dans deux jours ». Pas facile, bien sûr, de mettre des rustines jour après jour... Chacun se sent impuissant : la plu-

part des soignants ignorent comment donner des soins adaptés à la vie en rue ou à la grande précarité ; les travailleurs sociaux ne voient pas comment aborder la question de l'hygiène sans briser la relation de confiance. Pour certains, c'est une question tabou ; d'autres finissent par ne plus même voir le problème, par le banaliser. Chacun se protège à sa manière, faute d'envisager une solution. Les agents de prévention travaillant dans les lieux publics ont des difficultés spécifiques : ils accueillent les plaintes des usagers, mais ils ne sont pas outillés pour réagir face aux comportements des personnes précaires. Ils ne savent pas comment réagir pour maintenir l'ordre public et l'hygiène des locaux sans exclure les sans-abri : tiraillés entre le règlement de travail et le désir d'humanité. Or, ce sont des relais essentiels : ils rencontrent certains sans-abri tous les jours, les voient vivre, tissent parfois des liens de confiance. L'enjeu, pour les infirmières de rue, c'est de montrer à tous ces intervenants que quelque chose est possible, qu'en se concertant ils peuvent aider les errants à briser ces cercles vicieux qui les épuisent.

Il est aussi nécessaire d'apporter de nouveaux savoir-faire à certains professionnels. Par exemple, aux professionnels de santé, parce que l'impact de la vie en rue sur le soin est très important : en rue, le temps n'est pas le même, les médicaments sont pris de manière très aléatoire, les plaies s'infectent sous les pansements, sans que cela alerte la personne, tant son corps lui est devenu étranger... « Ça peut être dangereux de mettre un bandage : du coup la personne ne pense plus du tout à sa blessure, ou bien le bandage glisse et fait un effet garrot ».

Ily a quelques années, certaines associations ont demandé à l'asbl d'intervenir sur leur terrain : un resto social, pour donner des soins ; une maison médicale, pour parler des patients difficiles, ingérables. Mais il est impossible, et finalement peu opérant, de multiplier ce genre d'intervention : mieux vaut apprendre à pêcher que donner un poisson ! L'association propose dès lors des formations répondant aux besoins spécifiques des différents acteurs concernés. Une belle réussite parmi d'autres : « En 2009, on avait formé 6 personnes à la gare centrale ; la direction a constaté que l'agressivité avait

beaucoup diminué après cette formation, et nous a demandé de la refaire pour d'autres agents. En 2009 on a formé 110 personnes en tout, à Bruxelles, Liège, Charleroi, Namur. En 2011, on entame un gros partenariat avec la STIB et la SNCB ».

Les infrastructures : méconnues ou lacunaires

Une préoccupation essentielle pour les personnes sans abri ou en habitat précaire, c'est de satisfaire leurs besoins corporels de base – alimentation, hygiène, sommeil... C'est très difficile, ce qui est sans doute une des raisons pour lesquelles le souci de prendre soin de soi finit par disparaître. Se laver ? Pas de douche dans les logements insalubres, pas assez de douches publiques accessibles – certains se lavent avec la chasse d'eau des toilettes.

Il existe cependant certaines infrastructures, et l'asbl a conçu des affiches indiquant les lieux où se trouvent des fontaines, des urinoirs, des douches, affiches placées dans les métros, les gares, les associations. « On a un peu une double perspective : le message positif, c'est 'bravo aux services publics', c'est bien qu'il existe des choses – mais c'est aussi l'occasion de pointer les manques : il y a un an, c'est en faisant la liste des douches qu'on a vu qu'il y en avait beaucoup trop peu. Le comble, c'est que les associations croyaient que les gens n'avaient pas envie de se laver – alors que le problème, c'était le manque de douches : il fallait aller à l'autre bout de la ville, attendre des heures, il n'y avait pas de place ». C'est bien là un malentendu classique : heurtés par la négligence – bien réelle – de la personne, certains intervenants oublient qu'elle est renforcée, voire suscitée, par un environnement inadapté aux conditions de vie des sans-abri. « Les autorités n'imaginent pas que des personnes n'ont pas accès chez eux à des douches ou des toilettes. En comparaison, les restaurants sociaux sont nés quand il est apparu que beaucoup de gens ne mangeaient pas bien chez eux... »⁴

Autre type d'outil : deux affiches indiquant les précautions à prendre pour se protéger au mieux pendant les grandes chaleurs, ou, avec l'aide d'**Alain Hubert** et de **Dixie Dansercoer**, pendant les grands froids.



Photo © asbl Infirmiers de rue

Le goût de la vie

Retrouver le goût de prendre soin de soi, c'est retrouver le goût de vivre, et dès qu'un désir surgit, les infirmières de rue le soutiennent : « On travaille beaucoup sur ce que les gens aiment : par exemple, cette dame, elle adorait chanter mais elle n'avait plus le goût, ni la possibilité de chanter depuis qu'elle vivait en rue. Elle en a parlé, elle dit que chanter, c'est génial : alors on essaie de la motiver à reprendre le chant ».

Il y a aussi le monsieur qui aimait faire du vélo. Comme l'association voulait participer aux 20 km de Bruxelles, l'équipe a invité ce monsieur à venir aux entraînements, dès qu'il a eu un logement.

■
C'est cela qu'elles aiment dans leur travail, les infirmières de rue : ce moment magique où un déclic surgit, ouvrant le champ des possibles, alors que plus personne n'y croyait.
■

« Et puis un autre, qui aime le dessin : maintenant qu'il vit en appartement, nous cherchons un bénévole pour aller chez lui une fois par semaine, pour dessiner avec lui. Et Bruno, qui joue de l'harmonica et du ping pong, on

l'a mis en contact avec des bénévoles, des associations ».

Il y a parfois une famille, plus ou moins loin ; l'équipe tente alors de voir s'il est possible de recréer du lien, surtout lorsque la famille semble importante pour la personne.

« Je me souviens de ce monsieur qui ne voulait pas de logement. On a remarqué qu'il était moins bien à certains moments, à Noël par exemple, parce qu'il ne pouvait pas acheter de cadeaux pour son fils de 11 ans. Alors on a repris le contact avec ce fils, on a soutenu un projet de rencontre et on a préparé le père, pour qu'il se présente bien. On l'a accompagné, il était super content, il voulait y retourner avec nous. Mais notre but est toujours d'ouvrir de nouvelles portes, de mettre les gens en contact avec d'autres, d'élargir leur réseau ; alors on a trouvé une association qui fait ça, 'Accompagner' (www.accompagner.be). Progressivement il a repris confiance en lui, il a retrouvé un logement, et maintenant il continue à voir son fils ». Et cette dame polonaise, très déprimée, gravement malade et qui buvait beaucoup : « On lui a parlé de la Pologne, elle ne pensait pas pouvoir retourner chez elle (la famille aurait honte). Avec son accord un bénévole a pris contact avec cette famille via l'ambassade : ils étaient très contents, ils la croyaient morte ! Du coup, elle a bien voulu aller à l'hôpital pour se soigner, et l'hôpital a accepté de la garder jusqu'à ce qu'elle soit prête à retourner dans sa famille. Elle y est allée, elle a vécu 10 jours merveilleux avant de mourir. On garde des contacts écrits avec la famille ».

C'est cela qu'elles aiment dans leur travail, les infirmières de rue : ce moment magique où un déclic surgit, ouvrant le champ des possibles, alors que plus personne n'y croyait. Ce déclic qui surgit parce que quelqu'un y a cru. C'est parfois une toute petite chose – un alcoolique qui boit de l'eau avant un rendez-vous au CPAS – mais elles savent que pour la personne c'est énorme, et que c'est peut-être le début d'une belle histoire. À condition d'être là, du côté de la vie.

Et elles ont raison : depuis 2009, 30 personnes qui vivaient depuis 10-15 ans dans la rue ont retrouvé un logement après avoir été suivies pendant quelques mois par l'association.

4 « Constats de terrain. En route vers le problème ». www.infirmiersderue.be

On lui a dit qu'il est beau

Décès, disparitions, remarque d'un travailleur fatigué... : ce travail n'est pas rose tous les jours. Il y a une supervision, une fois par mois, et une très bonne entente dans l'équipe ; chacun veille à parler très vite des problèmes rencontrés, pour qu'ils pèsent moins lourd. À côté de ça, un tableau des bonnes nouvelles, affiché dans la salle de réunion, vient regonfler le moral :

Albert a pris sa douche cette semaine. Il dit que les gens le regardent autrement, on lui a dit qu'il est beau.

Monsieur Hector, qu'on avait amené dans un home qu'il n'aimait pas : on en a trouvé un autre, il aime bien, il y reste.

Un agent de gare nous a appelés pour une personne qu'on suit, ça fait une nouvelle collaboration.

Chantal a fait des demandes plus poussées pour faire ses démarches : ça veut dire qu'elle se met en projet.

Le monsieur qui veut faire sa prothèse dentaire, pour lui c'est un début pour trouver un logement, du travail : on a fait des démarches pour qu'il ne doive pas payer, et il va bien à ses rendez-vous.

On a une nouvelle infirmière dans l'équipe ! Julien, qui ne voulait pas aller chez le médecin tant qu'il n'a pas de logement, a quand même fait une demande pour aller chez l'ophtalmo. La pharmacie avait accepté d'avancer les mé-

docs pour un monsieur qui ne savait pas payer : eh bien, il a remboursé, tout le monde est vraiment content.

On a conduit Maxime à l'hôpital : il y reste, il a repris contact avec sa mère, elle lui téléphone régulièrement.

Longue vie

Aujourd'hui bien implantée et reconnue sur le terrain bruxellois, l'association des Infirmiers de rue répond parfois à des demandes ponctuelles. En 2008, l'IBGE (Bruxelles Environnement) l'a contactée dans le cadre d'une problématique particulière : l'arrivée en masse, dans le parc de la Porte de Hal, d'un grand groupe de gens (suite au démantèlement d'une filière de transit, ou à l'expulsion d'un squat). L'IBGE souhaitait tout particulièrement aider les gardiens-animateurs du parc à mieux guider ces gens vers les associations et les structures disponibles, pour diminuer les risques de problèmes d'hygiène et les tensions avec les riverains. Allant plus loin que cette situation spécifique, l'association a élaboré un plan qui peut être facilement reproduit dans d'autres communes confrontées à la même situation.⁵

L'association cherche aussi à élargir son horizon : en 2008, elle gagnait un concours d'entrepreneuriat social à Paris. Grâce à cela, un consultant l'a aidée pendant plusieurs mois à affiner son approche et à voir comment la

renforcer sans beaucoup de moyens. Suite à cette expérience, elle fait actuellement partie d'un réseau international d'entrepreneuriat social, Ashoka (www.ashoka.org).

On ne peut que souhaiter longue vie à cette association, qui illustre si bien ce que dit **Jean Furtos**⁶ : « *Les personnes ont toujours un désir qui permet d'animer un projet, soit par l'ambition de 's'en sortir' et de repasser dans une zone d'insertion moins précaire, soit par l'espoir de s'organiser convenablement et durablement dans une zone d'assistance (avec ou sans système D) qui permet de vivre... Il suffit que la personne honteuse ou découragée entre dans une relation de respect et d'aide pour qu'elle retrouve courage et fierté. Nous sommes dans une pathologie qui réagit aussi bien à ce qui va mal qu'à ce qui va bien, donc assez proche de la santé* ».

Le mot de la fin, laissons-le à Marcel :

« *Chers enfants*

C'est avec grand plaisir et empressement que je vous envoie mes vœux les plus sincères pour Noël et Nouvel an. Ne reculez devant aucune bêtise en ces jours de fête. Recevez de gros baisers de ma part ».

Marianne Prévost

Adresse de l'asbl : rue d'Artois 46, 1000 Bruxelles. Tél. : 0477 48 31 50. Courriel : infos@infirmiersderue.be

⁵ « Plan pour une situation d'urgence temporaire de personnes en transit », www.infirmiersderue.be

⁶ Furtos Jean, *ibid.*

Des cellules bien-être à l'école

L'école ne peut à elle seule prendre en charge tous les problèmes que rencontrent les jeunes. Elle doit premièrement veiller à limiter son rôle éducatif à ce qui se vit dans le temps et l'espace scolaire. Elle doit aussi pouvoir s'appuyer sur les compétences et le savoir-faire de services spécialisés, sans pour autant fuir ses responsabilités par rapport aux problèmes vécus à l'école. Elle doit,

enfin, autant que possible, s'articuler sur d'autres milieux de vie qui sont confrontés au même public, et parfois aux mêmes situations.

En promotion de la santé et dans l'éducation au bien-être en milieu scolaire, les intervenants sont nombreux. La multiplication et la variété des thématiques 'envahissent' l'école, qui n'a pas toujours le temps ni les ressources pour les aborder toutes, mal-

gré la pertinence de chacune d'entre elles prise individuellement. Cela entraîne un morcellement des actions, et empêche de considérer le jeune dans son identité, sa richesse, sa complexité : un élève 'difficile' n'est jamais seulement un 'drogué', un 'décrocheur', un 'violent' ; il ne peut être réduit à ses seules dérives, il présente aussi des qualités, des compétences qui méritent d'être exploitées.

Prévention globale, durable, centrée sur l'élève

Les cellules bien-être qui vont faire l'objet d'une expérimentation à la prochaine rentrée scolaire, ont pour ambition de développer une stratégie de prévention globale et durable, et centrée sur la personne de l'élève. Si une approche thématique classique peut constituer une bonne porte d'entrée, pour être réellement pertinente elle doit être reliée à d'autres thèmes et à ce qui se passe au quotidien en classe et dans la vie de l'école. Par exemple, la promotion d'une alimentation saine gagne à s'accompagner d'une réflexion sur l'organisation de la cantine scolaire, la présence ou non de distributeurs de sodas et snacks sucrés, mais aussi sur l'objectivation de connaissances dans le cadre du cours de sciences, l'organisation de rencontres avec les parents d'élèves, etc. Seul l'ensemble des activités constitue une réelle approche de promotion de la santé.

Ce travail doit se faire au quotidien, dans la durée, et pas uniquement en réponse à une crise qui mobilise les acteurs pendant un temps très court. L'intervention en urgence sera d'ailleurs d'autant plus efficace qu'elle prend en compte le travail de prévention qui la précède, et qu'elle s'inscrit d'emblée dans la perspective de ce qui sera mis en place une fois la crise passée.

Les personnes, et la façon dont elles perçoivent la réalité seront au cœur du travail des cellules. L'objectif ne sera ni d'informer sur les risques, ni de diaboliser ceux-ci (avec le danger bien connu d'effets contre-productifs), mais au contraire de construire un dialogue, d'inviter élèves et adultes à la rencontre. Les projets favoriseront l'estime de soi, la capacité à agir, la valorisation des compétences, l'accès à de meilleures ressources.

Les acteurs de l'école seront ainsi encouragés non seulement à transmettre des savoirs, mais aussi à donner aux jeunes les meilleures chances d'être davantage autonomes, critiques et responsables, en somme de s'inscrire au mieux dans les missions de l'institution scolaire.

Projet pilote

Il consiste à accompagner la mise en place de cellules bien-être dans l'enseignement fonda-



Photo © Isopix

mental et secondaire de tous les réseaux, tant de l'enseignement ordinaire que spécialisé. Une phase expérimentale sera proposée pendant deux ans (années scolaires 2011-2012 et 2012-2013), qui associera acteurs locaux (directions, équipes éducatives, équipes PMS et PSE), administrations de l'enseignement obligatoire et de la santé, services communautaires de promotion de la santé.

Structuration

Le projet pilote sera suivi par deux instances.

Le **comité opérationnel** élaborera, suivra et évaluera les appels à projet et appels à soutien (rédaction du cahier des charges, sélection des projets). Il sera constitué des cabinets et administrations concernés, avec l'aide de l'APES-ULg.

Le **comité stratégique** (dans un deuxième temps) sera constitué du comité opérationnel rejoint par des représentants des acteurs concernés (établissements scolaires, centres PMS, services PSE, centres de planning, centres de prévention des assuétudes, centres de prévention du suicide, médiateurs, centres locaux de promotion de la santé...).

L'objectif est de permettre la mise en place d'une soixantaine de cellules au départ des demandes d'établissements motivés mais qui éprouvent des difficultés à dynamiser une équipe reconnue au sein de l'école. Complètement, une quarantaine d'équipes (peut-être un peu plus) déjà en action pourront également bénéficier d'un appui plus léger. Le projet s'enracinera dans les réalités locales pour s'élargir progressivement au niveau provincial et *in fine* à l'ensemble de la Communauté française. Des groupes de travail réuniront les personnes engagées dans les projets pilotes pour faire émerger non pas des recommandations ou des injonctions quant à la 'bonne approche', ni même des 'bonnes pratiques' (elles ne manquent pas en la matière), mais des points de repère et des dispositifs concrets facilitant la construction, la mise en œuvre et l'évaluation d'une politique de promotion du bien-être à l'école.

Le projet pilote prévoit un accompagnement des cellules, tant au niveau local qu'à celui de la Communauté (ce dernier s'adressera aux services de seconde ligne et aux 'politiques'). L'articulation entre les deux est jugée essentielle, le dispositif combinera un double mouvement : au départ des réalités locales, favoriser l'émergence de points de repères communs et construire progressivement une dynamique cohérente de promotion du bien-être à l'école ; favoriser l'appropriation par les acteurs locaux du projet politique de la Communauté.

Marque d'intérêt

Une première information a été donnée aux écoles par circulaire fin janvier. Elle a suscité plus de 500 réponses de 350 établissements, ce qui témoigne d'une forte attente plutôt encourageante pour ce projet qui entend introduire un 'nouveau paradigme' dans un milieu parfois résistant au changement, celui de la construction des normes avec les élèves eux-mêmes, et ce dès l'enseignement fondamental.

Lors de la présentation officielle des cellules bien-être, les deux ministres concernées **Marie-Dominique Simonet** (Enseignement obligatoire et promotion sociale) et **Fadila Laanan** (Culture, Audiovisuel, Santé et Égalité des chances) témoignaient d'un bel en-

thousiasme. Elles ont précisé aussi que cette démarche expérimentale bénéficiera d'un budget de 550.000 euros à charge de leurs deux départements, qui permettra notamment à l'APES-ULg de jouer un rôle important dans l'encadrement méthodologique de l'ensemble du processus. Les prochains mois seront mis à profit pour

sélectionner les projets qui démarreront à la rentrée de septembre.

L'évaluation formera aussi un point d'attention crucial, car il s'agira au terme des deux ans de phase pilote d'estimer la pertinence des cellules bien-être et les moyens nécessaires à leur développement futur le cas échéant. Avec peut-être à un horizon plus éloigné un

dispositif décrétoal qui donnera aux cellules sécurité juridique et assise financière.

Christian De Bock

D'après le canevas des séances d'information organisées en mars 2011 dans toutes les provinces de la Communauté française

La santé, un droit pour tous

Solidarité Mondiale, l'ONG du Mouvement Ouvrier Chrétien, a lancé voici peu sa nouvelle campagne « La santé, un droit pour TOUS ! » en collaboration avec l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC) et le Centre d'Information et d'Éducation Populaire (CIEP). Un terrible défi.

Dans le monde, 2,5 milliards de personnes n'ont pas accès aux soins de santé de base. Et d'innombrables et inutiles pertes humaines en découlent. Chaque jour, 30.000 enfants meurent de maladies qui auraient pu être évitées et soignées. Chaque année, ce sont 500.000 mères qui décèdent pendant leur grossesse ou lors de l'accouchement. Ces chiffres alarmants s'expliquent par le fait que 4 personnes sur 5 de par le monde ne peuvent pas se payer l'accès à un centre de santé ou des médicaments. Ces centres sont trop éloignés, et, quand il en existe, le personnel médical ou le matériel nécessaire manquent à l'appel. Ces problèmes trouvent leurs racines dans l'insuffisance des investissements des autorités dans le secteur public, qui prive une grande partie des populations de la planète de soins de santé accessibles. Contre pareille injustice, Solidarité Mondiale propose des solutions structurelles en partenariat avec les organisations du Sud. Sa précédente campagne et la nouvelle privilégient deux axes. D'abord, *un travail décent pour un revenu décent* car le revenu rend l'individu maître de son développement. C'est pour-

quoi la Coalition belge pour un travail décent a lancé en 2008 sa campagne « Les travailleurs ne sont pas des outils » avec un slogan clair « Mondialisons le travail décent ! »¹.

Ensuite, une protection sociale suffisante pour sécuriser les populations. **Jean Hermesse** (ANMC) est venu rappeler à la journée de lancement de la nouvelle campagne qu'après la crise de 2008 on se rend encore mieux compte de l'importance d'un système public de santé, le seul apte à rencontrer les droits universels de tous les humains. Le marché n'y arrive pas, au contraire il ne fait que creuser les inégalités. Là où des acteurs sociaux organisent la solidarité il y a plus de cohésion sociale. Organiser la protection sociale c'est viser le développement humain et donc la santé. Les inégalités sociales et de santé ne sont dès lors pas une fatalité mais une question de choix politique. Face aux problèmes socio-sanitaires, les populations peuvent se mobiliser à travers les mouvements sociaux et les mutualités. Elles mettent ainsi sur pied, comme cela s'est passé en Belgique, un fond commun qui servira de base à un système d'assurance maladie permettant de rendre les soins médicaux accessibles au plus grand nombre.

Avec leur service de coopération internationale², les Mutualités chrétiennes jouent depuis plusieurs années déjà un rôle pionnier dans la mise en place de mutuelles de santé en Afrique et en Europe de l'Est. Il ne s'agit pas seulement d'aider à couvrir les soins de première nécessité mais aussi de collaborer avec

d'autres organisations pour soutenir des programmes de santé susceptibles de faire reculer la pauvreté. **Alda Greoli** (ANMC) est venue rappeler la chance que nous avons d'avoir pu construire en Belgique un système de santé de qualité via un pacte social.

Aujourd'hui l'enjeu pour le mouvement mutualiste est de passer les frontières en soutenant là-bas des structures qui constituent un socle de base pour une couverture universelle. On prend donc un engagement sur une longueur de temps importante mais déjà en 2011 certaines mutuelles de santé connaissent un taux d'affiliation significatif qui leur permet de peser sur le dialogue avec les prestataires et les autorités pour qu'elles prennent leurs responsabilités.

Un invité du Bangladesh : GK, la santé pour le peuple

Le Docteur **Kadir Manzur** est venu témoigner de l'action de ce centre de santé qui touche près d'un million deux cent mille personnes. Gonoshasthaya Kendra (GK) signifie en bengali 'la santé pour le peuple'. GK est une belle combinaison de mutualités, de formation d'agents médicaux et de soins de santé pour les populations et les plus pauvres. Avec près de 2.200 agents de santé qui sont majoritairement des femmes, GK couvre les villages les plus reculés du Bangladesh. Pour bénéficier des services de soins de santé de GK, le patient paie en fonction de ses revenus. Mais GK assure aussi un suivi des enfants dans les

¹ Les résultats concrets de la campagne sont diffusés sur www.solmond.be, rubrique 'Campagnes'

² Voir le site www.cooperationinternationale.mc.be

zones où il n'y a pas d'écoles et des femmes via ses programmes d'éducation et de formation, ce qui permet de soutenir l'emploi dans les zones rurales. Le soutien aux micro-crédits permet aux femmes de sortir de leur isolement et de développer des activités qui bénéficient à toute la famille. GK est également attentif à la santé des seniors et dispose de sa propre usine de médicaments génériques, nettement moins chers que les médicaments venant de l'étranger. Ainsi GK garantit l'accès aux soins à tous. GK est une organisation partenaire de Solidarité Mondiale.

Mobilisons-nous pour le changement social!

L'objectif de la campagne 'La santé pour tous' nécessite un combat quotidien, ici et partout dans le monde. Il repose sur une vision transversale de la société et du monde, où santé publique et protection sociale sont étroitement liées. Nous devons dépasser la vision marchande de la santé qui prime aujourd'hui et construire un monde où les conditions essentielles à une bonne santé soient enfin réunies. Il faut donc se mobiliser pour le changement social. Cela passe par la sensibilisation des membres des organisations sociales et par des interpellations des décideurs politiques. Dans cet esprit, la pétition de la campagne propose aux signataires trois revendications :

Outils de campagne

La boîte à outils bien costaud : outre la pétition disponible en format électronique sur www.solmond.be, un site internet est consacré à l'ensemble des supports proposés, www.protectionsociale.be. Vous y trouverez des infos sur l'expo itinérante 'La solidarité tisse la santé', des témoignages de militants de retour du Bangladesh, des fiches pédagogiques, un

cahier politique, des affiches, brochures et dépliants, un dvd reprenant les actions soutenues par Solidarité Mondiale. Le bracelet d'hôpital symbolise l'accès aux soins. Il sera également le symbole de l'engagement du public, de son soutien à la campagne. Il sera utilisé durant toute la campagne pour inciter les gens à signer la pétition.



- faire des soins de santé une priorité dans la politique belge d'aide au développement ;
- demander au niveau international de développer en coopération avec les mutualités de leur pays une politique grâce à laquelle chaque personne a accès aux soins de santé ;
- rendre les médicaments génériques accessibles et disponibles pour l'ensemble des populations.

Cette campagne nationale s'étend sur 2 ans et s'organise au sein d'une large coalition qui unit Solidarité Mondiale aux Mutualités chrétiennes et les associations proches : Jeunesse et Santé, Altéo (mouvement social de per-

sonnes malades valides et handicapées), et UCP (mouvement social des aînés). Sans oublier le CIEP, service d'éducation permanente du MOC. Les associations sœurs néerlandophones Kazou, Ziekenzorg et Okra sont également associées à cette vaste mobilisation. En somme, une campagne prometteuse qui met l'égalité de l'accès aux soins de santé à l'ordre du jour et donne une place prépondérante à l'initiative citoyenne et collective dans le combat pour la santé.

Bernard Van Tichelen, ANMC

Un Congrès pour changer le Monde

Un couple s'avance dans le grand hall de la gare centrale. Elle a la tête enfermée dans des feuilles de journal. Il la guide, hésitant. Un autre couple, trois, dix, cinquante... Tous s'arrêtent ici ou là, un peu figés. Je passais par là, je m'arrête, des gens s'arrêtent. Instant suspendu. Soudain un des aveuglés lève les bras, un autre tourne sur lui-même. Devant moi une jeune fille « enjournalée » appelle, demande qu'on la délivre. Un passant sourit, un homme détourne les yeux, un enfant s'agrippe à sa mère... La fille suffoque, chancelle, là j'y vais, j'arrache

les feuilles. Elle me prend dans ses bras. Un peu plus loin, d'autres aveuglés tombent par terre : personne n'a bougé. Et si c'était vrai ?

Osons rêver

Rassurez-vous Madame : c'était une turbulence publique, clôturant le congrès organisé par la Fédération des maisons médicales, ces 18 et 19 mars – veille d'un nouveau printemps. Un congrès pour dire tout simplement que le monde doit changer. Pour de vrai. Osons rêver : tel était le fil – rouge ! – réunis-

sant les 250 participants qui, des *Brigittines* aux *Ateliers des Tanneurs*, sont venus croiser leurs questions, leurs pratiques, leurs regards. Un congrès résolument ancré dans une vision politique de la santé, réaffirmant les valeurs qui ont fait naître le mouvement des maisons médicales dans les années 70 : solidarité, justice sociale, citoyenneté, respect de l'altérité, autonomie. Des valeurs à soutenir plus que jamais face au « modèle néolibéral qui est en place à l'heure actuelle presque partout au niveau planétaire et dont les conséquences à l'échelle mondiale sont visibles partout : alliance



Turbulence publique (photo Geoffroy Simon)

des pouvoirs politiques et économiques, inégalité croissante dans la distribution des richesses avec un transfert de richesses des populations pauvres vers les populations riches; diminution de l'accessibilité à l'enseignement, aux soins de santé, au logement, mais aussi à l'eau, à la nourriture, au travail... »¹.

Horizons multiples

Pour s'en sortir, il faut se mettre ensemble, créer des liens avec ceux qui, ailleurs, dans d'autres sphères, développent des alternatives. La fédération a ainsi invité des acteurs de la santé bien sûr, mais aussi du social, de la culture, de l'économie.

La petite Belgique, mais aussi la Guinée, le Brésil, la France, l'Espagne, le Canada, la Roumanie. Des acteurs de terrain, des institutionnels, des experts... des médecins, des infirmières, des accueillants, des travailleurs sociaux, des éducateurs, des militants, des chercheurs, des gens.

L'OMS, le Forum Social, des initiatives citoyennes.

Des vieux routiers avec leurs lendemains qui chantent, des jeunes qui cherchent sous les pavés la plage. Sous l'œil attentif de **Marco Schetgen**, représentant de **Laurette Onkelinx**, Vice-première ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

Plein de petits mondes différents qui se sont reconnus dans un désir de créer un autre

Monde. Plus juste, plus équitable, plus humain. Accueillir la diversité, c'est aussi s'ouvrir à différents langages. Les organisateurs ont proposé plusieurs dispositifs pour que les idées se croisent et rebondissent. À côté des conférences, table ronde, ateliers, un speed meeting : rencontre de quelques participants avec une personne présentant l'action alternative qu'elle mène. Debout autour d'une table de bar, les yeux dans les yeux pendant 10 minutes, et puis au suivant. Groupements d'achats communs, services d'échanges locaux, écoles alternatives, véhicules partagés, habitats groupés, institutions de microcrédit... Quels sont les points communs de ces pratiques, quels en sont les écueils, les leviers, en quoi constituent-elles un choix de société ?

■

C'est en quelque sorte le pari de ce congrès, et son espoir : attiser les initiatives locales, soutenir l'alliance des acteurs de terrain, faire remonter « vers le haut » les expériences et les revendications, trouver des leviers, nourrir des politiques résolument tournées vers l'intérêt public.

■

Après ça, ou avant je ne sais plus, vision d'un film réalisé à l'occasion du congrès : divers professionnels témoignent de la manière dont ils

ancrent leur activité dans un engagement politique. Le vendredi soir, un bar autogéré, histoire de passer à la pratique. Et un spectacle un peu « trash » – diversement accueilli, ça fait des bulles – pour dire tout ça autrement. Et puis la turbulence finale : s'élancer ensemble dans l'espace public, aller ouvrir quelque chose – on ne sait pas trop quoi mais on y va.

Réduire les inégalités

C'était un leitmotiv du Congrès. Elles ne cessent de s'aggraver : problématique majeure au niveau mondial, souligne **Denis Porignon**, de l'OMS-Genève (Département des systèmes et des politiques de santé). Pourtant des solutions existent : d'ordre organisationnel et financier, elles nécessitent avant tout un engagement politique. Et c'est possible : le Brésil, Cuba, la Thaïlande, le Chili, le Portugal, réussissent ainsi à améliorer l'état de santé de leur population. Mais la tendance dominante est tout autre, elle va vers toujours plus de commercialisation et de fragmentation des services et des soins. L'invité plaide contre cette évolution et rappelle que l'enjeu fondamental, c'est d'améliorer les conditions de vie, de lutter contre les inégalités de pouvoir, de moyens financiers, de ressources.

Au Brésil, on parle de « qualité de vie », manière de considérer d'emblée les déterminants de la santé ; cela rejoint tout à fait la vision globale qu'en ont les habitants et permet de mettre en place un système de gestion intersectorielle pour agir sur les conditions de vie, dans un cadre où la participation citoyenne prend tout son sens.

Les expériences locales peuvent-elles changer le monde ?

C'est en quelque sorte le pari de ce congrès, et son espoir : attiser les initiatives locales, soutenir l'alliance des acteurs de terrain, faire remonter « vers le haut » les expériences et les revendications, trouver des leviers, nourrir des politiques résolument tournées vers l'intérêt public.

Du bas vers le haut, et réciproquement : divers intervenants, dans l'atelier « territoires », ont expliqué comment ils tentaient de susciter ce type de mouvement. Un constat commun, c'est la difficulté du système belge, avec

¹ Charte des Maisons Médicales, 2006

ses différents niveaux de pouvoirs, ses découpages de compétences, ses différents secteurs souvent repliés sur eux-mêmes. Et un frein majeur envahissant : la pilariation. Absence de vision systémique à tous les étages. On a beaucoup parlé de co-construction, de concertation, de partenariat, de tâches d'huile : « quand quelque chose bouge sur le terrain, les élus locaux sont très vite attentifs ».

Soutenir une dialectique, pour éviter les rigidités technocratiques et bureaucratiques tout autant que les particularismes identitaires et corporatistes. Utopie, empowerment, capacitation, réformisme révolutionnaire, socialisme libertaire... Trouver d'autres mots, pour une nouvelle époque, une nouvelle génération.

Démarchandiser ?

Un autre monde, ça veut dire aussi un monde qui ne serait plus dominé par une logique productiviste. Mai 68 alors ? Bon, allez, le monde a changé, faut pas rêver ! Si on veut développer les protections sociales, il faut quand même bien produire plus !

Mais pas du tout, répond avec ferveur **Jean-Marie Harribey**, enseignant à l'Université de Bordeaux, et membre du comité scientifique d'Attac-France. Un autre monde est possible en termes économiques : la question fondamentale n'est pas de savoir comment produire toujours plus, mais bien d'opter pour une autre répartition des richesses créées par le travail. L'enjeu fondamental : diminuer la part du profit, dont seule une infime minorité bénéficie, et augmenter la part réservée aux salaires et à la protection sociale.

La santé est l'affaire de tous

Les intervenants extérieurs venaient de : L'Autre lieu « RAPA », M.F.B.R.E.R.S., SISD Liège-Huy-Waremme, OMS, Centre Louise Michel, CERES, CPAS de Charleroi, Bruxelles et Namur, Urbagora, Attac, Institut de Médecine Tropicale, Plan Cohésion Sociale Durbuy, Plate-forme santé solidarité, maison Biloba, Asbl Voitures À Plusieurs, États généraux de l'eau à Bruxelles, Barricade, Association Sages femmes, Arbre de vie, Réseau bruxellois des GASAP, CSM Le Méridien, CIRE, site Internet www.consoloisirs.be, Mouvement Psychiatrie Démocratique, FQS - Forest Quartier Santé, Groupe Santé Josaphat, SIMILES, Keine Früchte Fancy Fair...

« Démarchandiser » le monde : développer les services publics, particulièrement les services non marchands, opter pour la démocratie participative, s'écarter du productivisme : c'est la seule manière, pour cet économiste engagé, de fonder un nouveau développement qualitatif, soutenable socialement et écologiquement.

Le modèle « maison médicale »

Pas simple tout ça. D'où la nécessité, pour les acteurs de la santé, de faire des ponts, dans l'ensemble du champ social, avec les porteurs d'alternatives à un système néolibéral qui se mondialise en renforçant les inégalités.

Faire des ponts mais aussi questionner ses propres pratiques, revisiter le modèle alternatif de soins proposé par les maisons médicales en fonction des évolutions actuelles – notamment la crise de la médecine générale, la pénurie de soignants. Les participants ont ainsi pu, dans divers ateliers, travailler des problématiques spécifiques : participation, métiers de la première ligne, interdisciplinarité, modes de financement, intersectorialité mise en œuvre à l'échelle d'un territoire... Ces questions ont rebondi vers d'autres territoires, lors de la table ronde internationale où différents invités ont présenté leur manière de définir un centre de soins de santé primaires, à la recherche de critères communs traversant les frontières.

Le mot de la fin

Il n'y en a pas, bien sûr : ce congrès n'était qu'une étape printanière dans un long trajet. Le dossier préparatoire traçait déjà différentes pistes² ; gageons que le cahier spécial sur le congrès, à paraître dans le prochain numéro de *Santé conjugulée*, en ouvrira d'autres. On peut d'ores et déjà entendre plusieurs interventions en podcast sur le site de la fédération www.maisonmedicale.org, qui relatera par ailleurs les différentes avancées démarrées au congrès.

Et cela ne s'arrêtera pas là : le projet de la fédération, c'est de continuer à réfléchir, à mobiliser de multiples acteurs pour « relever la tête, résister, pour un avenir en santé ».

Marianne Prévost

2 « Je rêve d'un autre monde », Santé Conjugulée n°54, octobre 2010

RÉFLEXIONS

L'adolescence et le risque

3^e partie - Quelques perspectives d'intervention

Dans les numéros précédents (Éducation Santé 265 de mars et 266 d'avril 2011), nous avons dressé un rapide état des réflexions

sur cette période importante de transition entre l'enfance et l'âge adulte, qui a ses caractéristiques propres dans tous les

domaines, et pas seulement ceux de la santé physique et psychologique comme le voulait une lecture traditionnelle.

Dans le cadre de l'enquête HBSC¹, nous nous focalisons plus particulièrement sur les aspects problématiques de cette période, comme la gestion des risques.

Il n'existe évidemment pas un profil type du jeune adoptant des conduites à risque tout comme il n'existe pas un ensemble de facteurs permettant à coup sûr de les prédire. Ces dernières sont généralement le fruit de multiples combinaisons de facteurs (personnels, familiaux, amicaux, scolaires, sociaux, économiques, culturels, politiques, etc.) interagissant entre eux et prenant corps dans une histoire de vie en construction, dans une société véhiculant des valeurs et des normes en constante modification.

Il est aussi illusoire de penser que le risque zéro existe, qu'il est possible de le contrôler dans son intégralité. Tout au long de sa vie, le jeune sera confronté à la prise de risque alors autant le préparer à l'anticiper et l'aider à le gérer au mieux.

Partant de ces principes et du fait qu'il existe des points de convergence entre les conduites analysées dans cette étude, les quelques perspectives d'intervention présentées ici sont davantage centrées sur la prise de risque en général plutôt que sur des approches ciblées sur des produits ou des usages. Il n'en demeure pas moins que les deux perspectives sont évidemment complémentaires.

Agir sur plusieurs dimensions

Le caractère pluridimensionnel des comportements plaide en faveur de la mise en place, à différents niveaux d'actions, de diverses stratégies d'interventions (développement de compétences personnelles, implication de la communauté éducative, participation des parents, information par les pairs, régulation de la publicité relative aux psychotropes licites, réorientation des politiques de santé, dénormalisation des conduites de consommation courante, etc.).

En tant qu'intervenant auprès des jeunes, il est évidemment utopique d'imaginer pouvoir agir sur l'ensemble des déterminants favorisant l'usage de psychotropes. Il est par

contre plus réaliste d'accompagner le jeune dans son développement personnel et social, de « lui permettre de construire les compétences qui lui permettront de prendre en charge sa propre existence », de l'amener à s'émanciper à l'égard des représentations véhiculées par les médias, de lui apprendre à porter un regard critique à l'égard de ses conduites, de lui donner confiance quant à ses capacités d'action, etc. (Bantuelle et al., 2008, p.62). En accompagnant l'enfant et le jeune dans les différentes phases de ce développement, la famille et l'école exercent un rôle fondamental qu'il convient de prendre en compte lors de l'élaboration de programmes d'actions visant à prévenir les conduites à risque.

Agir sur le caractère transversal

Comme nous avons pu l'observer, chaque usage ne relève pas d'une problématique distincte. Au contraire, des points communs émergent des différents usages et abus pouvant apparaître à l'adolescence. Ces points de convergence constituent autant de points d'achoppement sur lesquels il est possible d'agir si nous voulons avoir un impact sur les conduites développées à l'adolescence. En ce qui concerne les enfants et les adolescents, les interventions centrées sur leur développement psychosocial (renforcement de l'estime de soi, gestion des situations stressantes, capacité à dépasser ses problèmes, capacité de se projeter dans l'avenir, résolution de conflit, capacité de résister à la pression des pairs, régulation de l'agressivité, dédramatisation des expériences anxigènes, etc.) permettent de réduire la consommation de psychotropes (Cuijpers et al., 2002; Botvin et al., 2006, cités par Bantuelle et al., 2008; Riggs et al., 2006, cités par Roussel et al., 2008). Évidemment, les effets de celles-ci « sont renforcés lorsqu'elles sont associées à des interventions réalisées auprès des familles, des enseignants et de l'environnement scolaire » (Webster-Stratton et al., 2001, cités par Bantuelle et al., 2008, p.65).

Sur ce point, il est bon de rappeler que les ca-

ractéristiques des expérimentateurs de tabac et d'alcool en fin de primaire (sensation fréquente de nervosité, problèmes d'intégration scolaire, etc.) sont les mêmes que celles des usagers fréquents et abusifs de psychotropes dans le secondaire. Ainsi, mener des actions sur ces déterminants dès l'enseignement primaire laisse présager une amélioration de l'efficacité des projets s'attablant à diminuer la consommation de psychotropes à l'adolescence.

Impliquer les acteurs

Il ne s'agit pas uniquement d'intervenir sur les adultes gravitant autour des adolescents mais de leur donner la capacité d'être associés et de prendre part aux actions mises en place. Ainsi, par exemple, les parents éprouvent bien souvent des difficultés à aborder avec leurs enfants le sujet des psychotropes (en raison notamment d'un déficit de connaissance, d'une connaissance formatée par les médias, de la crainte à l'égard des psychotropes, etc.) alors que la communication parents-enfants à ce sujet constitue un facteur de protection contre les abus de substances psychoactives (De Haes, 1994, Cohen, 1998, cités par Mallick, 2007; Mallick, 2007).

De même, les projets en milieu scolaire faisant appel à des intervenants extérieurs, déployant des actions ponctuelles, se basant sur un faible engagement des acteurs scolaires, « ayant peu investi dans la formation des enseignants et bénéficiant de peu de ressources de soutien, sont considérés comme peu prometteurs » (Binyet et al., 1993, Perez-Stable, 1998, cités par Bantuelle et al., 2008). Ce constat ne signifie pas qu'il faut laisser un projet aux mains d'un seul acteur dont les compétences et les ressources sont forcément limitées mais implique de tisser des liens et construire des projets avec les multiples acteurs concernés (jeunes, parents, enseignants, éducateurs, intervenants spécialisés, professionnels de santé, intervenants extra-scolaires, etc.). Cette co-construction constitue un excellent moyen de mieux tenir compte des différentes dimensions impliquées dans l'usage de psychotropes.

¹ Voir www.ulb.ac.be/esp/sipes - onglet Publications, pour télécharger les documents de l'Enquête Health Behaviour of Schoolaged Children. Vous y trouverez notamment la bibliographie complète relative à cet article.

Agir sur les compétences psychosociales, c'est également mettre en place une dynamique d'intervention encourageant la participation des bénéficiaires (lieu de parole, tutorat, réalisation d'une enquête, concours d'affiches, etc.), privilégiant « les méthodes interactives et expérientielles (jeux de rôle, mises en situation, travail pratique sur les ressentis et les émotions, etc.) » ; méthodes garantant d'une meilleure efficacité (Bantuelle et al., 2008 ; Bruvold, 1993, cité par Craplet, 2007 ; Greydanus et al., 2005, cités par Roussel et al., 2008, p.18).

Étaler les interventions dans le temps

L'adolescent n'est pas un produit fini, c'est un processus en construction, en maturation, en évolution se modifiant au gré des expériences de vie, des rencontres, du parcours scolaire, etc. Il est donc « illusoire de penser que quelques heures d'information ou de discussion peuvent avoir un impact important sur la consommation de produits psychotropes » (Piette et al., 2003, p.62). Ce type d'intervention ponctuelle donne généralement de piètres résultats alors que les interventions construites dans la durée ou, mieux encore, s'étendant sur plusieurs années procurent généralement de bons résultats (Webster-Stratton et al., 2001, Botvin et al., 2006, cités par Bantuelle et al., 2008 ; Cuijpers et al., 2002).

S'il est pertinent d'étaler les interventions sur plusieurs années, il faut aussi prendre en compte le degré d'évolution et de maturation des jeunes sur lesquels sont portées les actions, les spécificités du public ciblé et du milieu d'intervention. Ainsi, si le programme d'actions cible les enfants d'écoles primaires, il est quasi indispensable d'y impliquer les parents vu notamment l'influence parentale à cet âge du développement de l'enfant.

Étaler des interventions dans le temps, c'est aussi veiller à ce que les divers programmes d'action couvrent les différentes périodes de la vie des adolescents.

Il paraît également important de ne pas attendre l'adolescence pour mettre en place des interventions et ce, d'autant plus que la précocité des conduites à risque est un indicateur de conduites problématiques à l'âge adulte.

Prendre en compte les particularités d'usage

Afin d'être cohérent avec la réalité adolescente, il est souhaitable d'apporter des réponses appropriées à leurs pratiques de consommation. Ainsi, par exemple, nous avons vu que bon nombre d'adolescents fumeurs avaient l'intention d'arrêter de fumer mais que, dans un même temps, cette intention n'était pas nécessairement définie précisément. Cette intention est vraisemblablement associée à des moments clés de la vie du jeune mais non encore « projetable » (grossesse, vie de couple, entrée dans la vie professionnelle, etc.). Dans ces conditions, mener auprès des adolescents fumeurs, une action ponctuelle d'aide à l'arrêt tabagique risque d'avoir peu de succès alors que la mise à disposition de ressources permanentes, adaptées et accessibles aux jeunes concernant ce sujet se révèle plus en adéquation.

Nous avons également vu qu'une partie des usages réguliers et abusifs s'insèrent dans une logique sociale, dans une dynamique amicale parfois seule garante d'un bien-être psychosocial. Il paraît dès lors peu concevable de mettre en place des actions de prévention de l'usage de psychotropes sans prendre en compte l'aspect positif de cette dynamique sociale pour le jeune.

Par rapport aux évolutions relatives aux usages de psychotropes, il importe de prendre en compte qu'en début d'adolescence les consommations sont davantage exclusives et expérimentales alors qu'en fin d'adolescence, les consommations sont plus régulières et multiples. Ce constat sous-tend que les actions portant exclusivement sur un produit se révèlent de moins en moins pertinentes au fur et à mesure de l'avancée en âge des jeunes.

Concernant le genre, l'inscription de l'usage de produits psychotropes dans les logiques comportementales différentes nous interpelle sur la nécessité de prévoir des moments d'intervention séparant les adolescents des adolescentes. Ce type d'intervention séparée étant plus à même de favoriser la liberté d'expression.

Concernant les abus en milieu festif, il importe de prendre en compte que d'un côté, les usagers de psychotropes s'appuient es-

sentiellement sur les conseils de leurs pairs et sur leur expérience personnelle pour réguler leur consommation et d'un autre côté, ils se sentent habituellement peu concernés par les services d'aide spécialisés associés pour eux à l'image du toxicomane (Duprez, 2007). Dans ce milieu de vie, les actions impliquant les pairs et la réduction des risques (opération « boule-de-neige » de prévention par les pairs, mise à disposition de préservatifs, etc.) s'avèrent parfaitement pertinentes. Et ce d'autant plus que les risques principaux proviennent des comportements adoptés sous l'influence de substances psychoactives et que ce type d'usage récréatif a tendance à s'estomper avec l'entrée dans la vie adulte.

Dans les interventions relatives à l'enseignement secondaire, il paraît important de prendre en considération trois points : d'abord les profils de consommation varient entre types d'enseignement ; ensuite entre le début et la fin du secondaire, les profils socio-économiques ont tendance à s'homogénéiser entre types d'enseignement ; enfin le profil d'une classe en matière d'assuétudes n'est pas nécessairement le profil de la classe d'à côté et ce même dans une filière identique d'enseignement. Au vu du lien étroit avec la prise de risque, il importe aussi de donner une place particulière aux jeunes confrontés à des problèmes d'adaptation et de décrochage scolaires.

Dépasser les interventions centrées sur les risques

La prévention des usages de psychotropes et des conduites abusives ne s'arrête naturellement pas aux interventions ciblant spécifiquement les usages d'un ou plusieurs produits, d'un ou plusieurs comportements. En effet, les jeunes connaissant des déficits d'intégration scolaire et des problèmes d'ordre familial présentent un risque plus élevé d'adopter des conduites abusives. En outre, pour les jeunes adultes, l'intégration professionnelle et la construction d'une famille diminuent la fréquence des comportements abusifs. D'une manière générale, il apparaît que toute mesure ou action permettant d'optimiser le « métier » de parents dans son accompagnement des enfants et

dans l'émancipation des adolescents, permettant de favoriser l'intégration scolaire et socio-économique des jeunes participe d'une manière ou d'une autre à la promotion de la santé et à la prévention des usages de substances psychoactives.

De plus, encadrer des jeunes n'est pas toujours une sinécure et ce, d'autant plus, que ces 'encadrants' ne sont pas nécessairement préparés à relever les défis qui les attendent, qu'ils ne disposent pas nécessairement de ressources et de soutien pour apporter une aide à un parcours parfois chaotique, qu'ils agissent quelquefois maladroitement malgré de bonnes intentions, etc. L'adolescent se construit en interaction avec l'univers des adultes et la qualité de ce « construit » dépendra du « bien-être » des différents acteurs impliqués dans cette interaction. Prévenir les assuétudes et promouvoir la santé, c'est aussi s'assurer du bien-être des diverses composantes de l'environnement psychosocial du jeune, d'améliorer les conditions permettant aux divers encadrants (parents, professeurs,

éducateurs, professionnels de santé, etc.) de mener à bien leurs missions, leurs interventions, leurs accompagnements.

De même, aborder les conduites abusives, ce n'est pas uniquement se centrer sur les risques liés à leurs usages, c'est aussi aborder la notion de plaisir, des consommations en général, des valeurs véhiculées par la société, de la dimension sociale des comportements, de l'école, des loisirs, etc. Sur ce point, il apparaît que les approches centrées sur la peur à l'égard des adolescents et des parents s'avèrent peu recommandables (Robertson, 1996, cité par Mallick, 2007, Binyet et al., 1993, Perez-Stable, 1998, cités par Bantuelle et al., 2008). À ce sujet, il est aussi bon de rappeler que les jeunes ne raisonnent habituellement pas en termes de risque.

Ces perspectives d'intervention ne peuvent se faire sans une implication des divers secteurs œuvrant auprès des jeunes, ce qui suppose entre autres des concertations et mesures interministérielles permettant de favoriser cette rencontre intersectorielle.

Enfin, n'oublions pas que les adolescents présentent des atouts non négligeables (capacités critiques, créativité, adaptabilité, dynamisme, etc.) sur lesquels les intervenants peuvent s'appuyer pour mener à bien leur programme d'action, qu'ils sont rarement installés dans des conduites addictives même si, pour une minorité d'entre eux, les usages de psychotropes à l'adolescence sont les prémisses de comportements durables, que leurs usages présentent souvent un caractère instable et réversible.

Damien Favresse et Patrick De Smet,
Service d'information promotion
éducation santé – SIPES ULB
*Référence et origine du texte -
Favresse D., De Smet P., Tabac, alcool,
drogues et multimédias chez les jeunes
en Communauté française de Belgique.
Résultats de l'enquête HBSC 2006. Service
d'Information Promotion Éducation Santé
(SIPES), ESP-ULB, Bruxelles, 2008.*

MATÉRIEL

Gynoquid

Un jeu pour sensibiliser les femmes et une formation pour les relais

Devant le constat que le dépistage des cancers féminins est sous-pratiqué en région de Charleroi, des organismes de terrain se sont penchés sur la réalisation d'un jeu de sensibilisation destiné au public bénéficiaire et sur la conception d'une formation à l'utilisation du jeu pour les relais de terrain.

Une dizaine de femmes discutant devant un plateau de jeu où se découpe une silhouette féminine. Un seul pion, qu'il faut se partager, pour avancer de case en case. *Gynoquid*, c'est le nom de l'outil, est un jeu coopératif. On avance ensemble. On discute des réponses à des questions sur les cancers, sur les comportements protecteurs, sur les examens de dépistage ou sur la vaccination.

Des saynètes sont amenées par l'animatrice. Elles peuvent mettre en scène un médecin généraliste conseillant un examen de dépistage ou une femme réticente à pratiquer un tel examen. « *Les mises en situation sont aussi proches que possible de la réalité* » explique **Michèle Lejeune**, de Carolo Prévention Santé, cheville ouvrière du projet. « *Elles suscitent à coup sûr des réactions. Elles permettent de faire vivre les arguments pour avancer vers le dépistage.* »

4 jours

« *Le projet a été porté par une série de partenaires* », poursuit Michèle Lejeune. « *On compte parmi eux la Ville de Charleroi, via notamment l'Échevinat de la Santé et de l'Égalité des chances, le CPAS et ses Espaces citoyens,*

les Femmes Prévoyantes Socialistes, la Fondation pour l'Université Ouverte de Charleroi, Vie Féminine, le Centre Régional d'Intégration de Charleroi et le Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin. »

Pendant des mois et des mois, ces acteurs ont, avec l'aide de spécialistes en oncologie, remis leur projet sur l'ouvrage. Aujourd'hui, le jeu est là, dans une valisette en bois, à côté de sa version informatisée. Coût : 106 euros. Mais encore faut-il, pour un usage optimal de l'outil, s'être formé(e) à l'utilisation du jeu. Durée de la formation : 4 jours. « *Elle doit permettre aux relais d'acquérir une culture et un langage commun de la sensibilisation au dépistage des cancers féminins* », précise Michèle Lejeune. « *Elle a aussi pour but d'outiller à une*

démarche de communication et de sensibilisation appropriée aux différents publics féminins et à leurs contextes environnemental et socioculturel. Nous nous adressons surtout à des femmes d'origine étrangère, des femmes qui connaissent des conditions de vie parfois difficiles et qui ne font pas de leur santé une priorité. Or, la santé est importante pour atteindre les buts qu'elles se sont fixés ».

La formation alterne des exposés théoriques et des mises en situation pratiques, des travaux de groupe, des projections vidéo ainsi bien sûr que des espaces de discussion. Aujourd'hui, plus d'une vingtaine de relais Gynoquid ont été formés à Charleroi. Selon les personnes formées, le jeu constitue un bon prétexte pour parler de santé et de dépistage des cancers en

dehors de tout contexte dramatique ou négatif. Apprendre en s'amusant n'est-ce pas déjà promouvoir la santé ?

Relais-population français

On notera encore que des échanges ont lieu avec des collègues français. « Dans le Nord, précise Michèle Lejeune, l'acceptation de relais-santé est différente de celle que nous pratiquons ici, ou plus large, dans la mesure où des associations forment des relais-santé au sein même de la population. Des personnes qui dans le cadre de conversations formelles ou informelles transmettent des informations scientifiques correctes et adaptées à d'autres personnes peuvent ainsi devenir des relais-santé, dits relais-population. »

Si les approches sont distinctes, elles n'ont pas empêché les partenaires belges de conclure un échange de compétences avec le Réseau des Actions Locales de la Santé du Nord, afin que le jeu puisse aussi être utilisé dans le cadre du travail des relais-population français.

Véronique Janzyk

Des formations sont prévues en 2011, et une délocalisation est possible en Communauté française. Contact : Michèle Lejeune, Chargée de projets à Carolo Prévention Santé, Bd Zoé Drion, 1, 6000 Charleroi. Tél : 071 92 53 51. Fax : 071 92 53 52. Courriel : carolo.preventionsante@scarlet.be

Vivre ?

Un album BD collectif en prévention du suicide

Dans le cadre de ses 40 ans, le Centre de prévention du suicide vient d'éditer une bande dessinée, sobrement intitulée 'Vivre ?', dans laquelle 14 auteurs ont la possibilité de partager leur lecture de ce douloureux phénomène. Chacun d'entre eux a contribué à cette œuvre collective à partir de son vécu, de sa sensibilité, de ses émotions, afin de faire prendre conscience aux lecteurs que le suicide et sa prévention nous concernent tous.

Ce bel album, réalisé avec le concours de Dargaud Benelux, échappe à l'écueil rencontré souvent par les bandes dessinées à vocation pédagogiques, qui sont à la fois de mauvais outils et de mauvais albums...

Le corollaire, c'est que l'album ne doit pas non plus être diffusé comme n'importe quelle BD, car il pourrait alors rater son objectif de sensibilisation. Le Centre de prévention du suicide a d'ailleurs réalisé une fiche proposant quelques recommandations de diffusion.

Une exposition itinérante permettra à un large public de découvrir l'album, ses planches originales, et aussi, bien entendu, des repères pratiques en prévention du suicide. Dans chaque lieu, des rencontres, anima-



tions, conférences seront organisées, afin que les publics intéressés puissent mieux comprendre les questions posées par la prévention du suicide, et découvrir le travail des auteurs. Lors de la présentation officielle de l'ouvrage, Étienne Schröder, l'un des auteurs qui a aussi joué le rôle de lien entre ses collègues et le

Centre de prévention du suicide pendant le projet, expliquait que certains dessinateurs se sont désistés par crainte de traiter un sujet aussi sensible, mais aussi que les auteurs avaient le sentiment en travaillant sur le projet de faire plus que répondre à une commande comme une autre. Il n'en voulait pour preuve que le fait assez rare pour être souligné qu'ils ont tous respecté le délai de remise de leurs planches à l'éditeur, à la grande stupéfaction de celui-ci !

À noter aussi, le partenariat avec les mutuelles chrétienne et socialiste, qui ont permis de financer un tirage de 25.000 exemplaires, ainsi que l'appui de trois provinces wallonnes, Liège, Luxembourg et Brabant wallon. Ces partenaires contribueront à la diffusion de l'album, et proposeront aussi au cours des prochains mois diverses activités en prévention du suicide.

Christian De Bock

Centre de prévention du suicide, av. Winston Churchill 108, 1180 Bruxelles. Tél. : 02 650 08 69. Courriel : cps@preventionsuicide.be. Internet : www.preventionsuicide.be

OUTILS

Coup de grâce!

Description

Matériel

Tableau de jeu

Cartes-communauté pour chaque groupe d'âge (enfance, adolescence, âge adulte, âge d'or)

Cartes-handicap

Fiches de profil pour les joueurs

Feuilles de suivi pour le maître de jeu

Jetons de vitalité, 2 dés, 5 jetons-personnages

Guide du jeu (16p.)

Manuel de formation pour le maître de jeu (16p.)

Auteurs : Kate Rossiter et Kate Reeve

Concept

Coup de grâce! est un jeu sur les déterminants sociaux de la santé (les événements sociaux, tendances et conditions sociales qui ont un effet sur notre santé). Les participants commencent par créer des personnages qui, au hasard des coups de dé, « héritent » de caractéristiques biologiques et de circonstances sociales particulières, comme le sexe, le statut socioéconomique et la race. Ces personnages traversent ensuite des événements de la « vie ».

Les effets positifs et négatifs de ces événements sur leur santé s'illustrent par l'acquisition ou la perte de jetons de vitalité. Lorsqu'un personnage n'a plus aucun jeton de vitalité, il meurt, et est donc éliminé. Les joueurs, en équipes, s'amusent tout en étant confrontés aux choses de la vie qui constituent des défis au maintien de la santé.

Objectifs

Stimuler la discussion sur les déterminants sociaux de la santé.

Aider le joueur à développer l'empathie à l'égard des personnes marginalisées et une meilleure prise de conscience de sa propre position sociale.

Stimuler l'apprentissage, dans un environnement de jeu et de soutien.

Conseils d'utilisation

Durée d'une partie : entre 1 h 30 et 3 h

Joueurs : 1 maître de jeu, et de 3 à 20 joueurs

Âge : 14 ans et plus

Bon à savoir

Coup de grâce! a été initialement élaboré dans le cadre d'un cours sur la promotion de la santé, à l'Université de Toronto en 2004, sous le titre « The Last Straw! A Board Game on the Social Determinants of Health ». Depuis, le jeu a reçu plusieurs prix et a été traduit en français.

Où trouver l'outil

Le jeu se vend 100 dollars canadiens, taxes et frais d'expédition en sus, et peut être commandé auprès de Michael Jackel,

Fernwood Books, 20 Maud St. #303, Toronto, ON M5V 2M5, Canada.

Tél. : 416-703-3598. Fax. : 416-703-6561.

Courriel : michael@fernwoodbooks.ca

Le CLPS du Brabant wallon et le Centre de documentation de Cultures & Santé peuvent vous prêter cet outil.

L'avis de la Cellule d'experts de PIPsa (www.pipsa.be)

Appréciation globale

Voici enfin un outil novateur qui s'intéresse aux liens entre déterminants sociaux et problèmes de santé. Basé sur des études scientifiques, il illustre de manière ludique l'interaction entre les aspects individuels de la santé (sexe, race, statut socioéconomique, comportements de santé) et ses aspects collectifs (accès aux soins de santé, sécurité sociale, emploi, environnement...).

Le parcours à travers différentes étapes de la vie de personnages contrastés – mais réalistes – permet l'émergence d'un débat entre joueurs. L'aspect parfois stéréotypé des personnages ou des actions, compréhensible vu le choix du jeu comme support d'animation, sert aussi de support à la discussion et n'est pas dépourvu d'humour.

La simplicité de la mécanique ludique, l'impact des actions individuelles et collectives sur la santé des personnages, le subtil mélange entre hasard et déterminisme garde entier l'intérêt des joueurs tout au long de la partie.

Les situations et le vocabulaire sont parfois décalés par rapport au contexte européen, mais restent toutefois suffisamment concrets pour être utilisés tels quels sans problème. Cet as-



pect augmente même l'humour de la situation. Le guide d'accompagnement fournit quelques pistes pour lancer le débat, mais l'initiative personnelle et l'à-propos du « Maître de jeu » restent capitales. Celui-ci doit être à la fois expérimenté en animation et très bien informé du thème. Une recherche bibliographique francophone sera sans doute nécessaire, les références fournies avec l'outil étant presque toutes en anglais. Il devra aussi faire preuve de tact si les situations vécues par les personnages s'apparentaient trop aux réalités vécues par certains des joueurs (maltraitance familiale, alcool, cancers...).

Objectifs de l'outil

Prendre conscience de l'importance des déterminants sociaux dans la venue des problèmes de santé.

Développer de l'empathie pour les personnes marginalisées.

Par association, prendre conscience de sa propre position sociale.

Public cible

À partir de 14 ans.

Très intéressant pour des décideurs en santé publique.

Utilisation conseillée

Réserver du temps! Même si le jeu est modulable, un temps trop court ne permet pas d'atteindre les objectifs.

Enrichir la dynamique ludique pour jouer en équipes.

À adapter au contexte européen (ou écarter les cartes trop spécifiques au contexte nord-américain).

Voir aussi http://www.passeportsante.net/fr/VivreEnSante/Tests/Test_DeterminantsSante_Index.aspx (quizz en ligne sur les principaux déterminants de santé).

Usage de drogues en Communauté française

L'asbl Eurotox, partenariat entre Infor-Drogues, Modus Vivendi et Prospective Jeunesse, nous propose une synthèse de son dernier Rapport sur l'usage des drogues en Communauté française (2009). En voici la partie concernant les tendances épidémiologiques marquantes.

L'indicateur de demandes de traitement¹

L'âge moyen des patients admis en 2007 est de 34 ans. Ils sont majoritairement de sexe masculin (80 %) et d'origine belge (75 %). Parmi les 25 % de patients d'origine étrangère, 15 % proviennent de pays hors Union européenne. Une proportion importante des demandeurs est peu scolarisée (65 %) et à faibles (voire sans) revenus (16 % sans revenus, 25 % au chômage et 35 % avec revenus de remplacement)². Les patients vivent généralement seul (37 %), en couple (23 %), ou avec leur(s) parent(s) (17 %). On notera également que 15 % des patients ne possèdent pas de logement fixe.

Au niveau de la consommation, on observe que les produits les plus fréquemment à l'origine des demandes de traitements sont, par ordre d'importance, les opiacés (50 %), l'alcool (20 %), la cocaïne/crack (13 %) et le cannabis (9 %). Le mode de consommation le plus fréquemment rapporté est l'inhalation/fumette, suivi de l'absorption par voie orale. Environ 11 % des demandeurs ont déclaré avoir eu récemment recours à des comportements d'injection. Enfin, l'âge moyen de la première consommation du produit à l'origine de la demande est de 21 ans.

On notera enfin que plus de la moitié des patients ayant introduit une demande de traitement en 2007 présentent des antécédents judiciaires.

Prix des drogues en rue³

Les résultats de cette enquête nous montrent que le prix moyen du cannabis a fortement augmenté ces dernières années (en particulier en 2008), atteignant le record de 9 euros par gramme, probablement en raison de la récente diminution de l'offre. À l'inverse, on constate une diminution du prix moyen de l'héroïne (25 euros/gramme en 2008) et une stabilisation relativement généralisée du prix moyen des psycho-stimulants (cocaïne : 50 euros/gramme ; amphétamines : 9,5 euros/gramme ; ecstasy : 6 euros/gramme).

On constate également certaines différences régionales au niveau des prix pratiqués. Par exemple, certains produits sont plus chers en région liégeoise (héroïne, cocaïne et ecstasy) et d'autres moins chers en région bruxelloise (cannabis et cocaïne).

Ces fluctuations annuelles et régionales ont bien évidemment des conséquences directes sur la disponibilité des différents produits et donc sur les choix de consommation des usagers. Elles sont à mettre directement en relation avec la disponibilité (ou rareté) des produits, le degré de concurrence entre dealers (qui est proportionnel à leur nombre sur un territoire donné), mais aussi avec certaines caractéristiques du conditionnement (variation de l'écart entre le poids déclaré et le poids réel des « pacsons », degré de pureté du produit). Il est toutefois difficile à ce stade d'identifier systématiquement la (ou les) cause(s) exacte(s) des différences annuelles et régionales des prix observés à travers cette enquête.

De manière générale, on constate que le produit le plus consommé en 2007 après le tabac et l'alcool est le cannabis et ce, quel que soit le groupe spécifique envisagé. On constate

également en milieu festif⁴ que la majorité des indicateurs de consommation est en diminution progressive depuis 2004 (consommation d'au moins un produit hors tabac et alcool, consommation d'au moins un produit illégal, consommation d'au moins un produit illégal hors cannabis, consommation de stimulants). Le phénomène de polyconsommation semble également en diminution depuis 2005.

Dossier dopage

Cette année pour la deuxième fois (après l'alcool en 2005), un sujet particulier est développé dans le rapport. Cette fois, il s'agit du dopage. Ce dossier fait également l'objet d'un tiré-à-part téléchargeable via le site d'Eurotox (www.eurotox.org).

Quelle est la nature du geste dopant ? Ne le retrouve-t-on pas dans le geste banalisé d'une certaine médecine améliorative déjà présente dans le sport ? Ne le retrouve-t-on pas dans notre quotidien, toujours plus éprouvant, dans un monde si usant qu'on est bien obligé de s'aider à « tenir » ? Existe-t-il des trajectoires de soins en assuétudes qui sont passées par le sport de haut niveau ? Y a-t-il lieu d'adapter l'offre de soins à ces trajectoires ? Les gouvernements, en recherche permanente de « héros positifs », n'ont-ils pas une part de responsabilité dans la quasi « obligation de résultat » qui baigne le sport de haut niveau, notamment aux Jeux Olympiques ?

Autant de questions qui sont abordées, avec bien d'autres, dans ce nouveau « focus » qui fut passionnant à élaborer, et dont la cinquantaine de pages est impossible à résumer ici. On verra notamment, que sous le vocable « prévention du dopage » se cache surtout

¹ Il s'agit d'un des 5 indicateurs épidémiologiques créés par l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT), qui est constitué de 20 variables. Il permet d'offrir une estimation du nombre et du profil de personnes ayant fait une demande de traitement auprès d'un centre spécialisé en toxicomanies. En 2007, un total de 4435 demandes ont été enregistrées en Communauté française, dont 1185 premières demandes.

² Cette surreprésentation des demandeurs à faibles revenus et peu scolarisés est probablement due au fait que les personnes en situation d'abus ou de dépendance à une substance qui ont de meilleurs revenus ont sûrement davantage tendance à consulter et suivre un traitement dans un cabinet privé.

³ En tant que Sous-point focal belge de l'OEDT, Eurotox réalise annuellement une enquête sur le prix des drogues en rue et ce, grâce à la centralisation de données fournies par différents partenaires de première ligne chargés d'interroger 10 % des usagers rencontrés (travailleurs de rue, comptoirs d'échange de seringues, intervenants en milieu festif, etc.). En 2008, nous avons compilé des informations en provenance d'une centaine d'usagers.

⁴ Attention, il s'agit de données rapportées par les personnes qui ont eu un contact direct avec l'une des associations de réduction des risques présente lors des événements couverts, et non pas de l'ensemble des personnes présentes dans le milieu festif.

une « lutte contre le dopage » menée, comme dans la « guerre à la drogue », avec des moyens souvent dérisoires et surtout peu adaptés aux intérêts financiers colossaux en jeu dans la

sphère du sport professionnel. On s'interrogera dès lors sur la place actuelle ou future de réelles interventions de prévention, voire même de réduction des risques, dans les dis-

ciplines sportives. Avec des réponses parfois surprenantes.

Informations fournies par Eurotox

BRÈVES

Agenda internet

Vous l'aurez sans doute remarqué, depuis le début 2011, il n'y a quasi plus d'annonces d'événement dans cette rubrique. La raison : l'agenda se trouve maintenant exclusivement sur notre site www.educationsante.be. Avantage : la souplesse de mise à jour, qui est au minimum hebdomadaire alors qu'elle était mensuelle auparavant. Cela signifie aussi que lorsque vous nous envoyez une info, vous ne devez plus nous prévenir plusieurs semaines à l'avance.

Citation du mois

« À la faculté de médecine, il est communément admis que les comprimés ne sont pas systématiquement des imbéciles diplômés »

Pierre Dac

Santé publique

Bruxelles

31 mai 2011

Si la santé est une ressource et n'est pas seulement l'absence de maladie... Si, comme le montrent toutes les observations récentes, la santé est largement déterminée par les conditions sociales, éducatives, culturelles et environnementales... Alors, poser la question de la santé à Bruxelles, rencontrer les spécificités de sa population et de ses territoires, et tenter d'y apporter des améliorations durables impliquent

- d'envisager la politique de santé au-delà du système de soins;
- d'ancrer la santé dans un projet global de développement durable sur le territoire bruxellois;

- de traduire les constats de l'observation en décisions politiques et en profils d'interventions en faveur de la santé publique;
- d'évaluer l'impact déterminant des politiques sectorielles (emploi, logement, éducation, culture, action sociale, environnement, aménagement du territoire...) sur la santé globale et d'en décloisonner les compétences;
- d'organiser la subsidiarité des territoires régionaux, communaux et de quartiers;
- de favoriser la participation active de la population.

L'objectif de la journée sera de mettre ces différents éléments en tension, et donc en projet, à partir d'une certaine idée de la santé, de ses liens avec la ville et la vie sociale et environnementale qu'elle cristallise. Il s'agit de repérer les éléments d'une réponse novatrice, cohérente et transversale adaptée aux besoins de santé et aux réalités des territoires de Bruxelles.

Le Groupe de recherche en environnement et santé (Genève) et plusieurs experts étrangers contribueront à éclairer cette démarche.

Une initiative du groupe ECOLO au Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale, avec la collaboration d'Etopia, centre d'animation et de recherche en écologie politique.

Le colloque aura lieu de 9 h 30 à 16 h 30 au Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale, rue du Lombard 69, 1000 Bruxelles
Inscriptions : virginie.gerlaxhe@ecolo.be et plus d'informations : jacques.morel@ecolo.be

Tabac

La **Cour constitutionnelle** a rendu le 15 mars 2011 un arrêt supprimant l'exception temporaire à l'interdiction générale de fumer dans les établissements horeca dont bénéficiaient les cafés ne servant pas de nourriture fraîche et les casinos jusqu'en 2014 (loi du 22 décembre 2009 instaurant une réglementation générale relative à l'interdiction de fumer dans les lieux

fermés accessibles au public et à la protection des travailleurs contre la fumée de tabac).

Le tabac sera donc banni de tout le secteur horeca dès le 30 juin 2011. **Elio Di Rupo** et le **D^r Daniel Bacquelaine** en seront sûrement moins heureux que les partisans de la santé publique...

Prévention

Depuis le 1^{er} avril 2011, les patients âgés de 45 à 75 ans peuvent bénéficier d'un module de prévention chez leur médecin généraliste, s'ils disposent chez lui d'un dossier médical global (c'est le cas de plus de 2.200.000 personnes de cette tranche d'âge en Belgique).

Le *check up prévention* permet au médecin généraliste de parcourir une liste de sujets qui l'aideront à réaliser un bilan de l'état de santé du patient :

- conseils relatifs au mode de vie : alimentation, tabac, alcool, exercice physique, stress...
- évaluation du risque cardio-vasculaire global;
- examens de dépistage du cancer colorectal, du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus (pas du cancer de la prostate !);
- vaccination contre la diphtérie et le tétanos, la grippe et le pneumocoque;
- mesures biologiques de la glycémie (diabète), créatinine et protéinurie et lipides;
- évaluation des risques en matière de santé mentale (dépression).

C'est moins spectaculaire qu'un *check up* complet, mais sans doute plus pertinent...

Si le patient consulte son médecin de famille pour un problème de santé et lui demande à cette occasion le *check up prévention*, ce dernier est gratuit. S'il prend rendez-vous spécialement pour faire ce bilan de santé, cela lui coûtera après remboursement entre 1,05 € et 4,12 € pour cette consultation de longue durée.

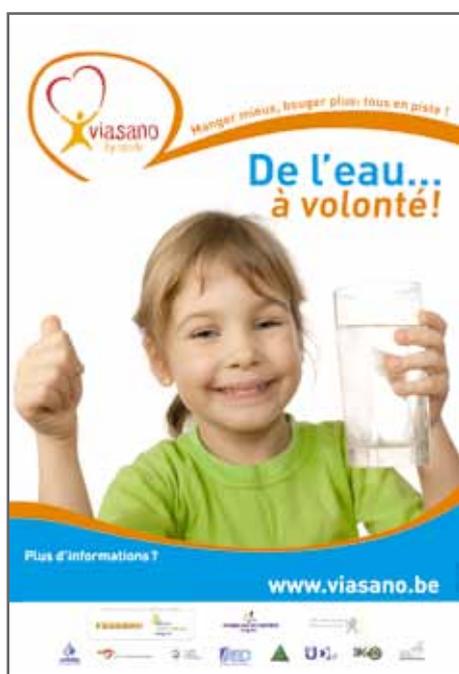
L'honoraire pour ce bilan est de 10 euros, un budget de 22 millions a été prévu en 2011 pour cette mesure.

D'après un communiqué de la Ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique, Laurette Onkelinx

Campagne

De l'eau à volonté

C'est sous ce slogan somme toute classique que *Viasano*¹ décline sa nouvelle campagne qui vise à inciter les acteurs des villes et communes à créer un environnement facilitant l'accès à l'eau. Ce message sympathique se décline en affiche et brochure, fiches d'action, fiches de recettes de limonades 'maison' peu sucrées... Les responsables de *Viasano* ont aussi pris soin de former les pilotes du programme dans les villes et communes partenaires (actuellement Jette, Marche-en-Famenne, Hasselt, Aarschot, Huldenberg, Woluwe-Saint-Pierre et Mouscron).



Il s'agit de sensibiliser le public à boire davantage d'eau et à bien gérer la consommation des boissons sucrées. Concernant ces dernières, *Viasano* ne tient pas à en stigmatiser l'usage, en particulier par les enfants, ce qui se défend sur le plan stratégique (les interdits 'éducatifs' ne mènent en général nulle part), et ne déplaira sans doute pas à *Orangina-Schweppes Belgium*², un des partenaires privés de *Viasano*... On aurait aimé aussi une valorisation un peu plus affirmée de l'eau de distribution par rapport aux eaux en bouteille, dont le prix et l'empreinte écologique sont sans comparaison avec ceux de l'eau du robinet. Dans notre pays, nous avons ce

rare privilège d'un accès instantané à une eau de grande qualité et bon marché, cela aurait pu être l'occasion de le rappeler plus nettement...

Les hasards de l'actualité veulent que la Fédération Royale de l'Industrie des Eaux et des Boissons rafraîchissantes asbl mène campagne sur le même thème au même moment (www.waterisgoodforyou.be). Évidemment, il ne faut pas attendre de cet acteur de poids de l'industrie alimentaire (5,2% du personnel et 4,6% du chiffre d'affaires en 2008), une promotion quelconque de l'eau du robinet!

Pour en savoir plus : www.viasano.be

Ressources

Un nouveau catalogue d'outils pédagogiques

Fort du succès de la 2^e édition de son catalogue des outils en promotion santé, l'asbl Centre de documentation santé Bruxelles, en collaboration avec le CLPS de Bruxelles, publie un nouveau catalogue d'outils et de supports en 2011. Cette troisième édition est d'ores et déjà disponible en version numérique téléchargeable à l'adresse www.rbdsante.be/catalogue-web.pdf, et le sera bientôt aussi en version papier.

Le catalogue poursuit trois objectifs :

- recommander des outils pédagogiques et des supports d'information fiables ;
- faciliter la recherche de matériel pédagogique en proposant une sélection d'outils sur des critères précis ;
- permettre aux professionnels d'emprunter ces outils soit pour les découvrir avant d'en faire l'acquisition, soit pour animer une séance de travail autour de la promotion de la santé.

Il regroupe plus de 100 outils, principalement des affiches, des dépliants, des brochures, des livres, mais aussi des cédéroms, des kits pédagogiques, des DVD, des jeux... Les thèmes sont aussi divers que l'alimentation, l'alcool, le sida, la drogue, le mal de dos, la pédiculose, l'hygiène bucco-dentaire, le stress... Chaque outil fait l'objet d'une description par rapport à son éditeur, son contenu, la date de création, le public prioritaire, les objectifs pédagogiques recherchés... et des conseils d'utilisation.

Une production du Centre de documentation santé Bruxelles, rue Jourdan 151, 1060 Bruxelles.
Tél. : 02 636 66 81. Courriel : clps.doc@swing.be.

Publications

Bruxelles Santé INFO

L'asbl Question Santé, soutenue par le Ministre **Benoît Cerexhe**, sort une nouvelle publication : *Bruxelles Santé INFO*, supplément d'information au trimestriel *Bruxelles Santé*.

De nombreux Bruxellois cumulent diverses problématiques : troubles de santé, ressources réduites, isolement social... De manière générale, on constate, notamment auprès des publics précarisés, un déficit de connaissances et de recours vis-à-vis des dispositifs ou possibilités existantes.

Bruxelles Santé INFO vise à favoriser l'accès aux soins, le recours aux aides disponibles et aux offres de soutien proposées par les pouvoirs publics, à faire connaître des réalisations, projets ou initiatives bruxelloises dans ce domaine et à faire connaître des activités ou infrastructures favorisant des styles de vie favorables à la santé. Le premier numéro de *Bruxelles Santé INFO* est consacré au statut Omnio ainsi qu'aux services d'aide à domicile et à La Promenade Verte.

Un site internet est également lancé pour l'occasion : www.bruxellessante.org. Il offre la possibilité de télécharger, sur base d'une simple recherche de mots clés, les archives de *Bruxelles Santé* et de parcourir les divers numéros du *Bruxelles Santé INFO*. *Bruxelles Santé INFO* est une initiative de l'asbl Question Santé avec le soutien de la Commission communautaire française.

Santé en Communauté française

Le dernier numéro de 'Santé en Communauté française', la publication semestrielle de la DG Santé, est essentiellement consacré à un large tour d'horizon du programme de dépistage du cancer colorectal, deux ans après son démarrage. *Éducation Santé* reviendra à son tour sur ce sujet très prochainement.

Vous y trouverez aussi un texte consacré à la table ronde du 22 octobre 2010 sur la prévention du suicide chez les jeunes.

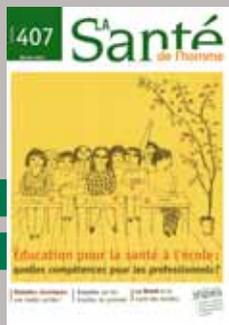
Disponible à la DG Santé du Ministère de la Communauté française,

Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles. Tél. : 02 413 26 01.

Fax : 02 413 26 13. Également téléchargeable sur le site www.sante.cfwb.be.

¹ Voir le numéro 262 d'*Éducation Santé*, page 23.

² Filiale de Suntory, groupe japonais réputé pour la qualité de ses whiskies.



La santé à l'école

« Permettre aux élèves de se prendre en charge de manière plus autonome, y compris pour leur santé », entretien avec *Didier Jourdan*
 « Instaurer un parcours de santé de la 6^e à la 3^e », entretien avec *Pascal Touzanne*

Dossier. Éducation pour la santé à l'école : quelles compétences pour les professionnels ?

Introduction, *Sandrine Broussouloux, Dominique Berger, Nathalie Houzelle*

Quand l'École parle de compétences en matière d'éducation à la santé, *Jean-Louis Michard*

Le socle commun des connaissances et compétences : fondements réglementaires et étapes historiques, *Jean-Louis Michard*
 L'éducation pour la santé requiert des compétences spécifiques pour les enseignants, *Dominique Berger, Sandrine Broussouloux, Nathalie Houzelle*

Les enseignants, entre quotidien et compétences en éducation pour la santé, *Frank Pizon, Didier Jourdan, Carine Simar, Soraya Rommel, Virginie Monney*
 Contre le mal-être, des débats-philo au collège, *Bernadette Aubry, Valérie Amar*

Les compétences des infirmiers scolaires au service de l'éducation pour la santé, *Mabrouk Nekaa*
 Montpellier : les assistants formés à la nutrition dans les écoles maternelles, *Jean-Christophe Azorin*
 Promouvoir la santé en milieu scolaire : les compétences des associations spécialisées, *Christine Ferron, Valérie Lemonnier*
 Intervenants municipaux : un lien Ville-École pour promouvoir la santé des jeunes, *Luc Ginot, Bobeker Brahimi*

Pour en savoir plus
Olivier Delmer

Rubriques

Qualité de vie

« Confrontés à des risques multiples, les personnes font des arbitrages », entretien avec *Jean-Paul Moati*

Éducation du patient

« Les maladies chroniques sont une réalité cachée », entretien avec *Leïla Loste*

Étude

Les facteurs associés aux troubles du sommeil : l'apport de l'enquête EVS, *François Beck, Laura March, Romain Guignard, Catherine Cavalin, Florence Maillouhon, Damien Léger*

Aide à l'action

Promotion de la santé : un guide pour améliorer la qualité des actions, *Emmanuelle Hamel, Gaëlle Calvez, Linda Cambon, Jean-Marie Le Gall*
 Champagne-Ardenne : 400 professionnels formés à la prévention de l'alcoolisme, *Patrick Roua*

International

Au Brésil, la promotion de la santé s'organise à l'échelle locale, *Carolina Belomo de Souza, Ubirajara José Picanço de Miranda Junior*
 Profil de la grossesse précoce au Brésil, *Marilucia Rocha de Almeida Picanço*

Cinésanté

Precious. Drames et résilience, *Anne Vervier*

Lectures

Céline Deroche

Depuis janvier 2010 (n° 405) tout nouveau numéro publié est intégralement accessible sur Internet, à partir du site de l'Inpes : www.inpes.sante.fr

SOMMAIRE

Initiatives

Les infirmières de rue : du côté de la vie, par *Marianne Prévost* 2

Des cellules bien-être à l'école, par *Christian De Bock* 6

La santé, un droit pour tous, par *Bernard Van Tichelen* 8

Un congrès pour changer le Monde, par *Marianne Prévost* 9

Réflexions

L'adolescence et le risque, 3^e partie – Quelques perspectives d'intervention, par *Damien Favresse et Patrick De Smet* 11

Matériel

Gynoquid, un jeu pour sensibiliser les femmes et une formation pour les relais, par *Véronique Janzyk* 14

Vivre ? Une BD collective en prévention du suicide, par *Christian De Bock* 15

Outils

Coup de grâce !, un jeu sur les déterminants de santé 16

Lu pour vous

Usage de drogues en Communauté française 17

Brèves

18

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

Abonnement : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

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

Ont collaboré à ce numéro : Patrick De Smet, Damien Favresse, Véronique Janzyk, Marianne Prévost, Bernard Van Tichelen.

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

Documentation : Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaege@mc.be).

Site internet : Jacques Henkinbrant (design), Maryse Van Audenhaege (animation).

Contact abonnés : Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaege@mc.be).

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Colette Barbier, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Cristine Deliens, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Roger Lonfils, Marie-Noëlle Paris, Karin Rondia,

Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Comité opérationnel : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Carole Feulien, Jacques Henkinbrant, Tatiana Pereira, Thierry Poucet, Maryse Van Audenhaege.

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

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Impaprint.

Tirage : 1.800 exemplaires.

Diffusion : 1.650 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 l'auteur et de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires :

Éducation Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Tél. : 02-246 48 51. Fax : 02-246 49 88 (indiquer ANMC-Éducation Santé comme destinataire).

Internet : www.educationsante.be.

Courriel : education.sante@mc.be.

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse : www.pipsa.org

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – www.arsc.be

Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be (sous réserve d'acceptation des auteurs).

Notre site est certifié HON (Health on the Net – 05/2010).

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

Imprimé sur papier blanchi sans chlore – Emballage recyclable.



La revue Education Santé est réalisée avec l'aide du Ministère de la Communauté française de Belgique Département de la Santé.