

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé – www.educationsante.be
N° 392 / OCTOBRE 2022



PB-PP
BELGIE(N)-BELGIQUE



Santé mentale:
la parole aux jeunes

Sommaire



3

RÉFLEXIONS

Santé mentale :

la parole aux jeunes



14

OUTILS

Mallette PLANETE



7

INITIATIVES

FABSS : femmes

actrices de leur bien-être et de leur santé sexuelle

www.educationsante.be

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



Retrouvez-nous aussi sur :

www.facebook.com/revueeducationsante



10

INITIATIVES

Lever de rideau sur le burn-out

Le choix d'utiliser l'écriture inclusive est laissé à l'appréciation de chaque auteur·e. Pour une question d'accessibilité et de confort de lecture, l'usage du masculin peut être choisi pour évoquer les personnes, quel que soit leur genre et dans le respect de chacun·e.

MENSUEL (11 numéros par an, ne paraît pas en août). **ABONNEMENT** : gratuit pour la Belgique. Pour l'étranger, nous contacter. **RÉALISATION ET DIFFUSION** : Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS. **ONT COLLABORÉ CE MOIS-CI** : Julie Luong, Grâce Ntunzwenimana, Émilie Gérard, Pauline Gillard, Outilthèque PIPSA. **RÉDACTRICE EN CHEF** : France Gerard (education.sante@mc.be). **ÉQUIPE** : Rajae Serrokh, Maryse Van Audenhaege, Juliette Vanderveken. **CONTACT ABONNÉS** : education.sante@mc.be. **COMITÉ STRATÉGIQUE** : Martine Bantuelle, Emmanuelle Caspers, Martin de Duve, Christel Depierreux, Dominique Doumont, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Marie Lefebvre, Denis Mannaerts, Daphné Scheppers, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Chantal Vandoorne. **COMITÉ OPÉRATIONNEL** : Pierre Baldewyns, Nathalie Cobbaut, Dominique Doumont, Anne-Sophie Poncelet, Juliette Vanderveken. **ÉDITEUR RESPONSABLE** : Alexandre Verhamme, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **MISE EN PAGE** : Émerance Cauchie. **ISSN** : 0776 - 2623. Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord de la revue et moyennant mention de la source. **POUR TOUS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET** : www.educationsante.be. **COURRIEL** : education.sante@mc.be. Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé : www.pipsa.be. Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be. Notre site adhère à la plate-forme www.promosante.net. Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt : Bruxelles X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrément : P401139. Crédit photos : AdobeStock.

Santé mentale : la parole aux jeunes

RÉFLEXIONS

Le *Rapport des enfants et des jeunes concernés par la santé mentale en Belgique* de l'UNICEF montre qu'un grand nombre d'enfants hospitalisés en pédopsychiatrie ont d'abord cherché de l'aide dans leur milieu de vie mais ne l'ont pas toujours trouvée. Dans un contexte post-covid où la santé mentale des jeunes est plus que jamais fragilisée, une sensibilisation des professionnels de la santé et de l'éducation à cette question semble indispensable. Écouter les enfants, entendre leur souffrance, les orienter : beaucoup reste à faire en matière de prévention.

► JULIE LUONG

Dans des sociétés de la performance portées par un désir d'invulnérabilité, la santé mentale demeure un tabou majeur. Cela est d'autant plus vrai s'agissant des enfants, que l'on se plaît parfois à percevoir comme imperméables à la souffrance psychique. Pourtant, les chiffres sont sans appel : selon les dernières estimations de l'UNICEF, plus de 16,3 % des jeunes âgés de 10 à 19 ans en Belgique sont atteints d'un trouble mental diagnostiqué selon les termes de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé. Une réalité mal connue, difficile, inconfortable qui amène certains d'entre eux à voir s'interrompre le cours normal de leur vie pour un séjour à l'hôpital, lorsque les envies suicidaires, les troubles du spectre autistique ou les angoisses deviennent envahissants. Nul besoin de préciser qu'il faut ajouter à ce pourcentage les enfants qui n'ont pas été diagnostiqués, sans même parler de l'augmentation inévitable des troubles de santé mentale dans un contexte post-covid qui a brutalement bouleversé le quotidien des plus jeunes, favoriser l'isolement et l'exposition à des informations anxiogènes. « 54,8 % des enfants diagnostiqués sont touchés par des troubles anxieux », précise Maud Dominicy, auteure de l'étude et Advocacy Manager à UNICEF Belgique. « Et on ne parle pas seulement des adolescents, il y a aussi des petits, ce n'est pas une

question de 'crise d'adolescence'. » Les facteurs de risque pour la santé mentale que sont la violence et la pauvreté ont eux aussi été favorisés par la pandémie et les confinements successifs. Les facteurs protecteurs que sont une famille élargie soutenant, l'école et les loisirs ont été quant à eux moins présents. Le sujet est donc brûlant et mérite toute l'attention de la société et des pouvoirs publics.

Formuler des recommandations

En Belgique, selon le Guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents, élaboré dans le



cadre de la réforme des soins en santé mentale, « *chaque enfant ou adolescent a droit à des soins en santé mentale à la mesure de ses besoins en termes d'accessibilité, d'implication, d'approche positive, d'expertise, de qualité et de continuité. L'efficacité et l'impact sur l'enfant et l'adolescent sont toujours pris en considération lors du choix des soins, qui sont de préférence offerts dans le milieu de vie et d'apprentissage.* » L'UNICEF a voulu savoir ce qu'il en était dans les faits, sur le terrain, grâce à un travail de plus de deux ans mené auprès de 150 enfants et adolescents entre 6 et 17 ans hospitalisés en unités pédopsychiatriques de jour ou résidentielles. Une démarche qui s'inscrit dans le projet « What Do You Think? » (Qu'en penses-tu?), coordonné par UNICEF Belgique depuis 1999. « *À chaque fois, nous sommes allés vers des jeunes en situation de vulnérabilité afin de mener des projets participatifs pendant des périodes de deux à trois ans,* précise Maud Dominicy.



Des enfants porteurs d'un handicap, touchés par la pauvreté, hospitalisés, en IPPJ, migrants et réfugiés... Tous ceux qu'on entend peu dans les structures participatives et dans le débat public en général. » Les avis des enfants ont été recueillis dans le cadre de débats en groupe, organisés en collaboration avec le personnel soignant et selon différentes modalités ludiques ou créatives (atelier peinture, chanson...): il a été demandé aux jeunes de dégager des priorités, ce qui a permis de faire émerger une vision collective qui frappe par son ambition, son sens pratique et sa justesse. « *C'est très bien d'avoir un cadre légal qui vise à axer les pratiques autour des besoins de l'enfant dans son milieu de vie, mais notre souci était de voir ce qu'il en était dans la pratique tout en remettant les enfants au centre: en tant qu'adultes, nous avons des tas d'idées sur ce qu'il faudrait faire mais, avec ce projet, nous voulions donner la parole aux principaux intéressés.* » Les paroles recueillies, fortes et touchantes, donnent vie à ce rapport. Ici, c'est un garçon de 10 ans qui décrit le service de santé mentale de ses rêves comme une tente accrochée dans un arbre; là, une jeune fille de 16 ans qui dit avoir découvert à l'hôpital qu'elle pouvait se faire des amis malgré ses « petites folies »...

Faire entendre sa voix

« *Notre objectif est vraiment de pouvoir relayer leur parole au plus haut niveau,* précise Maud Dominicy, *auprès du Comité des droits de l'enfant des Nations unies, un organe qui surveille au niveau mondial la mise en œuvre de la Convention des droits de l'enfant, y compris en Belgique, et qui remet lui-même des recommandations à l'État belge. Un tel rapport a donc un impact direct au niveau des politiques en Belgique mais pas seulement sur les ministres en charge de la santé. On relaie à tous les niveaux, car la prévention a lieu dans la famille, les quartiers, les lieux de loisir et surtout à l'école, donc on s'adresse à tous les niveaux de pouvoir.* » Le premier message de ces jeunes semble évident, mais mérite d'être rappelé: ils demandent à être considérés d'abord comme des enfants, avec les mêmes envies que n'importe quel enfant et pas comme des patients, qu'on ne leur colle pas des étiquettes, qu'on ne les réduise pas à une identité psychiatrique. Trois recommandations principales se dégagent ensuite de ce rapport. La première concerne la participation: les enfants et les jeunes font part de leur souhait d'être impliqués dans toutes les décisions qui les concernent dans la société. Ils souhaitent qu'on les prenne davantage en considération et que les adultes cessent de discuter exclusivement entre eux, en particulier en ce qui concerne leur santé mentale. Car comme le prouve ce rapport, ils ont une voix à faire entendre, une expertise collective à valoriser.

Trouver une oreille attentive

Le deuxième grand volet de recommandations concerne la prévention. « *Ils veulent beaucoup plus de services de*



proximité au niveau de l'aide et de la prévention, commente Maud Dominicy. *Ils aimeraient connaître les lieux qui existent dans leur quartier où ils peuvent obtenir de l'aide de qualité, gratuite, car bien souvent, ils ne savent pas vers qui se tourner.* » Les jeunes évoquent aussi largement le tabou lié à la santé mentale, leur sentiment de ne pas pouvoir vraiment exprimer un malaise. *« Beaucoup pensent que s'ils avaient seulement pu déposer une parole, ils ne seraient pas aujourd'hui hospitalisés, poursuit Maud Dominicy. Beaucoup ont cherché de l'aide mais ne l'ont pas trouvée. D'autres n'ont pas été entendus par les premières lignes à qui ils se sont adressés, médecins généralistes, psychologues ou enseignants. Ceux-ci n'ont pas pu apporter de réponse ou leur ont simplement conseillé de 'mordre sur leur chique', ce qui est assez interpellant... »* Des enfants évoquent aussi le besoin d'un soutien apporté à leur famille, qu'il soit social, émotionnel et économique. *« Certains ont aussi pointé les questions de violence domestique et rappelé les politiques à leur devoir d'un cadre légal contre la violence domestique à l'égard des enfants, qui n'existe toujours pas en Belgique. »* Tous estiment que la sensibilisation aux problèmes de santé mentale devrait avoir lieu à l'école. *« Ils donnent l'exemple de la visite médicale où la santé mentale n'est jamais abordée. De même, aller aux PMS reste stigmatisant: ils suggèrent donc que tout le monde devrait peut-être y aller afin que chacun soit sur un pied d'égalité... »* Si l'école peut générer des problèmes de santé mentale (rapports de pouvoir, harcèlement scolaire, pression à la réussite...), on sait qu'elle est surtout un lieu de résilience et un facteur de protection pour les enfants qui rencontrent des difficultés psychiques. C'est pourquoi elle apparaît dans ce rapport comme le lieu où les enfants en souffrance pourraient/de devraient trouver de l'aide. *« Tous disent que l'hôpital doit être le dernier recours et tous font le lien entre le fait de ne pas avoir été aidé dans leur famille, quartier, école et leur situation actuelle », insiste Maud Dominicy. Une aide de première ligne que la réforme des soins en santé mentale pour les enfants et adolescents serait censée garantir... « Imaginez des enfants de 6 ans qui doivent rester parfois plusieurs mois dans une structure institutionnelle, privés de communiquer, de leur routine, de leurs parents, etc. L'admission en psychiatrie est toujours un arrachement. »* Qui pourrait être évité dans bien des cas.

Plus de jeu, moins de cloisons

Le troisième volet des recommandations concerne le souhait d'une prise en charge adaptée. Globalement, le rapport montre que les enfants sont déjà extrêmement reconnaissants de la prise en charge qu'ils reçoivent dans les services de pédopsychiatrie. *« C'est un point très positif car je pense que si l'on avait fait enquête il y a 10 ou 15 ans, on n'aurait pas eu les mêmes résultats, estime Maud Dominicy. En 2008, nous avons interrogé une cinquantaine d'enfants hospitalisés et nous avons été choqués de la situation des droits de l'enfant dans ces structures,*

GSM, Wifi... un hôpital déconnecté ?

Le téléphone portable est au cœur de nos vies et plus encore au cœur de celles des adolescents. Même si l'on peut déplorer l'addiction qu'il génère chez certains, il est aussi devenu un outil de socialisation incontournable, qui permet à la fois de communiquer avec ses amis, de savoir ce qui se passe dans le monde, d'accéder à de la musique, à des séries, à des vidéos, etc. Au sein des unités pédopsychiatriques, son utilisation est régulée, une privation souvent mal vécue par les jeunes. *« Dans certains établissements, la durée d'utilisation du GSM augmente en fonction des progrès thérapeutiques du jeune. Ces restrictions leur font bien sentir la particularité de leur situation »,* explique le rapport UNICEF. *« On ne peut joindre les autres qu'en soirée. Ce n'est pas pareil que la vie réelle »,* commente un jeune. Dans les groupes de discussions, *« on doit parfois attendre longtemps pour répondre aux messages des autres. On doit alors expliquer comment ça se fait. C'est difficile. »*

Plusieurs ados reconnaissent aussi l'ambiguïté du lien avec le GSM. *« Un GSM peut inciter des personnes mal intentionnées à vous appeler pour sortir d'ici, explique un garçon de 14 ans. Je ne pense pas qu'on doit autoriser si facilement le GSM dans la chambre. Seulement pour les personnes qui ont atteint une certaine étape. Pour que ça soit motivant. »* Au-delà du GSM, c'est l'accès au Wifi (tablettes, PC...) qui est souhaité par de nombreux jeunes. Pour certains, un accès accru à la « connexion » faciliterait grandement leur coopération au travail thérapeutique. *« Tout le monde serait plus coopératif si on avait cette motivation. Tout le monde serait plus heureux. Si nous n'avons aucune motivation, pourquoi devrions-nous coopérer ? »*

mais depuis, le cadre a évolué au niveau légal, une réforme a eu lieu, un travail de plaidoyer, et aujourd'hui on observe une grande reconnaissance de la part des enfants, même s'ils rapportent aussi quelques cas problématiques avec tel ou tel soignant. »

Parmi les très jeunes patients, beaucoup pointent le fait qu'ils ne comprennent tout simplement pas les questions qu'on leur pose en thérapie, qu'ils sont mal à l'aise avec l'expression par la parole peu adaptée à leur âge ou à leur problématique. Ils suggèrent des thérapies plus multiples et pourquoi pas plus ludiques... *« Ils adorent tous jouer et disent tous qu'ils sont sous pression, que le temps de jeu n'est pas suffisant, pointe Maud Dominicy. Par rapport aux*



crises que nous traversons, le jeu est d'ailleurs clairement un facteur de protection : dans les crises humanitaires, la première chose qu'on fait est de remettre les enfants en jeu et à l'école car ce sont les premiers facteurs de résilience en termes de santé mentale, même quand le traumatisme est très fort, par exemple en situation de guerre et/ou dans le cas de la perte d'un proche. » Tous disent par ailleurs adorer l'école à l'hôpital... mais aimeraient que l'école ressemble aussi à ça à l'extérieur ! Ils pointent aussi le peu de communication avec l'école d'origine qui favorise les situations de décrochage et complique le retour à la vie « normale ».

Tous les propos recueillis convergent en somme dans le sens d'un décloisonnement : qu'on autorise plus de contacts avec l'extérieur, qu'on cesse de ranger les individus dans des cases, dans des rôles, de séparer l'esprit et le corps, l'élève de l'enfant... Dans le sens, tout simplement, d'une plus grande ouverture et d'une plus grande disponibilité. « Quand on voit qu'un enfant ne va pas bien, il faut pouvoir être là au moins dix minutes avec suffisamment d'empathie... N'oublions pas que beaucoup d'enfants sont directement concernés mais n'oublions pas non plus qu'un enfant sur 4 vit avec un parent qui a un trouble de santé mentale, ce qui peut avoir des répercussions sur sa santé mentale à lui, rappelle Maud Dominicy. Pour que les enfants aillent bien, il faut aussi que les adultes puissent être aidés. » Une prévention qui passe en premier lieu par l'écoute et l'attention à l'autre, qu'on soit professionnel de la santé, de l'éducation ou simple citoyen.

Hôpital animaux admis ?

Qu'il s'agisse du cheval, du dauphin, du chien, le lien avec l'animal est utilisé depuis longtemps comme support à la thérapie. Mais paradoxalement, les enfants hospitalisés doivent vivre l'épreuve d'être séparé de leur animal de compagnie. Dans ce rapport, beaucoup d'enfants évoquent le crève-cœur que cela représente car l'animal leur apporte au quotidien une douceur et un réconfort physique qui leur permettent de mieux affronter leurs angoisses. « Les animaux me calment quand c'est difficile pour moi, et les animaux se calment aussi quand je suis calme. Les animaux connaissent bien les sentiments. Je caresse les animaux et ils sont calmes », explique un jeune garçon. Nombre d'enfants réclament que les hôpitaux autorisent la présence de ces animaux avec qui ils ont développé un lien de confiance et d'affection privilégié. Ils imaginent aussi une sorte de droit de visite pour les animaux de compagnie. Tous disent qu'un animal dans le groupe de vie « rendrait tout le monde heureux ».

« Rapport des enfants et des jeunes concernés par la santé mentale en Belgique », Rapport « What Do You Think? », UNICEF Belgique, 2022.

Télécharger le rapport : <https://www.unicef.be/fr/projet-what-do-you-think-sante-mentale>

FABSS:

femmes actrices de leur bien-être et de leur santé sexuelle

En 2022, la Plateforme Prévention Sida a lancé un nouveau projet participatif dans le but d'améliorer la santé sexuelle des femmes afro-latino-caribéennes en Belgique francophone. Ce projet est le résultat de constats récurrents concernant l'irrégularité de la fréquentation des lieux et des services de santé sexuelle (planning familiaux, associations de prévention...) par les femmes afro-latino-caribéennes. Les acteurs de terrain constatent également une certaine difficulté dans le fait d'aborder la sexualité avec ces femmes. Ce projet s'inscrit dans une volonté de tenir compte des violences de genre dont elles sont victimes dans la prise en charge de leur santé sexuelle. ⁽¹⁾

INITIATIVES

► **GRÂCE NTUNZWENIMANA ET ÉMILIE GÉRARD**, Plateforme Prévention Sida

Avec ce projet nous avons voulu renverser la question fréquemment posée à savoir: « Pourquoi les femmes afro-latino-caribéennes ne fréquentent-elles pas les lieux de prévention et de promotion de la santé sexuelle? », et nous interroger sur ce dont les femmes ont réellement besoin (en termes de lieux, de ressources, de personnes de contact, de sujets à aborder...) pour prendre soin de leur santé sexuelle.

Ce projet, initié par la Plateforme Prévention Sida, est participatif et regroupe un ensemble de partenaires actifs auprès des femmes afro-latino-caribéennes, d'associations communautaires et de femmes "relais" issues du public concerné: Culture et Santé, Free Clinic, Entr'Aide des Marolles, Gams, Siempre, Woman Now, GFAIA, Croix Rouge (centre Jette), Muso Yiriwaton, Collectif des femmes sans papier, Mandela.





Où sont les femmes migrantes ?

Les femmes représentent plus de la moitié des personnes qui migrent ⁽²⁾, pourtant elles sont peu représentées parmi les personnes qui ont accès aux services de santé sexuelle. En effet, il n'est pas rare d'entendre les professionnel·les de la santé et de la promotion de la santé évoquer leurs difficultés à aborder les questions relatives à la santé sexuelle avec les femmes migrantes. Pour certain·es, s'ajoute aussi la difficulté de les mobiliser autour de ces questions ou encore le fait qu'elles ne se déplacent pas en consultation. Par exemple, lors de nos actions de dépistage, nous recevons une majorité d'hommes. En effet, pour l'année 2021, nous avons dépisté 274 hommes pour 159 femmes. ⁽³⁾

Cependant, lors de certaines de nos activités, nous avons déjà pu constater une demande de la part des femmes d'avoir un meilleur accès à l'information. Nous constatons aussi une grande réceptivité de leur part lorsque des actions de prévention à leur intention leur sont proposées.

Au sein du projet FABSS, nous avons donc souhaité questionner cette invisibilité des femmes afro-latino-caribéennes et en comprendre les mécanismes afin de dépasser les arguments, souvent entendus, de type « les femmes migrantes ne sont pas intéressées par la santé sexuelle » ou encore « elles ne veulent pas en parler ».

Les objectifs du projet FABSS

Le projet consiste à réaliser une recherche-action auprès et avec des femmes afro-latino-caribéennes en leur donnant la parole afin de déterminer ce qui correspond

le mieux à leurs besoins et attentes en termes de services de prévention et d'accompagnement de la santé sexuelle (en termes de lieu, d'action, de personnes ressources et d'accueil...). L'objectif final étant de définir avec les femmes des recommandations dans ce domaine qui tiennent compte de leurs besoins. Le projet a pour objectif de favoriser l'*empowerment* des femmes impliquées dans le projet, et plus largement, de toutes les femmes. Les attentes et besoins des groupes cibles sont pris en compte dès le début du projet pour assurer l'adéquation entre les besoins et les réalisations, communications comprises. Nous avons également souhaité, par l'intermédiaire de ce projet, offrir une visibilité et une reconnaissance au travail fourni par les associations communautaires auprès des femmes afro-latino-caribéennes.

La participation au cœur du projet

Dès le départ, nous avons souhaité placer la participation active du public cible au cœur de nos réflexions sur la mise en place du projet. Nous souhaitons en effet faire participer ce public au maximum et le plus rapidement possible dans le processus. La participation des publics a été envisagée afin d'atteindre deux objectifs : d'un côté, augmenter l'adéquation entre les besoins réels du public et les réponses mises en place ; et de l'autre, favoriser l'*empowerment* des participantes en leur offrant une expérience transformatrice qui leur permette d'acquérir des compétences utiles pour prendre en charge leur santé sexuelle et celle de leur(s) communauté(s).

Bien qu'il s'agisse d'une « participation invitée » ⁽⁴⁾ puisque la Plateforme Prévention Sida est à la base de la créa-

tion du projet, nous avons voulu laisser la place aux participantes pour donner leur avis sur les étapes à mettre en place et la façon de les réaliser. Nous pouvons donc parler d'une « participation-action » telle que définie par Charbonnier ⁽⁵⁾, dans le sens où le public a pu s'exprimer et s'investir tout au long du projet à partir du moment de sa mobilisation. Concrètement, un groupe de travail composé de femmes relais issues du public et formées à la mobilisation a été amené à s'exprimer et s'engager à chaque étape du projet (rédaction des grilles d'entretien, mobilisation, focus group, analyse des résultats, préparation de la journée de mobilisation...). Il en a été de même pour un comité d'accompagnement qui regroupait à la fois des professionnel·les de la santé en lien avec le public et des associations communautaires (soutien à la méthodologie, mobilisation, préparation de la journée et implication dans sa mise en place...).

Afin de nous assurer une large participation et de permettre également à des publics vulnérables de participer aux différentes étapes, nous avons mis en place un ensemble de mesures pour éviter les freins à la mobilisation du public. Lors de notre journée de mobilisation du 25 juin, par exemple, nous avons insisté sur la convivialité en alternant les moments formels et informels, en favorisant un lieu facile d'accès, en assurant la gratuité et le remboursement des frais de transports, en mettant une garderie à disposition, en assurant la présence de traduct·rice·eurs, etc.

Au-delà de la participation, nous souhaitons valoriser et faire reconnaître l'expertise des publics impliqués dans le projet, non seulement en rémunérant au juste prix leur participation aux focus groups mais également en leur offrant un espace pour promouvoir leur savoir et construire ensemble les recommandations en matière de prévention en santé sexuelle.

Résultats préliminaires et perspectives

Le projet a permis de mettre en avant un certain nombre de recommandations afin d'améliorer la santé sexuelle des femmes afro-latino-caribéennes. Ces recommandations ont été validées lors de la journée de mobilisation et regroupées en quatre catégories, en fonction des différents niveaux auxquels elles se réfèrent : le niveau individuel, le niveau relationnel, le niveau institutionnel et le niveau sociétal/communautaire. Elles ont ensuite été priorisées et des actions pour les mettre en œuvre ont été envisagées pour certaines d'entre elles. Le rapport final reprenant toutes ces recommandations sera disponible sur **www.cool-and-safe.org** à partir d'octobre 2022.

Nous pouvons déjà mettre en avant l'importance, au niveau individuel, d'augmenter les connaissances des femmes concernant leur corps afin qu'elles puissent se le réapproprier et ainsi augmenter leur autonomie dans la prise en charge de leur santé sexuelle. Au niveau relationnel, les

femmes ont mis en avant l'importance d'ouvrir le dialogue sur les questions liées à la sexualité et les représentations de genre entre hommes et femmes mais également entre générations au sein des familles. Elles demandent notamment à être renforcées et soutenues dans cette démarche. Au niveau institutionnel, les femmes sont demandeuses d'être d'accompagnées dans la prise en charge de leur santé sexuelle dans des lieux adaptés et sécurisants, avec des professionnel·les formé·es et avec qui elles peuvent établir un lien de confiance. Elles demandent que les professionnel·les créent l'opportunité d'aborder les questions de santé sexuelle. Enfin, au niveau sociétal, il est important de travailler la question des violences et des inégalités basées sur le genre dont sont victimes les femmes afro-latino-caribéennes, et ce, dans une perspective intersectionnelle. Il s'agit de proposer des solutions concrètes qui tiennent compte de leurs réalités de vie.

La grande mobilisation autour de ce projet, avec pour exemple la mobilisation de 60 femmes lors de la journée du 25 juin et l'accueil plus que favorable qu'il a reçu auprès des femmes, nous confortent dans l'idée que le projet FABSS répond à un besoin réel des femmes. Notamment celui d'être non seulement sollicitées, mais également impliquées dans la prise en charge de leur santé sexuelle, ainsi que leur besoin d'informations et de renforcement de capacités dans ce domaine. Cela nous encourage à poursuivre ce projet et à maintenir la mobilisation pour permettre la mise en application des recommandations.

Références

- (1) Florquin, Stéphanie (2021). *Besoins et demandes en matière de santé et droits sexuels et reproductifs des femmes concernées par les mutilations génitales féminines en Région de Bruxelles-Capitale*, Rapport du diagnostic communautaire mené dans le cadre du Réseau bruxellois contre les MGF. Bruxelles, Ed : GAMS Belgique.
- (2) HCR. <http://www.unhcr.org/fr/femmes.html>
- (3) Rapport Activité Projet Action Test (2022), Plateforme Prévention Sida.
- (4) Cornwall A. Unpacking «Participation»: model, meanings and practices. *Community Development Journal* 2008; 43(3): 269-83.
- (5) SCHEEN B. *Promotion de la santé et démarche participatives: Décryptage et point d'attention*, Woluwe-Saint-Lambert : RESO, 2018.



Contact:

Plateforme Prévention Sida, Place de la Vieille
Halle aux blés 29-28, 1000 Bruxelles.

+32 (0)2 733 72 99 – info@preventionsida.org
<https://preventionsida.org/fr>

Lever de rideau sur le burn-out

INITIATIVES

Né de la rencontre d'un groupe de patients réunis par leur thérapeute, le spectacle de théâtre-action « Brûlés de l'intérieur » raconte l'expérience du burn-out qu'ils et elles ont traversée. Soutenue par la Compagnie Maritime, cette création originale témoigne de leur vécu pour sensibiliser et mieux comprendre les ressorts de cette autre épidémie du moment.

► **PAULINE GILLARD**, Fédération des Maisons Médicales

À travers une série de saynètes et de déclamations inspirées par leurs parcours personnels, cinq patients et leur thérapeute ont mis en scène l'épreuve du burn-out qu'ils et elles ont surmontée grâce à l'accompagnement d'une psychothérapeute œuvrant dans le centre de rééducation fonctionnelle La Charnière, à Namur, qui accueille de nombreuses personnes touchées par ce syndrome. Leur point commun ? Toutes et tous se sont entretemps reconvertis sur le plan professionnel pour redonner du sens à leur travail. *« Ils ont été au bout du processus, rapporte leur thérapeute. Ils ont tiré des leçons de cette expérience et s'en sont servis pour vivre autrement et changer leur rapport au travail. »*

Le théâtre-action, un levier

Né au lendemain des événements de Mai 1968, dans un mouvement émancipateur qui visait à supprimer les inégalités entre les expressions culturelles populaires et celles réservées aux élites, le théâtre-action s'appuie sur quelques principes fondateurs : *« un processus de création collective (chacun participe à l'écriture); des thématiques de "l'ici et maintenant"; des décors minimalistes et mobiles (voire naturels); une part d'improvisation; une présence dans les lieux de vie et de luttes; des saynètes courtes avec une dimension symbolique lisible par tous. »* ⁽¹⁾

Au contraire du théâtre « classique », les visées du théâtre-action ne sont ni distractives ni esthétiques. C'est un théâtre en résistance qui cherche à rendre à la culture sa fonction d'intégration et de contestation et qui se donne pour ambition l'analyse et la transformation des rapports sociaux. Il s'inspire du vécu d'un groupe de personnes confrontées à des situations sociales, économiques ou culturelles difficiles. *« Nous sommes partis de situations individuelles pour tendre vers l'universel »,* explique la

metteuse en scène de la Compagnie Maritime. Ce faisant, l'objectif est de *« pousser les spectateurs à s'associer à la réflexion théâtralisée et à se préoccuper d'en faire un appui pour provoquer les changements nécessaires »*. ⁽²⁾ C'est la raison pour laquelle le *« langage [du spectacle] doit rencontrer l'actualité, la culture, les préoccupations du public visé et susciter en lui l'envie d'une prise de parole lors de l'animation qui suit nécessairement le spectacle »*. ⁽³⁾

Bien qu'elle ne relève pas des ambitions du théâtre-action, la dimension thérapeutique de la démarche est appréciée par l'une des comédiennes : *« Outre le fait que le théâtre nous a aidés à délier nos langues, il nous a aussi permis de revivre de l'intérieur une partie de cette aventure et de la réexplorer sous un autre angle, en nous demandant comment la colporter vers l'extérieur. »* Et de préciser : *« Ce projet collectif m'a également aidée à accepter la réalité. Aujourd'hui, j'arrive à dire aux gens que j'ai vécu un épisode de burn-out alors que j'en étais incapable auparavant. »*

Une notion aux contours mal définis

Une des difficultés dans l'appréhension du burn-out réside dans le flou de cette notion qui ne fait l'objet ni d'une définition unanime ni de critères diagnostiques officiels. Les soignants pâtissent d'un manque de connaissances sur les aspects organisationnels du travail et se trouvent souvent démunis face aux patients, sans parler de la tendance selon laquelle *« de plus en plus d'intervenants (coachs, thérapeutes, etc.) se déclarent professionnels de la problématique sans avoir les compétences nécessaires. »* ⁽⁴⁾

Introduit en 1974 par le psychiatre américain Herbert Freudenberger pour qualifier l'épuisement au travail des professionnels de l'aide et du soin, le concept de burn-out s'est progressivement étendu à tous les milieux profes-



sionnels. À la suite des travaux de la psychologue américaine Christina Maslach, ce syndrome est souvent décrit comme un processus multifactoriel inscrit dans la durée et caractérisé par trois composantes principales. ⁽⁵⁾ Dans un premier temps, la personne ressent un épuisement émotionnel qui influe sur sa vitalité physique. Elle se sent littéralement « vidée » de ses ressources et ressent une fatigue extrême que le repos habituel ne suffit plus à soulager. *« Cet épuisement peut aussi avoir un impact sur le contrôle de ses émotions (irritabilité, colère, pleurs...) et de ses cognitions (attention, mémoire, concentration) et peut à son tour provoquer des changements dans les comportements et les attitudes. »* ⁽⁶⁾ Dans un deuxième temps, un état de dépersonnalisation, caractérisé par une attitude négative et détachée vis-à-vis de l'entourage, se manifeste. Enfin, le burn-out se traduit par une diminution du sens de l'accomplissement et de la réalisation de soi. À ce stade, l'individu porte un regard dévalorisant sur la plupart de ses réalisations personnelles et professionnelles. Cette perte de confiance peut s'accompagner d'un état dépressif profond et d'une incapacité à faire face à ses obligations professionnelles.

Prévalence et coût du burn-out

Parmi les enjeux majeurs de santé publique, les maladies psychosociales constituent l'une des principales causes d'absence de longue durée au travail en Belgique. ⁽⁷⁾ Ces pathologies, dont la fréquence s'est accrue au cours des dernières années, participent à la croissance spectacu-

laire du nombre de personnes en invalidité et entraînent souvent de longues périodes d'incapacité de travail et un risque de rechute important. ⁽⁸⁾ Selon l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami), au 31 décembre 2018, plus d'un tiers des travailleurs salariés du secteur privé (demandeurs d'emploi compris) et près d'un quart des travailleurs indépendants reconnus en invalidité souffraient d'un trouble mental ou du comportement, une catégorie regroupant notamment la dépression, le burn-out, le stress et les dépendances. ⁽⁹⁾

Lorsqu'on cible la problématique du burn-out, la tendance n'est pas différente à en croire les dernières données de l'Inami qui, en décembre 2020, dénombrait quelque 33 402 personnes en incapacité de travail de longue durée en raison d'un burnout (professionnel ou autre) et constatait une augmentation de 33 % des cas entre 2016 et 2020. ⁽¹⁰⁾ Cependant, selon les sociologues Thomas Périlleux et Patricia Vendramin, ces chiffres ne représentent que les seuls cas reconnus par les médecins. ⁽¹¹⁾

Les personnes âgées de 50 à 59 ans forment la tranche d'âge la plus touchée par le burn-out et plus de deux tiers des patients qui en souffrent sont des femmes. En revanche, l'Inami ne communique pas la proportion d'employés et d'ouvriers concernés. Or, si les professions intellectuelles et relationnelles semblent les plus à risque, les métiers manuels ne sont pas épargnés par des formes d'épuisement physique et psychique qui *« se manifeste[nt] souvent de manière somatique par des accidents du travail,*



Extrait d'une scène de la pièce « Brûlés de l'intérieur »

Patient : Je me sens vraiment très fatigué. Ma vie n'a plus de sens.

Docteur : Qu'avez-vous fait de spécial pour être aussi fatigué ?

Patient : Je travaille beaucoup.

Docteur : Combien d'heures ? 8, 10, 12 ?

Patient : Plutôt 10 que 8. Même 12, je dirais.

Docteur : Oh ! Mais ça va ! ... Regardez mon agenda ! Mon carnet de consultations est complet. Regardez ! Consultation, consultation, consultation. Je passe moins de huit minutes par patient. Anamnèse. Diagnostic. Prescriptions. Rentabilité. Performance. Vous voulez connaître mon secret ? Ce sont les activités-récré. Vous connaissez les activités-récré ?

Patient : Non.

Docteur : Ce sont des activités pour se vider l'esprit. Ça va aller, j'en suis sûre, un peu de courage ! Regardez-moi ! J'y arrive, moi !

Patient : Du courage, j'en ai. C'est l'énergie qui me fait défaut et puis... il y a aussi...

Docteur : Le mal de dos, je parie ! Regardez ! Moi, en vous écoutant, je fais quelques petits squats. Ça me détend les lombaires. Je combine travail et détente. Moi, je cherche des combinaisons efficaces !

dont on ne comprend pas toujours l'origine », explique le journaliste Thomas Chenel dans un article dédié à l'invisibilité du burn-out dans ce type de professions. ⁽¹²⁾

Outre le coût de la souffrance humaine liée au burn-out, ces incapacités de travail de longue durée ont généré plus de 418 millions d'euros de dépenses en 2019, soit environ 6 % des dépenses totales de l'invalidité. ⁽¹³⁾

Une société malade ?

Surmenage, manque de contrôle et de reconnaissance, dégradation de l'esprit de groupe, manque d'équité, conflit entre des valeurs contradictoires... Selon la plupart des recherches, les évolutions observées dans le monde du travail et à l'échelle de la société sont des déterminants bien plus importants dans l'émergence du burn-out que ne le sont les facteurs individuels (vulnérabilité au stress, âge, genre, etc.) ⁽¹⁴⁾

Selon Th. Périlleux et P. Vendramin, l'augmentation alarmante de la prévalence du burn-out doit être analysée au regard du modèle de performance qui depuis les années 1980 s'est progressivement répandu dans les entreprises marchandes et les organisations non-marchandes. Ce modèle se caractérise par :

- L'intensification de la production qui s'accompagne de l'exigence d'intensifier son implication dans l'activité aux dépens de la frontière qui sépare les sphères professionnelles et privées.

► Le pouvoir de la mesure et le développement du « gouvernement par l'objectif » qui misent sur la quantité plutôt que la qualité et visent à standardiser de nouvelles manières de faire en édictant des procédures rigides auxquelles les travailleurs doivent se conformer. De ces exigences découle une perte de sens du travail.

► La diffusion d'une idéologie de l'entreprise de soi qui pousse les salariés à la prise de risques dans la gestion de leur carrière. « *Mobilité, adaptabilité et employabilité deviennent les maîtres-mots de la révolution managériale* », estime le sociologue Vincent de Gaulejac. ⁽¹⁵⁾

► Une fragilisation des inscriptions collectives de métiers. « *L'intensification de la production et les évaluations individualisées concourent à la destruction des formes de solidarité proche par lesquelles les professionnels se liaient pour résister à l'oppression* », expliquent Thomas Périlleux et Patricia Vendramin. ⁽¹⁶⁾

Pistes d'action

Après la représentation, le public est invité à interagir avec les comédiens et comédiennes qui souhaitent susciter la réflexion collective sur ce mal du siècle et participer à la prise de conscience de son caractère sociétal. ⁽¹⁷⁾

En témoigne l'échange au cours duquel une spectatrice réagit à des propos sur la responsabilité qui incomberait aux personnes en burn-out : « *Des individus ont plus de risques que d'autres de développer un burn-out en raison de leur engagement personnel, de leur difficulté à poser des limites, de leur propension au perfectionnisme... Mais il ne faut pas oublier que la société et les organisations dans lesquelles nous travaillons sont organisées d'une telle manière qu'elles empêchent les individus de poser leurs propres limites. La société engrange ce phénomène et rend l'individu responsable de sa propre maladie et de ce qui lui arrive, ce qui est extrêmement inquiétant.* »

Par ailleurs, des pistes d'action et des revendications émergent des débats. Face au constat du manque de professionnels formés sur le burn-out et aux propos désastreux que des soignants ou des responsables d'entreprise tiennent parfois à l'égard de leurs patients ou de leurs employés (voir l'encadré), des spectateurs invitent la troupe à jouer la pièce devant des médecins, dans des entreprises et des universités afin de favoriser une meilleure compréhension et prise en charge des personnes souffrant de ce syndrome.

Plusieurs participants vantent aussi les mérites des groupes de parole et de soutien qui participent à la prise de conscience collective des contextes propices au développement du burn-out et offrent la possibilité aux personnes concernées de sortir de leur isolement en côtoyant des pairs-aidants qui comprennent sans juger.

Enfin, à plus grande échelle – celle de la transformation sociale et politique –, des spectateurs suggèrent d'éliminer les pratiques managériales qui instaurent un climat de compétition entre les travailleurs et de généraliser la réduction collective du temps de travail pour mieux concilier parcours professionnel et vie privée.



Cet article est paru initialement dans la revue Santé Conjugée, Dossier « La culture, c'est bon pour la santé! », n°99, juin 2022. Il est reproduit avec l'aimable autorisation de l'autrice.

Références

- (1) M. Frans, *Le théâtre-action aujourd'hui: comment naviguer entre utopies et nécessités?*, Université de Liège, 2017-2018.
- (2) Centre du théâtre action, *La démarche*, <https://www.theatre-action.be/le-theatre-action/la-demarche>
- (3) G. Mourin, « Le théâtre-action », *Pensée plurielle*, 2002/1, n°4, <https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2002-1-page-21.htm>
- (4) Conseil supérieur de la santé, *Burnout et travail*, septembre 2017.
- (5) C. Maslach et M. Leiter, *Burn-out. Des solutions pour se préserver et pour agir*, Éd. des Arènes, 2016.
- (6) Conseil supérieur de la santé, *op. cit.*
- (7) *Ibidem*
- (8) Après un an, on parle d'invalidité. De 2004 à 2020, le nombre de personnes en invalidité a doublé, passant à plus de 470 000 (Mutualité chrétienne, « En bref: Incapacité de travail – chiffres et indicateurs », *MC Informations* n° 284, juin 2021).
- (9) Les fonctionnaires statutaires n'étant pas couverts par le volet indemnités de l'Assurance soins de santé et indemnités, ils n'apparaissent pas dans ces chiffres (Mutualité chrétienne, *op. cit.*).
- (10) Inami, *Incapacité de travail de longue durée: Combien de burnouts et de dépressions de longue durée? Quel coût pour l'assurance indemnités?*, <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/indemnites/Pages/incapacite-travail-longue-duree-combien-burn-outs-depressions.aspx>
- (11) T. Périlleux et P. Vendramin, « Le travail est-il devenu insoutenable? », *Sociétés en changement*, vol. 1, mars 2017.
- (12) T. Chenel, « Métiers manuels: le burn-out invisible », *Changer le travail/Sciences humaines*, <https://www.changerletravail.fr/m%C3%A9tiers-manuels-le-burn-out-invisible>
- (13) Inami, *op. cit.*
- (14) Conseil supérieur de la santé, *op. cit.*
- (15) V. De Gaulejac, *Travail, les raisons de la colère*, Éditions du Seuil, 2011.
- (16) T. Périlleux et P. Vendramin, *op. cit.*
- (17) Agenda des prochaines représentations sur www.maisonmedicale.org

Mallette PLANETE

Promouvoir L'Activité physique eN Education Thérapeutique

► OUTILTHÈQUE PIPSA

DESCRIPTION SELON L'ÉDITEUR

Matériel

- 1 livret de l'utilisateur contenant 18 fiches
- 11 jeux de cartes
- 6 pions
- 4 feutres effaçables
- 1 photo-expression
- 1 dé
- 1 plateau de jeu grand format
- 1 plateau de jeu moyen format
- 1 clé USB avec des supports d'activités (vidéos, diaporamas, ressources pour les intervenants)

L'intégralité du contenu de la mallette est téléchargeable sur le site de l'éditeur.

Concept

Une activité physique adaptée et régulière présente de multiples bénéfices pour les patients atteints de maladies chroniques : réduction des complications, amélioration de la qualité de vie, meilleure autonomie...

Mais lorsque l'on est soignant, comment encourager ses patients à pratiquer une activité physique ?

L'objectif de la mallette PLANETE (Promouvoir L'Activité physique eN Education Thérapeutique) est de fournir aux professionnels de santé une série d'activités et de ressources clés en mains pour mieux intégrer cette dimension dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient, quelle que soit la pathologie concernée.

4 thématiques sont abordées dans la mallette PLANETE :

- identifier les freins et se motiver à la pratique d'une activité physique ;

OUTILS

- renforcer ses connaissances sur l'activité physique ;
- choisir une activité physique et y accéder ;
- planifier sa pratique en activité physique.

Objectifs

Les objectifs principaux de l'outil PLANETE sont de promouvoir et d'encourager la pratique d'activité physique auprès des patients ayant une maladie chronique.

Bon à savoir

L'outil a été réalisé avec le concours de professionnels de santé, d'associations de patients, de formateurs en ETP, de spécialistes de l'activité physique adaptée. L'ensemble des activités proposées ont été pré-testées par des soignants en situation réelle avec des patients.

PLANETE complète l'outil COMETE, qui a pour objet d'aider les équipes soignantes à développer les compétences psychosociales des patients en éducation thérapeutique.



Où trouver l'outil ?

► Chez l'éditeur

CRES PACA

Comité Régional d'Éducation pour la Santé PACA

178 cours Lieutaud

13006 Marseille

France

+33 (0)4 91 36 56 95

cres-paca@cres-paca.org

www.cres-paca.org

L'AVIS DE PIPSA (www.pipsa.be)**Appréciation globale**

Ce riche outil d'éducation thérapeutique du patient (ETP) repose sur un travail interdisciplinaire, impliquant soignants et patients. Réfléchi et bien construit, il fournit une structure solide à diverses activités, classées selon le point de vue que l'on souhaite prendre pour aborder la thématique. Il semble aussi pertinent pour une remise en mouvement de personnes sédentaires, au-delà de l'ETP. Certaines activités seraient accessibles à des adolescents, en surpoids par exemple ou trop happés par leurs écrans.

L'outil vise à lever les freins à la pratique d'une activité physique (plutôt bouger au quotidien que faire du sport), à partir de ce qui convient à chacun. Les vidéos Youtube mettent en scène des situations quotidiennes, proches du réel, accessibles et pratiques, pointant ce qui peut motiver les personnes et les inciter à modifier leurs modes de vie.

L'outil développe à la fois l'implication individuelle et collective, soutenu par un guide bien balisé et opérationnel. Les activités, prétestées avec les patients, fournissent un matériau solide, très soutenant pour l'utilisateur.

Les conditions de la mise en place, le séquençage sont laissés à l'appréciation de l'utilisateur, selon ses objectifs et les attentes/besoins de son groupe.

Objectifs

- Prendre conscience de ses représentations pour les faire évoluer.
- Comprendre les effets de l'activité physique sur le corps et prévenir les complications des maladies.



- Stimuler la pratique de l'AP, se mettre en projet.
- Découvrir les propositions locales en AP.

Public cible

Adultes – 18 et plus

Utilisation conseillée

- Adapter aux ressources belges.
- Prendre le temps de visionner les capsules sur Youtube.
- Tracer son chemin dans l'outil selon les attentes/besoins de son groupe.
- Pourrait servir de base pour mettre un groupe en projet en santé communautaire.

Points forts

Accessible, téléchargeable, structuré et soutenant pour l'utilisateur, pertinent dans l'accompagnement /méthodologie.

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

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

