

BRUXELLES SANTÉ

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°39 - juillet-août-septembre 2005 - ISSN 1371 - 2519



N°39

«S'en sortir?»...



La débrouille des familles précarisées



BELGIE-BELGIE
P.P. - P.B.
BRUXELLES X - BRUSSEL X
B.C. 1785

BUREAU DE DÉPÔT :
BRUXELLES X

En direct de...

Le Coin des Cerisespages 2 à 5

Bouquins malinspages 6 et 7

Dossier

S'en sortir ? La débrouille
des familles précariséespages 8 à 17

Initiative

L'ergothérapie à domicile,
gratuitementpages 18 et 19

L'écho du CLPS

Prévention des assuétudes et promotion de la santé : une démarche d'analyse des besoins construite avec des partenairespages 20 et 21

Elargissons le débatpages 22 et 23

Annoncespage 24

Le Coin des Cerises

Le Coin des Cerises : joli nom pour un projet de santé mentale communautaire, inspiré par celui d'un rond-point de l'avenue de Versailles, à Neder-over-Heembeek, commune qui fait partie de la Ville de Bruxelles depuis 1921. Le quartier Heembeek-Mutsaard est bordé au sud-est par le canal de Willebroeck et au sud-ouest par le domaine royal de Laeken, et l'ensemble formé par Laeken, Haren et Heembeek est communément dénommé " Bruxelles Port de Mer ". Le visage de Neder-over-Heembeek a ceci de particulier qu'il est à la fois industriel, résidentiel et champêtre, puisque la commune compte de nombreux pâturages. Le dernier berger de Bruxelles y est d'ailleurs toujours à l'œuvre !

Une autre particularité de Neder-over-Heembeek tient à la présence de deux importantes cités de logement social, qui reposent chacune sur des infrastructures et des modes de gestion bien distincts. La cité Versailles est composée d'immeubles à appartements et gérée par la société Lorebru, dont le pouvoir organisateur est composé de mandataires politiques. Le Val Marie, lui, comprend des maisons unifamiliales et sa gestion est assurée par une coopérative de locataires.

A Versailles se concentrent nombre de services et d'associations : le Centre public d'aide sociale, la Maison des Enfants, une maison des jeunes, un service de médiation sociale, la maison médicale Le Pavillon, le Bateau lavoir, un local d'entraide, le Baby Kot, le siège du projet de cohésion sociale et la cellule sociale de la société de logement (un journal à destination des locataires est publié par celle-ci, et chacun est invité à proposer des articles). Ce maillage associatif est évidemment une ressource pour les habitants mais, paradoxalement, il peut se produire des confusions. Une anecdote ? A la Saint-Nicolas, une fête est organisée par plusieurs associations. Or, les habitants avaient organisé une fête également, le même jour ! Ils n'en avaient rien dit aux professionnels qui se sont retrouvés un peu décontenancés...

A Val Marie, avec ses maisons et ses jardins, la société coopérative préfère que les intervenants sociaux soient peu nombreux, et aucune association ne possède de bureau sur le site. Mais on y trouve une salle polyvalente et un local multimédias ainsi que le Club des Valmariens pour les pensionnés, et un journal communautaire y circule. La coopérative joue un rôle de coordination au milieu du projet de cohésion sociale, de l'école des devoirs, du club de jeunes et de celui des pensionnés.... Mais dans ce contexte aussi des malentendus peuvent se produire.

C'est donc dans ce quartier que naît l'ASBL Le Coin des Cerises, qui gère un projet d'initiative en santé mentale communautaire soutenu depuis novembre 2003 par la COCOF. A l'origine de ce projet, on trouve un constat opéré par des travailleurs de terrain de la Coordination sociale de Heembeek-Mutsaard : à savoir le manque de structures à même de répondre à des problèmes de santé mentale qui ne sont accueillis ni par le service ambulatoire le plus proche, qui est situé à Laeken, ni par l'hôpital Brugmann. Ces travailleurs médico-psychosociaux ont alors fait appel au centre de santé mentale Le Méridien, vu son expertise dans ce type d'approche, pour construire un projet communautaire sur Neder-over-Heembeek. L'équipe du Méridien supervise ainsi celle du Coin des Cerises.

Les objectifs du projet sont explicités comme suit :

- " renforcer, soutenir et dans certains cas prendre le relais du réseau d'aide psycho-médico-sociale de proximité (en ce compris la maison médicale) ;
- donner des possibilités aux habitants, individus et familles, d'envisager ces questions dans leur quartier (créer ou recréer un sens d'appartenance à un quartier, à une communauté) ;
- offrir la possibilité de soins psychiques appropriés aux individus et à leur entourage familial et social, et ce en lien avec le réseau social existant. "

Premier acte

En décembre 2003, une assistante sociale, Cécile De Borman, et une psychologue, Marie Van den Hove, sont engagées à mi-temps par la toute neuve ASBL. Pendant un an, elles vont prendre contact avec les associations et services du quartier, entamer un travail de réseau, notamment en prenant part à la Coordination sociale, et élaborer un premier diagnostic pour préciser les besoins en termes de santé mentale. Il convenait en effet de déterminer les attentes des uns et des autres et de vérifier la pertinence d'une implantation dans le quartier. Les premiers contacts se révèlent positifs. Mais le rapport d'activités souligne aussi les limites de ce travail : «*Durant les deux premiers mois de la recherche, nous avons rencontré une majorité d'associations et seulement quelques habitants. Notre première approche du quartier fut donc, sans doute, conditionnée par la vision générale qu'en avaient les associations. Cette vision générale ne nous a pas semblé fort positive au départ : " Les habitants des*

cités ne sortent presque pas de chez eux, Le lien social est fort cassé, beaucoup plus que dans le centre ville, peu de solidarité... " La majorité des associations rencontrées insistaient sur les nombreux problèmes du quartier, peu relevaient les ressources et capacités des habitants, les initiatives mises en place de leur propre chef. Nous avons cependant pu constater qu'il en existait.»

Le rapport pointe aussi les différences de perception entre professionnels et habitants : «*Nous avons quelque peu délaissé le centre de Heembeek, et ce malgré nous... Nous avons réagi comme réagissent probablement une majorité des associations, qui privilégient les cités sociales par rapport au reste. Et cela semble mettre en évidence l'augmentation d'une fracture sociale déjà existante entre les cités sociales et le reste du quartier de Neder-over-Heembeek. Trop d'actions sont focalisées sur Versailles et le Val Marie. Or, de nombreux jeunes et de nombreuses personnes âgées du vieux Neder ou encore de Mutsaard souhaiteraient également profiter des services offerts . Tout*



cela est peut être lié aussi à l'histoire de Neder. Certains habitants sont issus depuis des générations de Neder-over-Heembeek (au temps du village flamand). Ce sont des familles qui ont une identité très forte à ce quartier, elles forment un petit groupe identitaire qui se protège. Elles vivent difficilement le fait que leur village soit devenu la périphérie d'une grande ville, sans caractéristiques particulières, sans vie propre (passage d'un village flamand à une périphérie ; arrivée de la population francophone, deux grandes cités de logements sociaux). C'est beaucoup de changement en peu de temps !»

C'est à l'occasion d'une pause-café hebdomadaire entre voisins du même immeuble de la cité Versailles que les premières rencontres avec les habitants interviennent.

A deux semaines des élections des comités consultatifs de locataires, l'hygiène et la sécurité sont à l'ordre du jour. La saleté des halls d'entrée et des espaces communs est un sujet de préoccupation constant, et il existe des tensions entre les locataires, les concierges et la société de logement. Le sentiment d'insécurité est vivace, bien que les bandes de jeunes soient rares dans les rues et que les tags soient peu fréquents. Ce sentiment semble lié davantage à des récits, voire des rumeurs, qu'à des faits. Des caméras ont toutefois été installées dans les halls d'entrée des deux tours.

Même climat à Val Marie et à Heembeek. Les habitants de la cité se sentent insécurisés par les bandes de jeunes qui se rassemblent le soir dehors et qui ont saccagé des portes de garages. Des rumeurs circulent selon lesquelles des viols auraient été commis sur le sentier menant de Val Marie au centre de Heembeek. Deux agents de quartier sont envoyés chaque soir dans la cité mais cela ne suffit pas à rassurer les habitants. Les personnes âgées se sentent très insécurisées. Or, selon la police, le quartier est paisible : pas de viol depuis plusieurs années et très peu d'actes de vandalisme.

Tous ces facteurs agissent comme catalyseurs ou révélateurs d'une diminution du sentiment d'appartenance à un quartier, à une collectivité, d'une augmentation du repli sur soi et, poursuit le rapport, *«du sentiment de solitude et d'impuissance face à l'amélioration de ses propres conditions de vie pouvant tendre à un fatalisme face à l'existence. D'autres facteurs plus personnels, sans doute liés à un vécu d'exclusion et de marginalité, peuvent entraîner une plus grande baisse d'estime de soi, des conduites de honte intériorisée. Ce sentiment d'impuissance et de solitude*

est propice à l'apparition d'un mal-être pouvant s'exprimer dans la dépression, dans une hypersensibilité engendrant une faible tolérance par rapport à l'environnement, aux bruits, au voisinage.» Une initiative de santé mentale communautaire se justifiait donc pleinement.

Malheureusement, en novembre 2004, la discontinuité du financement et certains conflits institutionnels entraînent le départ des deux personnes engagées, et il faudra attendre février 2005 avant qu'une nouvelle équipe puisse être constituée. Il s'agit de Robin McConnell, assistant social (mi-temps), du Dr Hugues Theisen, psychiatre (4h/semaine), et de Stéphanie Martens, psychologue (19h/semaine), que nous avons rencontrée.

Deuxième acte

«Tout n'était pas à refaire, dit-elle, l'équipe précédente avait fait du très bon travail et nous nous sommes inscrits dans la continuité de celui-ci. Mais il s'agissait quand même de retisser des liens, de renouer des contacts personnels, d'établir des relations de confiance. En effet, la spécificité du Coin des Cerises est d'être né d'un besoin identifié par les travailleurs du terrain médico-psychosocial et non d'une initiative pensée par les professionnels des soins de santé mentale. Il en résulte une culture de co-construction avec les travailleurs de terrain, d'auto-évaluation permanente, de réajustement constant du processus mis en œuvre. Notre démarche est de lancer des projets puis d'évaluer et de réorienter en fonction de nos constats et des feedbacks du terrain. Nous sommes extrêmement soucieux de travailler en réseau avec les associations, de tenir compte des spécificités du quartier et, progressivement, de mettre en œuvre un travail communautaire avec les habitants. Nos références se situent du côté de l'éducation populaire¹, nous cherchons à créer une dynamique qui aide les gens à s'appuyer sur leurs ressources propres, sur ce qui est du côté de la santé en eux. Mais cela prend du temps parce que cela implique de mettre en place toute une série de choses en amont de cette dynamique.»

En reprenant le contact avec les associations et la participation à la Coordination sociale, l'équipe a cherché à savoir comment les travailleurs du quartier percevaient celui-ci, quels étaient les problèmes, les manques ou les dysfonctionnements qu'ils identifiaient. Ce qui a débouché notamment sur des demandes de supervision. En effet, on le sait depuis plusieurs années², les tra-

vailliers médico-sociaux sont souvent confrontés à des situations où les problèmes de santé au sens large, c'est-à-dire aussi de santé mentale, sont étroitement mêlés aux problèmes sociaux et économiques. Sans qu'ils parviennent pour autant à référer à un service de santé mentale (on sait que cette étiquette reste réhivitoire pour bon nombre de personnes) et, plus largement, sans qu'ils puissent faire face à une souffrance sociale qui devient de plus en plus complexe, sans même qu'ils puissent parfois éviter d'être débordés par un sentiment d'impuissance. Un premier pas essentiel est dès lors d'aider ces travailleurs à se protéger de l'envahissement, à préciser leurs limites et à ne pas vouloir outrepasser leur responsabilité.

«Par exemple, explique Stéphanie Martens, il est souvent reproché au secteur de la santé mentale de ne pas se rendre à domicile. C'est une question délicate qui est souvent source de malentendus avec les travailleurs sociaux. Le travail de réseau permet de s'interroger, au cas par cas, sur ce qui est le plus adéquat pour soutenir une personne dans son contexte de vie : est-il toujours adéquat de se rendre à domicile ? Faut-il systématiquement orienter vers une prise en charge "psy" ? Comment introduire une tierce personne – ou tout simplement du tiers – dans la relation ?... Par rapport à ce type de questions, nous essayons de réfléchir avec les professionnels, sans être intrusifs. Notre visée est de voir ensemble comment offrir un support social aux personnes en souffrance là où le support social "naturel" ne tient pas ou plus. Notre travail se situe donc tantôt en première ligne, tantôt en deuxième ligne, tantôt à l'intersection des deux. Ainsi, nous avons lancé un sous-groupe "santé mentale" à partir de la Coordination sociale, toujours dans la même logique – dire aux travailleurs sociaux : que voulez-vous faire de ce groupe, quels sont vos besoins, vos attentes ? Il s'agit de répondre aux questions des intervenants sociaux et de construire ensemble des modalités de collaboration. Dans ce groupe, on alternerait des réunions à thème, avec éventuellement un intervenant extérieur, et des discussions où l'on aborderait une situation dans laquelle un professionnel s'est senti démuni – dans le respect de l'anonymat, bien évidemment. C'est dans ce même esprit d'adaptation aux besoins du terrain que nous avons ouvert tout récemment une permanence le mercredi après-midi, qui s'adresse tant aux professionnels qu'aux habitants. L'idée est d'offrir un cadre souple, aussi accessible que possible : devoir prendre rendez-vous pour aborder un problème douloureux peut constituer un véritable obstacle.»

Le Coin des Cerises travaille aussi sur Laeken, où il s'implante lentement mais sûrement. «Bien que Neder-over-Heembeek ne soit pas loin de Laeken, les frontières entre ces deux communes semblent difficilement franchissables tant dans un sens que dans l'autre. Les gens peuvent recourir à un service de santé mentale, Le Norois, mais celui-ci se trouve au nord de Laeken. Le sous-groupe Santé de la Coordination sociale de la commune est en train de travailler à un projet qui regrouperait diverses associations dans un même lieu, dont l'objectif serait de répondre à des besoins de santé mentale auxquels il n'est pas apporté de réponse suffisante actuellement. Le Coin des Cerises s'est proposé pour y mener des animations autour de questions de santé mentale, à raison de 2 heures par semaine en journée et de 2 heures par mois en soirée, et pour y assurer une permanence 2 heures par semaine.»

Initialement abrité par la Maison médicale Le Pavillon, alors installée au cœur de la cité Versailles, le Coin des Cerises a déménagé vers le centre de Neder-ober-Heembeek (57 rue de Heembeek) pour permettre un meilleur accès au public et garantir une plus grande discrétion aux usagers. «Depuis sa création jusqu'à aujourd'hui, conclut Stéphanie Martens, le Coin des Cerises a eu à cœur d'être à l'écoute des besoins en santé mentale de la population ; chaque jour, l'équipe remet sur le tapis cette question et cherche, à tâtons, comment y répondre. Notre conviction est qu'avec la complexification actuelle des "problématiques de santé mentale", comme on les appelle, articulées à de graves difficultés socio-économiques et à une société en mutation, il est indispensable de valoriser d'autres types d'approche, comme la santé mentale communautaire, ainsi que le font déjà certains services.»

Propos recueillis par
F. Kinna et A. Cherbonnier

1 Voir Bruxelles Santé n° 21, pp. 8-17.

2 Voir Bruxelles Santé spécial 2001, en particulier pp. 59-62.



Attendre un enfant...

Une histoire à vivre, une histoire à suivre

Aquarelle - CVB, 2005



Une fois n'est pas coutume : il ne s'agit pas d'un " bouquin " malin mais d'un film. Qui dure 28 minutes : un temps ni trop long ni trop court, parfait pour lancer un échange, une animation. Et qui se base sur l'expérience de l'équipe d'Aquarelle, dont nous avons déjà parlé dans ces pages (n° 36, pp. 15-17). Les sages-femmes de l'asbl Aquarelle, qui dépend du département de gynécologie-obstétrique du CHU Saint-Pierre, assurent un suivi médical global à des femmes vivant dans la précarité et souvent sans couverture sociale ; elles organisent aussi des séances d'information et des groupes de rencontre parents-bébés. Lors de la première au Centre culturel des Riches-Claires, le Professeur Michel Degueudre rappelait deux autres films qui l'avaient marqué. Le premier avait été réalisé par Willy Peers – pour les p'tits jeunes, rappelons que ce médecin namurois n'a pas seulement été un ardent défenseur de la dépénalisation de l'avortement mais aussi un pionnier de la méthode de " l'accouchement sans douleur " –, un film réalisé au temps où l'on attrapait encore le nouveau-né par les pieds pour lui donner une tape, histoire de lui souhaiter la bienvenue dans ce monde de brutes (ce dernier commentaire est de la rédaction). Second film, celui du Dr Leboyer : l'accouchement en douceur, avec massage, le bébé posé sur le ventre de la mère, etc. Mais c'étaient toujours le médecin et la mère qui étaient au centre de l'action. Cette fois, dit le Dr Degueudre, les parents sont pleinement présents. Les deux

parents, oui, même si, évidemment, les mères sont en avant et si papa se fait parfois rabrouer par maman. Quatre couples et une mère seule sont " suivis " par une caméra (celle de Jacques Borzykowski, le réalisateur) qui sait intelligemment se faire oublier. A un seul moment, très bref et très joli, une maman émue, petite larme sur la joue, regarde l'objectif.

Le film n'est ni dramatisant ni lénifiant. Certaines familles sont plus aisées que d'autres. Certains accouchements se passent plus difficilement que d'autres. Mais il n'y a pas un poil d'esbroufe ni de didactisme. Juste un regard discret et empathique, non dépourvu d'humour : un humour qui n'est pas imposé de l'extérieur mais sourd des situations. Une réussite.

P.S. : la musique est signée de l'un des papas, César Guzman.

Disponible en VHS et DVD.

Pour l'obtenir : Claudine Van O, Centre Vidéo de Bruxelles, 02 221 10 50, info@cvb-viddep.be

L'adolescence en rupture : le placement au féminin

Jacinthe Mazzocchetti

Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, 2005

Il s'agit d'une enquête de terrain, comme l'indique le sous-titre. Annonçons-le d'emblée pour ne pas faire fuir ceux que les mots " recherche anthropologique " effrayeraient. Et qui ignoreraient à quel point ce type de travail peut être proche de la réalité vécue par les gens dont il parle. Auxquels il donne la parole, faudrait-il plutôt dire. Il s'agit cette fois des jeunes filles placées en centre fermé à l'Institut Public de Protection de la Jeunesse de Saint-Servais. Comme on a déjà pu le lire dans ces pages (cf. l'interview d'Isabelle Ravier dans Bruxelles Santé spécial 2002, pp. 84-92), ce type d'institution accueille les mineurs délinquants. Il s'agit donc d'une population " dure ", endurcie – mais qui elle-même a subi de multiples violences : physiques, sexuelles, psychosociales (rejet, abandon, ruptures...) et qui devra en outre supporter le stigmate, l'étiquette négative que leur imprime inévitablement le séjour en IPPJ.

Le tableau n'est donc pas tendre, mais on sent une réelle empathie de l'auteur vis-à-vis de ces jeunes filles. Sans que soient pour autant accablés les éducateurs, dont la mission est rien moins que simple, puisqu'il s'agit de resocialiser ces adolescentes, de leur redonner des limites, de les aider à se reconstruire... tout en les enfermant et en leur imposant des règles de vie contraignantes (et parfois infantilisantes par certains côtés).

Mission impossible ? On peut se poser la question. Pourtant, l'introduction de J. Mazzocchetti s'ouvre sur une lettre de l'une de ces jeunes filles (voir encadré), qui tend à montrer qu'un espoir est toujours " cultivable " malgré le paradoxe répression/éducation. L'auteur propose d'ailleurs des pistes pour aplanir un tant soit peu les contradictions entraînées par ce binôme infernal (notamment des lieux et espaces de parole garantissant le secret, tant aux jeunes filles qu'aux éducateurs). Des pistes concrètes basées sur son observation et non sur des idées générales. Sur l'observation de ce qui " marche ", ce qui peut rendre confiance, retisser des liens, recolorer l'avenir.

Salut les filles,
J'espère que vous tenez le coup. Moi, ça va, je m'en sors. J'ai pu retrouver mon mec.
Les filles, je voulais vous dire que même si ça n'a pas toujours été facile, j'ai passé les meilleurs moments de ma vie avec vous. Je voulais aussi dire aux éducateurs que si on les fait chier comme ça c'est parce qu'on les aime. On n'a pas l'habitude.
Les filles, vous êtes mes sœurs. Et puis, faut pas les croire, vous savez, on n'est pas seulement des délinquantes.
Tenez bon, je vous adore,
Sylvie



Conseillons au lecteur de se plonger dans cet ouvrage rigoureux mais aussi profondément émouvant par les nombreux témoignages auxquels il fait place.
En librairie

Soignants/Soignés

Pour une approche anthropologique des soins infirmiers
Anne Vega, Ed. De Boeck, 2e éd. 2004

Avec la chronique qui précède et le dossier qu'on pourra lire dans les pages suivantes, on nous dira que ce numéro est très " branché anthropologie ". Mais cet ouvrage est remarquable à plus d'un titre. Qualité rare quels que soient le sujet et l'approche : il est très " pédagogique " au bon sens du terme, c'est-à-dire que la structure en est explicite et le langage accessible, que les exemples concrets abondent et que certains aspects sont approfondis dans des encadrés. Ce n'est vraiment pas " les anthropos parlent aux anthropos " (ou, pour ne pas faire de jaloux, " les psys parlent aux psys ", " les sociologues entre eux ", " non médecins s'abstenir "...). Les notions de base sont clairement définies.

Deuxième particularité, qui distingue sans doute encore plus ce livre : s'agissant d'identité, de groupe, de valeurs, de représentations, l'auteur s'attache d'abord – enfin – aux " conflits culturels " entre professionnels du soin et patients plutôt que de se ruer d'emblée sur la situation classique, même si elle est bien réelle, du soignant-européen-confronté-à-un-patient-immigré. Anne Vega nous rappelle que la première source d'incompréhension et de conflit se situe dans la différence même entre la position de soignant et celle de soigné (sans oublier celle de personne non malade : cas de la famille du patient, en particulier). Différence qui est aussi source de souffrance, car " la richesse des différences " c'est surtout un slogan : dans la réalité sociale, le différent, l'inattendu, l'inconnu engendrent plutôt l'inquiétude ou la peur. Et cela, quelle que soit la " culture " du patient.

Mais l'approche interculturelle plus classique n'est pas oubliée pour autant : elle occupe près des deux tiers de l'ouvrage. Que nous recommandons vivement, et pas seulement aux infirmières : médecins, éducateurs et travailleurs sociaux pourront y trouver leur provende.
En librairie ou directement chez l'éditeur, www.deboeck.com



«S'en sortir ?»... La débrouille des familles précarisées

C'est de la lecture du livre de Pascale Jamouille, *La Débrouille des familles*¹, que sont issus le sous-titre et la question de départ de ce dossier : comment les familles précarisées se débrouillent-elles pour «s'en sortir» ? L'ouvrage cité portait certes sur les conduites à risques et sur des familles vivant dans un milieu bien précis – deux cités de logement défavorisée du Hainaut –, mais nous avons fait le pari qu'il était possible de dépasser ces particularités, sans pour autant généraliser abusivement, en ayant recours à plusieurs autres sources. Le lecteur sera juge du degré de réussite de cette ambition.

Une première difficulté surgit lorsqu'il s'agit de définir le concept de base : les familles précarisées. D'abord, pourquoi cet adjectif ? Une multitude d'autres termes peuvent être lus et entendus, comme le relève sur un ton d'ironie comique Pierre Bodénez² : parlant de la précarité, il admet que bien d'autres mots «*auraient pu être utilisés pour désigner cette population. Donc les précaires, mais pourquoi pas les exclus, les clochards, les SDF, les gueux, les vagabonds, les publics en grande difficulté ou les paumés, les marginaux ou les publics en grande marginalité, les dromomanes, les pauvres, les RMIstes, les cassoss, les jeunes en*

errance, les désinsérés, les illégaux, les sans-papiers, les sans-droits, les zonards, les mendiants, le quart-monde, la lie de la société, les bas-fonds, les sous-prolétaires...»

Sur un mode plus docte, les auteurs d'une étude du CERISIS³ relèvent, sous l'intitulé «Familles "défavorisées" ou "dévalorisées" ?», que l'usage indifférent d'une série de termes en vient à se substituer à l'analyse, voire à constituer sournoisement une catégorie d'analyse (avec pour effet pervers un étiquetage aussi commode que trompeur) : «*Quart-monde, pauvres, handicapés socio-économiques, familles modestes, défavorisés économiques, intellectuels, culturels, sociaux... autant de termes utilisés pour désigner en fin de compte "ces" familles : celles qui n'ont pas beaucoup de ressources, celles qui n'ont pas de chance, celles qui ont une vie difficile, celles que l'on plaint, mais aussi celles qui posent problème. Ces termes, tout le monde les connaît, tout le monde les utilise en sachant que l'interlocuteur comprendra ce qui est évoqué. Il ne paraît donc pas nécessaire de s'y attarder. Pourtant, (...) il s'agit précisément du genre de termes qui, sous une apparence de définition commune et partagée de tous, recouvrent une énorme disparité de situations. De fait, lorsque l'on s'attache à essayer de les clarifier, pratiquement tous ces termes semblent interchangeables tant leur définition et leur utilisation diffèrent suivant les personnes, les milieux, les disciplines. De même, dès que l'on cherche à les expliciter, leurs limites deviennent floues et la réalité à laquelle ils semblaient se référer se dérobe.*»

Pour ces auteurs, la notion de précarité est liée à la position face à l'emploi et aux conditions d'habitat, débouchant sur «*la nouvelle image sociale des "défavorisés" : étrangers chômeurs ou précaires des banlieues ou des centres dégradés*». Ils citent par ailleurs C. Pair⁴ : «*La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi,*



© Photo : Marc Pierret/Question Santé

permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible. (...) Cette insécurité ne vient pas seulement de la faiblesse et de la précarité des ressources, mais souvent d'une longue histoire personnelle et familiale, et de relations sociales qui ne permettent pas de prendre du pouvoir sur sa vie.»

Nous avons, quant à nous, retenu l'adjectif «précarisé» parce qu'il implique la notion d'instabilité, d'insécurité ; cette insécurité se manifeste certes, le plus souvent,

en termes socio-économiques :

- niveau de revenus faible voire très faible (parfois sur plusieurs générations), revenus de remplacement (allocation de chômage, minimex), revenus instables (emplois précaires, «petits boulots»...) voire illégaux ;
- marginalisation voire exclusion sociale, qui se marque aussi spatialement («quartiers défavorisés», cités de logement social, «écoles-poubelles») et symboliquement (stigmatisation, étiquetage, discrimination y compris «positive»).

Mais l'instabilité peut aussi toucher des aspects de l'existence comme l'image de soi (au niveau individuel), l'image sociale (au niveau collectif), voire l'identité des familles, et leur rapport à l'avenir. L'insécurité peut également se manifester au niveau culturel, par l'absence ou le faible niveau de maîtrise de la langue parlée et écrite de la classe moyenne, des savoirs et savoir-faire qui permettent d'utiliser les ressources et services publics (p. ex. familiarité avec les univers

administratif, scolaire et médico-social, capacité de négociation avec les fonctionnaires, les enseignants et les professionnels médico-psychosociaux). Ces familles ont, au contraire, souvent connu une accumulation d'expériences agressives, dévalorisantes voire destructrices dans leurs contacts avec ces univers. En particulier, ce «manque» culturel est souvent en lien avec un parcours scolaire marqué par les échecs (et l'humiliation qu'impliquent ceux-ci).

Néanmoins, quel que soit le terme employé, il importe de ne pas figer les personnes dans un «statut». Ainsi, évoquant diverses notions et leurs définitions, Pierre Bodénez souligne que celles-ci *«semblent faire l'impasse sur le sujet en situation d'exclusion, sur ses modalités réactives à ce nouveau mode de vie où la souffrance psychique prend une large place et sur les capacités d'initiative retrouvées chez ces personnes. On peut regretter que cela ait donné aux exclus une image de passivité comme s'ils étaient le "théâtre de l'exclusion" en les mettant hors champ. Ceci a malheureusement conduit à construire des politiques et des pratiques où l'on "faisait à la place" des personnes, sans elles, sans tenir compte de leurs désirs, présupposant leurs besoins et attentes, évitant de les considérer comme des "sujets actifs". L'assistance a été préférée à l'aide à la réhabilitation, ce qui a maintenu les exclus dans une position de dépendance et (a conduit) à la confiscation de leur liberté.»*

Comme nous ne pouvons évidemment pas prétendre, en particulier dans le cadre de ces quelques pages, parcourir une telle diversité, nous nous limiterons à trois cas de figure qui illustrent bien, nous semble-t-il, la complexité et la variété des situations de précarité mais aussi la complexité, la variété et le degré variable d'efficacité (en termes d'une plus grande stabilité) des réponses que les familles y apportent. Réponses qui sont souvent elles-mêmes précaires. Les deux premiers cas concernent respectivement des familles belges du quart-monde et une population immigrante – essentiellement des femmes – habitant un quartier populaire bruxellois. Le troisième cas porte sur des familles, notamment des adolescents et jeunes adultes, vivant dans des cités de logement social d'une région ouvrière du Hainaut.



© Photo : Jean-Louis Saïz/Question Santé

La religion qui “ fait soin ”

Le service de santé mentale Le Méridien est situé à Saint-Josse-ten-Noode, mais son aire d'action est plus large. Ainsi, le Réseau Santé Précarité, dont ce service est le promoteur, s'étend sur Schaerbeek. Outre un travail classique de réseau avec les associations de la commune, ce projet comprend l'accompagnement de familles et un volet plus anthropologique, qui vise à mieux connaître les familles très précarisées afin d'aider les associations dans leur travail. C'est Eléonore Armanet, anthropologue, qui est chargée de ce volet : *«J'ai procédé en deux phases : un travail spécifique avec les professionnels de l'aide en contact avec les publics dits précarisés (encore faudrait-il bien définir ce terme) ; et un travail de repérage ethnologique sur le terrain afin de répondre aux questions suivantes : qu'est-ce que les gens mettent en place pour se sentir mieux ? Que comprennent-ils par aide, solidarité, lien à l'autre (des notions qui prennent un sens tout particulier dans une population majoritairement musulmane) ? Comment cela se passe-t-il pour eux dans la relation thérapeutique avec un professionnel ? Qu'entendent-ils par santé, maladie, bien-être ? Des notions qui peuvent varier selon qu'il s'agit de Marocains, de Turcs ou de Belges du quart-monde...»*

En effet, Eléonore Armanet a surtout pour interlocutrices des personnes d'origine turque ou marocaine : «Ce sont plus précisément des femmes de 30 à 45 ans rencontrées de manière informelle dans le quartier où est implanté Le Méridien. Il s'agit donc d'une population et d'une tranche d'âge bien spécifiques, et les constats que l'on peut faire ne sont pas généralisables à toutes les familles précarisées. En bref, on observe l'importance de groupes de femmes rassemblées par un projet collectif autour de l'islam. Un tel projet émerge dans un contexte de vie spécifique. Ici, il ne faudrait pas nier les limites de "la communauté", que l'on pense souvent homogène et égalitaire : au sein de celle-ci, il existe aussi des particularismes – régionaux, linguistiques ou sociaux – et des rivalités. Le soutien du groupe (famille, voisinage...) est certes fort important et puissant, mais la médaille a un revers : le commérage comme instrument de division et de contrôle, le rejet de celle qui transgresse les lois du groupe.»

Quelle méthodologie a été employée ? «J'ai procédé par observation participante; parallèlement, j'ai interrogé les femmes sur ce qui les aidait au quotidien, ce qui m'a permis de vérifier combien la prière était importante pour elles. De façon intéressante, le sujet était d'ailleurs souvent abordé en fin d'entretien, tant il relève de l'intime. Selon moi, les groupes de femmes autour de l'islam se fondent sur ce que l'on pourrait appeler "le religieux thérapeutique", c'est-à-dire le religieux en tant qu'il **crée du lien** : entre les gens, d'abord, mais aussi entre le visible et l'invisible, ce dernier étant reconnu comme une dimension pleine de la vie. Je dirais aussi que l'islam promu ici est un islam volontiers protecteur ; il aide à se prémunir des souffrances de l'exil. De façon intéressante, il crée une parenté de type idéal entre les participantes. Il faut le noter, les femmes qui encadrent les groupements sont souvent des migrantes de la première génération, elles sont nées au pays. De fait, elles sont à même d'aider les femmes nées ici à retisser toute une appartenance à l'islam, à se réapproprier un patrimoine religieux méconnu. Ainsi, les participantes expliquent fréquemment que leurs parents, faute d'instruction, n'ont pas pu leur transmettre le Coran et qu'elles, elles vont l'apprendre, et le transmettre à leurs enfants. Concrètement, des cours d'alphabétisation arabe sont proposés

aux femmes dans le but de lire le Coran, mais aussi des cours thématiques qui, donnés sur la base du Livre, brassent des questions identitaires tout à fait essentielles (par exemple, la femme dans l'islam, "nous, les musulmans", la vie ici-bas et dans l'au-delà etc.). A cet égard, le Coran apparaît à beaucoup comme une "pharmacie". Il fait soin. "On y trouve tous les médicaments pour toutes les maladies", me suis-je entendu dire.»

La fonction protectrice de ces groupes ne joue pas seulement par rapport à l'exil : «Elle joue aussi par rapport à la compétition que l'ont peut sentir au quotidien des communautés, par rapport au contexte du quartier, perçu comme délabré, insulaire, et enfin par rapport au contexte belge, où l'athéisme, la liberté sexuelle, le vêtement relèvent pour certaines du 'harâm' – de "l'illicite".» Enfin, les groupes jouent également un rôle dans l'intégration à la société d'accueil. «En relayant l'information sur un mode oral et affectif, ils peuvent aider à mieux connaître le système organisé d'aide et de solidarité, à mieux bénéficier des structures et des



© Photo : jean-Louis Saïz/Question Santé

ressources existantes. Car, il faut le souligner, si le recours aux thérapies traditionnelles (guérisseurs) est plus fréquent qu'au Maroc – il revêt ici une fonction identitaire –, il n'est certainement pas contradictoire avec l'affiliation au système médical belge, qui est affiliation à la société belge elle-même.»

«La religion joue moins souvent un rôle chez les Belges, remarque pour sa part Luc Colinet, médecin au Méridien. Mais certains se retrouvent néanmoins dans des communautés telles que les Témoins de Jéhovah. Et quand je voyage avec des adultes, je vois que c'est important pour certains d'entre eux d'allumer une bougie dans une église que nous visitons. D'autres font annuellement un pèlerinage. C'est une religiosité non pas superficielle, mais un peu superstitieuse, sentimentale.» Luc Colinet nous relate ensuite comment il a été amené à travailler avec des familles confrontées à la grande pauvreté.

Avec les familles du quart-monde

«J'ai d'abord travaillé comme médecin généraliste à Etterbeek. C'est là que j'ai rencontré Henri Clark' et que, via son association, Le Pivot, j'ai fait la connaissance de familles du quart-monde. Par la suite, je me suis associé au projet du Pivot et j'ai participé à de nombreuses réunions et animations avec ces familles à la Maison médicale du Maelbeek. C'est pourquoi Charles Burquel m'a proposé de l'accompagner dans un travail en santé mentale avec les familles pauvres. Actuellement, un quart de mon temps est consacré à ce projet pauvreté/santé mentale, avec Le Pivot et La Trame⁸ (une association qui vient malheureusement de se dissoudre, faute de financement).»

Les familles du quart-monde vivent dans la pauvreté depuis plusieurs générations. Pour la plupart, ces personnes lisent et écrivent avec d'énormes difficultés ; certaines sont illettrées. Comment se débrouillent-elles, comment s'en sortent-elles ? «D'une certaine façon, répond Luc Colinet, elles ne s'en sortent pas ! Leurs parcours est chaotique, comprenant des périodes relativement stables et des périodes extrêmement diffi-

ciles. Ces familles sont à la merci de crises internes qui dépendent elles-mêmes des conditions extérieures : elles n'ont pas la possibilité de se protéger contre une modification du montant des allocations, par exemple, ou les conséquences d'une "bêtise" d'un enfant, qui obligent à aller devant le Juge de la Jeunesse. Elles ont de plus en plus souvent accès à des revenus de remplacement (chômage ou CPAS) mais elles sont en permanence couvertes de dettes, et une seule rupture financière les fait basculer. Il s'agit moins, pour elles, de "s'en sortir" que de survivre ; elles sont vulnérables au moindre accident, par exemple une hospitalisation.»

A ce problème de surendettement chronique, Luc Colinet voit une seule réponse : un service de proximité qui aide les familles à gérer un budget. Mais il faut relever d'autres aspects que l'aspect économique : «Il y a beaucoup de solidarité entre les familles, mais cette solidarité est très fragile : l'expérience que ces gens ont acquise est que l'ami d'aujourd'hui peut être l'ennemi de demain. Ils ont vécu l'exclusion et l'échec depuis la petite enfance. Il est donc difficile de s'appuyer sur ces solidarités de manière stable ; "ce n'est jamais à nos amis qu'on va expliquer nos problèmes", disent-ils. Les déménagements incessants – parfois plusieurs en une année – sont du même ordre. Ce qui permet à la famille de "tenir" dans un peu plus de stabilité, ce sont des services d'aide de proximité qui n'essaient pas de réparer mais d'aider les gens à créer des liens entre eux, de leur donner d'eux-mêmes une image plus positive, de faire avec eux des expériences de réussite et non plus d'échec. Il est alors possible de créer quelque chose qui est de l'ordre de la durée. Mais il faut pour cela **être avec** les gens et non **agir pour eux**. C'est cela qui peut les aider.»

La confiance a, en effet, souvent été cassée chez ces personnes, qui n'osent plus faire confiance à leurs proches. Pas plus qu'aux professionnels. Chez des personnes âgées ou chez des sans-abri, on entend parfois des réactions très vives : «je n'irai pas demander de l'aide aux voisins !» ou «je me débrouille très bien toute seule !» Luc Colinet : «C'est vrai qu'il y a de la méfiance par rapport aux voisins, mais créer une **identité de groupe** soutient très fort les gens. Au Pivot, ils parlent de famille... Mais cela se réalise dans la proximité au

Dans les “ quartiers ”

Cette question de la position du professionnel et de la « juste distance », on la retrouve dans le travail de Pascale Jamouille, qui a réalisé, sous l'égide du Centre de santé mentale du CPAS de Charleroi, des recherches ethnologiques étalées sur une dizaine d'années dans le Hainaut. Il faut rappeler le contexte dans lequel ces recherches démarrent : au milieu des années 1990, la « came » – surtout l'héroïne – s'implante dans la région⁹, et on constate que les poches de précarité sont très touchées. Elles se trouvent dans de grosses cités de logement social très enclavées, construites selon une logique « fonctionnaliste » (du logement, pas de commerces ni de lieux de travail) : tout se passe à l'intérieur de la cité. En ce sens, c'est la négation même de l'espace urbain.

Ces « blocs » sont habités par des personnes retraitées ou des familles qui vivent d'allocations sociales. L'économie parallèle y est omniprésente. Les familles monoparentales y sont sur-représentées et la figure maternelle y est dominante (familles « matricentrées »). beaucoup de pères sont absents physiquement (ils sont partis ou ont été « jetés »), ou bien ils sont présents mais disqualifiés parce qu'ils n'apportent plus de revenu décent à la famille, n'exercent plus une fonction paternelle qu'ils n'arrivent d'ailleurs pas à redéfinir, coincés qu'ils sont entre le modèle patriarcal qu'ils ont connu et un nouveau mode de relation paternelle, plus relationnel, qu'ils se sentent incapables de construire. Ils se sentent souvent amers et « déparentalisés » par leur femme ou ex-femme, par les travailleurs sociaux et par le juge. Les mères qui, de leur côté, se sentent obligées de jouer à la fois le rôle maternel et le rôle paternel, sont pleines de rancœur vis-à-vis des hommes, à qui elles reprochent leur manque de maturité et d'autorité et qu'elles considèrent comme responsables des dérapages des enfants dans les conduites à risque.

Se demandant pourquoi ces populations ne demandaient pas d'aide, ne s'adressaient pas aux services médico-sociaux, les chercheurs ont pensé qu'il fallait procéder par « immersion » : aller voir les gens sur leur terrain plutôt que de leur demander de venir sur celui des professionnels. C'était le seul moyen d'entrer en contact avec eux, qui ne fréquentaient pas les



© Photo : Hugues de Wurstemberger/Question Santé

jour le jour, et pendant une période prolongée au cours de laquelle on a pu expérimenter la confiance. Au Pivot, lorsque nous avons créé les cours d'alpha, il y avait déjà une histoire de dix ans avec les gens : il avait fallu tout ce temps pour que l'on s'aperçoive que certains ne savaient ni lire ni calculer. Ils avaient des stratégies pour le cacher. Même les uns aux autres !»

Question d'Eléonore Armanet : « Cette notion de famille, dans laquelle les participants se reconnaissent, tu dirais qu'elle tient au fait que quelqu'un occupe une place protectrice, incarne une figure parentale ? »

Réponse : « C'est vrai. Mais, si cela demande effectivement des liens très forts, nous ne sommes pas les amis ou les frères de ces personnes, nous restons des professionnels. Nous savons que « c'est pour un temps », ce n'est pas possible en permanence. Nous devons garder une certaine distance, nous n'allons pas leur faire des confidences ni leur demander de l'aide si nous avons un problème personnel. Proximité et distance sont indissociables. »

institutions. «Ce qui est apparu tout de suite évident, expose Pascale Jamouille¹⁰, c'est qu'il était hors de question de travailler dans les cités si on empruntait la porte d'entrée de la drogue. Parler de la came fait le vide autour de vous : les "camés" sont désignés comme les faibles, ils sont méprisés. Les gens veulent absolument éviter d'être catalogués ou identifiés comme tels. J'ai donc travaillé sur les conduites à risque en général : les rodéos en automobile, les tentatives de suicide, l'automutilation, le business souterrain... Ces conduites font partie de la socialisation qui s'opère par l'école de la rue, par les bandes de jeunes. Celui qui ne participe pas du tout à ce système n'appartient pas au territoire, il est rejeté, harcelé, maltraité. En ce sens, ne pas développer de conduite à risque est en soi une conduite à risque ! Si l'idéal, pour la santé mentale d'un jeune, est d'avoir plusieurs ancrages dans la vie sociale, le danger est de n'avoir aucun ancrage interne dans la cité. Ce qui peut nous paraître bizarre voire incompréhensible correspond donc, de l'intérieur, à une logique parfaitement rationnelle d'adaptation (même si cela fragilise aussi ces jeunes sur le plan psychique). Les souffrances que manifestent les conduites à risque ne sont pas que "psychologiques", d'ordre individuel, elles sont aussi le résultat de la violence sociale que les gens subissent.»

Sur le plan méthodologique, c'est d'abord le récit de vie, la parole qui a été privilégiée. «Lors d'une enquête précédente, j'ai travaillé dans le quartier chaud de Charleroi¹¹. J'ai pu constater que même les personnes "loin" dans la drogue étaient très preneuses de cette proposition... ce qui heurtait de front les représentations des professionnels ! La démarche d'écriture de leurs récits pacifiait la relation avec eux. Mais ils renvoyaient tout le temps aux familles : "Allez voir les familles!"... Ils avaient tous connu beaucoup de ruptures familiales, des liens de parenté douloureux. C'est frappant dans un travail ethnologique : les gens vous indiquent eux-mêmes les zones d'ombre, ils vous suggèrent eux-mêmes des pistes de recherche.»

Pour rencontrer ces familles, c'est à nouveau une stratégie indirecte qui est employée : «Si je dis aux gens que j'écris un livre sur le quartier, si j'évoque les problèmes que les adultes ont avec leurs ados, je

joue sur le lien avec les autres et les familles s'ouvrent. Mais parler de came ou de santé mentale, c'est la honte ! Même si l'enfermement qu'ils vivent dans leur quartier peut rendre réellement malade (certains se retrouvent régulièrement à l'hôpital), les gens ne se sentent pas fous, ils se sentent débordés. Pour qu'ils passent la porte d'un service spécialisé, il faut qu'ils soient très "loin", car l'étiquette psychiatrique ou celle de la toxicomanie leur colle à la peau ; ils perdent leur réputation, ce capital social qui leur permet de vivre la tête haute et de garder leur place dans le quartier. Les parents essaient donc d'aider leurs enfants en évitant de les mettre dans un dispositif qui les "marque" socialement. Mais ils ont perdu leur identité ouvrière forte, et ils voient que leur recherche d'un mieux pour leurs enfants débouche au contraire sur une dégradation.»

Ces jeunes échappent à leurs parents – même si la famille reste pour eux un point d'ancrage fondamental – mais pas à la cité. «La honte de soi, l'obsession d'éviter un plus grand déclassement ont remplacé les solidarités ouvrières. Un jeune des cités parle, marche, regarde d'une manière particulière. Il est toujours aux aguets, il ne baisse jamais sa garde. Ces jeunes n'économisent plus, ne postposent plus comme le faisaient leurs pères. La précarité, c'est être constamment "au jour le jour". Et cela ne s'améliorera pas tant que l'Etat (via les services publics) et, d'une façon plus générale, le collectif (via par exemple les commerces, les associations...) ne reviendront pas dans ces quartiers qu'il ont désertés. La situation se dégrade à cause des politiques qui sont – ou ne sont pas – mises en place. Les jeunes des cités se construisent une image en retournant contre l'extérieur les stigmatisations qu'on leur colle sur le dos.»

Bandes de jeunes, école de la rue et "business"

Dans ce contexte, pour les jeunes, l'ancrage dans la cité se manifeste par l'appartenance à la bande. De l'extérieur, les bandes de jeunes sont perçues comme anomiques et leurs membres comme de jeunes délinquants bons à rien et irresponsables. De l'intérieur, les choses sont plus complexes. Pour beaucoup de

jeunes qui n'ont pu ou su trouver leur place dans les espaces qui permettent à la jeunesse de s'exprimer et se faire reconnaître (école, activité culturelle, club sportif, mouvement de jeunes), écrit Pascale Jamouille¹², *«s'intégrer dans une bande, occuper un territoire et grimper les échelons de la hiérarchie de la cité est souvent vécu comme une nécessité pour la fabrique de l'estime de soi et l'accès au respect des autres. (...) Dans l'ancien monde ouvrier, déjà, un jeune ne se sentait pas "devenir un homme" en restant confiné dans le foyer domestique, mais bien en allant au dehors, rejoindre sa classe d'âge, au coin de la rue.»*

De plus, il est souvent impossible de se faire une place dans ces cités ou ces quartiers si l'on n'appartient pas à un groupe : on est alors l'objet d'ostracisme, de quolibets, d'insultes voire d'agressions. Inversement, le groupe est une bonne protection. Mais l'emprise de la bande est encore plus normative que celle de l'école ou de la famille ; elle offre (et impose) un processus d'appartenance et d'apprentissage : l'école de la rue. Pour s'intégrer, les plus jeunes doivent faire leurs preuves en apprenant les comportements valorisés par le groupe ; les «vannes», la «tchatche» (joute verbale), les combats de rue sont à la fois des rites de passage et des modes de régulation des conflits. Et ils apportent aux jeunes gens un capital de réputation essentiel. Celui-ci est pourtant fragile, susceptible d'être remis en question à tout moment, objet d'une impitoyable compétition. D'où un comportement permanent de défiance, même entre membres de la même bande. Il s'agit de ne pas apparaître comme un «faible», de ne pas supporter les offenses, de répondre aux provocations, de ne pas perdre la face. Une parole blessante, une «remarque», un regard trop appuyé viennent menacer une identité toujours précaire.

Mais la distinction entre forts et faibles n'est pas la seule qui règne ; elle se double d'un classement entre riches et pauvres qui se base sur les capacités des premiers à réussir dans le «business», c'est-à-dire l'économie souterraine ou parallèle. Celle-ci a certes toujours existé mais c'est au début de la décennie 1990 – avec la quasi disparition des chances, pour les jeunes peu ou pas qualifiés, de trouver une place dans l'économie légale – que le business s'est généralisé et

diversifié : trafic de voitures et de motos, vol avec effraction, recel, vente d'objets «tombés du camion», commerce de la drogue, trafic de produits de luxe, etc. Les compétences que requiert l'économie souterraine s'apprennent en groupe, à l'école de la rue : on apprend «en faisant», en se débrouillant, en reproduisant les attitudes et les comportements des plus âgés. Ces apprentissages portent sur des savoirs et des savoir-faire concrets, pragmatiques, conformément aux valeurs populaires, écrit encore Pascale Jamouille : *«Ce schéma d'apprentissage valide certaines compétences qui se révèlent dans l'action – la ruse, les capacités sociales, l'improvisation en situation, l'autorité, l'aptitude au combat, la capacité à "faire de la thune"... – plutôt que les acquis de la classe dominante. (...) En jouant, ils apprennent les stratégies et les tactiques utiles dans l'économie de la rue : se dissimuler, prendre leurs risques, assumer leurs erreurs, maîtriser leur peur, "baratiner", "déconnecter" en consommant des psychotropes.»*

Comme les frontières entre l'économie souterraine et l'économie légale sont de plus en plus floues, la plupart des jeunes qui sont dans le business – trois sur quatre – finissent par «se légaliser», comme ils disent. C'est-à-dire qu'ils ne dépendent plus entièrement de l'économie parallèle, même s'ils n'ont pas tout à fait coupé les ponts avec celle-ci. Quels sont les facteurs qui jouent en faveur de cette «réinsertion» ?

«D'abord, répond Pascale Jamouille¹³, ils sont à fond dans les valeurs de consommation, ce sont de purs enfants d'aujourd'hui ! Leur modèle, c'est celui du travailleur indépendant. Ils ne rêvent pas du tout de faire leur vie dans l'économie illégale : on n'est pas dans le Milieu ou la Mafia ! Ils se disent : "J'utilise l'école de la rue pour entrer ensuite dans l'économie légale. A 18 ans, je le fais !" Bien sûr, ce rêve d'intégration repose en bonne part sur une illusion, car ces jeunes "claquent" beaucoup d'argent, ils n'économisent pas. Et s'intégrer prend du temps. Ce qui est déterminant, ce sont donc les ressources qu'ils peuvent trouver. Souvent, plusieurs d'entre elles se combinent. Il y a d'abord la famille. Ensuite l'école : le capital scolaire qui peut permettre de sortir du ghetto. L'investissement amoureux peut jouer. Leurs copines habituelles, ils les voient comme des filles faciles (et sentent bien qu'elles



© Photo : jean-Louis Saïz/Question Santé

les méprisent) ; ils rêvent d'une fille de l'extérieur de la cité. Donc, quand un garçon tombe amoureux, il cache la fille à ses copains, à sa bande. Pour aimer, pour se construire en tant qu'individu, il doit pouvoir se montrer vulnérable face à quelqu'un. Or, avec les copains, il faut jouer au dur.»

Bien entendu, le facteur temps joue un très grand rôle pour permettre au jeune de mûrir comme individu. En effet, *«tout ce qu'il a appris à l'école de la rue s'est fait en groupe : la tchatche, le sens de la répartie, le sens du commerce, les réseaux d'alliance. Mais toutes ces pratiques, ces codes, qui sont un handicap à l'extérieur de la cité, représentent aussi un capital. Deux exemples : un de ces jeunes est devenu délégué syndical, un autre agent immobilier... D'autres facteurs peuvent jouer le rôle de points d'appui à une insertion : l'accès à la paternité (mais on a vu que tenir le rôle de père était rien moins que simple : il faut savoir écouter et négocier, choses que l'école de la rue ne leur a pas apprises), un*

travail (mais il s'agit souvent d'un «petit boulot» ou d'un travail temporaire, qui laisse derrière lui du découragement).»

Jeunes comme adultes peuvent aussi trouver un point d'appui dans des repères religieux, dans l'appartenance à une communauté spirituelle, comme on l'a vu plus haut. *«Les communautés religieuses peuvent avoir un rôle très important quand elles ramènent du collectif : elles vont vers les gens, elles vont dans les familles, elles offrent un soutien inconditionnel et aident à remettre un peu d'ordre entre les générations (par rapport à la parentification d'un enfant, par exemple). Mais elles peuvent aussi jouer un rôle très négatif si elles se rangent dans une logique de pouvoir (sectarisme, abus, instrumentalisation des familles). Une autre forme positive du collectif est la cagnotte populaire, dans la tradition ouvrière : on se met ensemble pour épargner, seul on n'y arriverait pas. Ce sont des groupes qui rassemblent parfois jusqu'à*

80 personnes et qui sont mélangés tant sur le plan des cultures que sur celui des sexes. Il s'agit d'épargner mais aussi de parler ensemble, d'agir ensemble. Autrefois, on économisait pour pouvoir se chauffer, acheter du charbon. Aujourd'hui, c'est pour payer des vacances aux enfants : le loisir est devenu une obligation, on n'est pas un bon parent si on ne permet pas à ses enfants d'y accéder. La règle de la cagnotte, c'est qu'il ne faut pas interrompre ses contributions, sinon on est mis à l'amende ou même on perd toute sa mise. Le bénéfice (l'argent est déposé sur un compte bancaire) est affecté à des activités collectives. Et, comme cela se passe souvent au bistrot, on dépense plus d'argent qu'on n'en gagne. Mais cela rapporte davantage en relations, en petits boulots, en lien social ; on peut trouver un compagnon, une compagne... A la limite, l'argent est un prétexte.»

En guise de conclusion

On voit donc que la «débrouille» des familles se manifeste de différentes façons, selon le contexte social, culturel, économique, mais aussi l'inventivité des individus et des groupes, selon, aussi, leur histoire. Les ressources et les points d'appui varient. On ne les choisit pas toujours librement, loin de là. Ils permettent plus ou moins bien de «tenir» ou de «s'en sortir». Et ils ne sont pas toujours fiables : ils ne sont pas garants d'une plus grande sécurité, d'une plus grande stabilité, encore moins de la sortie de la précarité. L'enjeu principal – le point d'appui ou ce qui fait défaut – nous semble être le lien social, la possibilité de compter sur ses pairs, de s'identifier à un groupe, ou au contraire l'isolement : ne pouvoir compter que sur soi alors que, justement, l'image de soi, l'identité sont affaiblies.

Alain Cherbonnier

- 1 Editions De Boeck Université, collection Oxalis, 2002.
- 2 Psychiatre hospitalier, Chef du Service intersectoriel Alcool-Toxiques au CHU de Brest. Cf. son intervention "Souffrance psychique et précarité" au Forum santé précarité : quels parcours de vie ?, Brest, 7 octobre 2004.
- 3 Eric Mangez, Magali Joseph et Bernard Delvaux, Les Familles défavorisées à l'épreuve de l'école maternelle. Collaboration, lutte, repli, distanciation, CERISIS, UCL, 2003.
- 4 L'Ecole devant la grande pauvreté. Changer de regard sur le Quart-Monde, Hachette, 1998.
- 5 Voir Bruxelles Santé n° 17, 2000, pp. 8-14, et le n° spécial 2001, pp. 20-27.
- 6 Rôle sexuel en tant que construit social.
- 7 Voir Bruxelles Santé spécial 2001, pp. 40-45.
- 8 Voir Bruxelles Santé n° 27, 2002, pp. 2-5.
- 9 Ce n'est évidemment pas spécifique au Hainaut. En fait, dans tous les lieux où le monde ouvrier a été touché de plein fouet par les bouleversements industriels et économiques, où on est passé de l'habitat ouvrier (avec sa convivialité, ses solidarités) à ces sortes de ghettos urbains, on voit apparaître une économie souterraine qui permet d'échapper aux règles de l'Etat mais supprime aussi ses protections.
- 10 Interview, 7 juillet 2005.
- 11 P. Jamouille, Drogues de rue - Récits et styles de vie, De Boeck Université, 2000.
- 12 Cette partie du dossier est directement inspirée de son article à paraître dans le n° 4 de La Matière et l'Esprit, revue publiée par l'Université de Mons-Hainaut : "L'adolescence en cité sociale et le monde scolaire. 'L'école de la rue' ". Cette citation et la suivante sont extraites de cet article.
- 13 Interview déjà citée.



Pour obtenir ce numéro : 04 232 31 60 ou 61
info@revueobservatoire.be

L'ergothérapie à domicile, gratuitement

C'est en 2004 que l'ASBL Soins Chez Soi a lancé un service gratuit de soins d'ergothérapie à domicile sur les 19 communes bruxelloises. Ce projet pilote, qui a été subsidié par la COCOF, vise le maintien de la personne âgée dans son domicile dans de meilleures conditions de sécurité, d'hygiène et de qualité de vie. Il repose sur un partenariat avec Télé-Secours, service d'aide à domicile 24h/24, avec le GRAPE (Groupe de recherche appliquée en ergothérapie), qui réunit des membres de l'Association des Ergothérapeutes de Belgique, et avec l'ASBL Espace Social / Télé-Service, un des Centres d'action sociale globale (CASG) de la Région bruxelloise.

Le projet est né dans un contexte démographique bien connu : l'espérance de vie est allongée et le nombre des personnes âgées ne cesse de croître. Ce constat débouche non seulement sur des questions de santé publique – les hospitalisations, les placements en maison de repos ou dans un home – mais, plus largement, sur une interrogation éthique : comment allons-nous, en tant que collectivité, en tant que citoyens, prendre en charge le vieillissement de nos aînés ? La recherche de réponses passe par une réflexion menée tant par les bénéficiaires des soins que par les professionnels.

La plupart des personnes âgées aspirent à pouvoir rester le plus longtemps possible dans leur environnement familial et y recevoir une aide. Ce maintien à domicile doit être envisagé dans les meilleures conditions possibles, en termes de sécurité et d'hygiène mais aussi de bien-être. Se pose dès lors la question de la dépendance. D'un point de vue strictement socio-sanitaire, être dépendant équivaut à ne plus pouvoir

accomplir seul les actes élémentaires de la vie quotidienne. Ceci peut survenir à toute période de la vie, mais le risque augmente nécessairement avec l'âge. Or, constate-t-on à Soins Chez Soi, " la logique principale actuelle s'organise davantage en termes de recours à des prestations de professionnels qu'à l'encouragement d'une exploitation maximale des ressources propres des patients. Ceci pose inévitablement la question du risque de dépendance accrue. Notre projet vise à soutenir les personnes dans leurs facultés propres afin de leur permettre d'éviter un double écueil : prétendre garder leur indépendance à tout prix ou tomber dans une dépendance excessive vis-à-vis de tiers (famille, prestataires, bénévoles, etc.). "

C'est dans ce cadre que les promoteurs du projet ont concentré leurs efforts sur l'ergothérapie, persuadés de la plus-value qu'offre ce type de soin aux personnes âgées. Les enjeux sont de permettre à celles-ci de réapprendre les gestes de la vie quotidienne, de les habituer à utiliser des aides techniques et de les convaincre d'accepter des aménagements dans leur domicile. Mais le recours à l'ergothérapie reste encore souvent méconnu par les professionnels comme par les particuliers. Or, si le travail de l'ergothérapeute n'a que peu de prise sur le niveau de santé en tant que tel du patient, il peut agir très efficacement pour que l'indépendance de celui-ci perdure.

Concrètement, que va faire l'ergothérapeute ?

- Analyser la situation particulière du patient (ses capacités à se lever, se laver, s'habiller, préparer un repas...), identifier les barrières et obstacles mais aussi les ressources architecturales et environnementales, tenir compte des aidants naturels, prendre en compte les informations médicales, paramédicales, sociales, etc.
- Réaliser une étude approfondie du contexte : espaces de déambulation, éclairage et électricité (interrupteurs,

fils électriques...), ouverture et fermeture (portes, tiroirs, radiateurs...), accès (armoires, cuisinières, électroménager...), hauteurs (tables, sièges, lit, baignoire...), stabilité (sièges, tables, appuis...).

- Etudier les risques potentiels comme la présence de marches et d'escaliers, sols irréguliers ou glissants, espaces trop réduits ou distances trop importantes, points d'appui en nombre insuffisant, meubles dangereux (coupants, instables...).
- Etablir un plan de travail pour exercer la personne à réaliser les gestes usuels, rechercher les aides techniques adaptées, aménager l'environnement et stimuler le patient.
- Ajuster son intervention en fonction d'une évaluation des bénéfices en termes d'indépendance.

L'intervention de Soins Chez Soi se produit à la demande du médecin généraliste ; le bénéficiaire contacte l'ASBL pour demander le passage de l'ergothérapeute. Celui-ci se rend au domicile du patient pour évaluer les capacités et incapacités de celui-ci, sa situation actuelle, ses besoins et souhaits en matière d'activités, son vécu journalier, les possibilités et risques environnementaux. Suite à cette étude, il propose les apprentissages nécessaires, les aides techniques à mettre en place et à utiliser, ainsi que l'aménagement du domicile. Les petits aménagements éventuels pourront être effectués par un nouveau service, " Les petits boulots " (voir plus loin). L'ergothérapeute établira ensuite un rapport pour le médecin généraliste, Soins Chez Soi et le patient. Et le réseau des partenaires pourra, au-delà de l'intervention de l'ergothérapeute, mettre en place les autres soins et services nécessaires.

Quels sont les premiers résultats engrangés par ce projet pilote ?

Ceux que nous reproduisons ci-après concernent la période de mars à novembre 2004. Les demandes parviennent à l'ASBL majoritairement via des médecins, des hôpitaux et divers lieux qui offrent des services et des soins aux personnes.

- La moyenne d'âge des demandeurs est de 78,7 ans. Proportionnellement, les femmes font davantage appel

aux services d'un ergothérapeute que les hommes.

- La situation familiale se présente comme suit, par ordre décroissant : isolé, couple, famille, communauté.
- La situation environnementale joue un rôle puisque la demande est proportionnellement plus importante chez les personnes vivant en appartement que chez celles qui habitent une maison.
- Les pathologies qui entraînent les demandes se répartissent par ordre décroissant de la manière suivante : chutes, pathologies gériatriques, pathologies neurologiques (accidents cardio-vasculaires cérébraux principalement), pathologies orthopédiques, maladie de Parkinson, maladies d'Alzheimer, infirmités motrices cérébrales, et enfin brûlures, dépression et diminution de l'acuité visuelle.
- Les problèmes principalement rencontrés sont les déplacements au domicile, les transferts (passer de la position debout à la position assise et couchée et vice-versa), les activités journalières, les activités instrumentales de la vie quotidienne (gestion du budget et des médicaments, préparation des repas, entretien du domicile et du linge, écriture et communications téléphoniques, loisirs et sorties), l'orientation dans le temps et l'espace, la mémorisation et l'apprentissage, le manque de force et d'amplitude dans les mouvements, le déficit visuel et auditif.

" Les petits boulots "

En 2005, le réseau propose une nouvelle offre, financée par la COCOF, dont l'initiative revient au Service des Jeunes de Télé-Service. Les personnes intéressées s'adressent à Soins Chez Soi :

- pour recevoir un devis gratuit et sans engagement ;
- pour faire appel à de jeunes étudiants, encadrés par un responsable et assurés contre les accidents de travail, qui effectueront les travaux requis ;
- pour des conditions financières avantageuses puisque ces travaux coûteront 5 euros par heure et par étudiant.

Soins Chez Soi
Coordination de soins et services à domicile
Numéro d'appel unique : 02 420 54 57

Prévention des assuétudes et promotion de la santé : une démarche d'analyse des besoins construite avec des partenaires

Comment amener un changement dans les pratiques professionnelles et les cadres de référence ? Comment soutenir la volonté de réorientation d'un service et de ses campagnes de sensibilisation ?

Au départ d'une démarche méthodologique déjà expérimentée par le Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles, les partenaires réunis en groupe de recherche ont choisi de se mettre à l'écoute des travailleurs de terrain.

Les lignes qui suivent décrivent les étapes de la méthodologie de ce projet.

Le projet trouve son origine au sein du Service prévention tabac du FARES. L'idée est de développer un programme pour, entre autres, aider à une réorientation de ce service. A savoir, mieux articuler les actions avec les stratégies de promotion de la santé. Un des enjeux est donc de mener une action orientée " terrain " mais qui soit en même temps un lieu de réflexion et un banc d'essai de stratégies innovantes.

Choix et cadre de travail proposé par le FARES

Plusieurs choix ont orienté le développement de toute l'action :

- recherche de partenaires qui puissent devenir co-acteurs ;
- analyse et " ressourcement " auprès du terrain (tant les acteurs professionnels que le public des adolescents) ;
- recherche d'innovation ;
- adaptation d'une méthodologie d'analyse des besoins déjà menée par le CLPS de Bruxelles pour d'autres problématiques.

Le cadre de travail mis en place comprend :

- des objectifs généraux, un échéancier à terme, des axes stratégiques à activer à chaque étape du projet ;
- une évaluation et une réorientation continues ;
- une concertation avant les prises de décision.

Ce cadre permet à chaque partenaire/secteur de trouver son rythme, de prendre sa place. Le souci est d'amener du changement, une plus-value tant au niveau régional que local.

Emergence d'un partenariat

La première étape de la démarche est d'identifier les partenaires possibles parmi des organismes actifs en Communauté française (niveau communautaire) pour la question des assuétudes et de la promotion de la santé. Un groupe de recherche s'est ainsi constitué.

Les partenaires sont co-acteurs du programme. C'est avec ceux-ci que :

- les premiers acteurs de terrain¹ ont été rencontrés ;
- les perceptions des jeunes ont été récoltées ;
- les stratégies d'action ont été construites suite à l'écoute des acteurs de terrain ;
- une logique de réseau local a été initiée ;
- les pistes d'actions déterminées avec les acteurs de terrain sont progressivement mises en œuvre.

Le partenariat mis en place lors du démarrage du programme n'est pas limitatif. Il se développe et s'adapte en relation avec les différentes étapes du programme. Chaque partenaire évalue périodiquement ses " apports et bénéfices " ainsi que la continuité envisageable par rapport à ses propres missions et programmes.

Comment le CLPS est-il entré dans ce partenariat ? Précédemment, le CLPS avait développé une démarche d'analyse des besoins des acteurs de terrain travaillant auprès des jeunes. Etalé sur environ trois années, ce travail avait permis de boucler un cycle complet : conception des méthodes d'analyse, récolte et analyse des données, exploitation des conclusions dans différents programmes, diffusion des résultats, évaluation et réorientation des actions.

Plusieurs défis à relever

Pour les partenaires du groupe de recherche, les données de départ peuvent être présentées comme autant de défis à relever. Nous verrons en finale les leçons tirées de cette expérience.

- Pour le promoteur, le défi consiste à construire un nouveau cadre de référence nourri par cette recherche-action.
- Intégrer, dans une démarche de promotion de la santé, tabac et assuétudes.
- Favoriser l'intersectorialité aux niveaux régional et local : comment éviter les conflits inhérents aux différentes approches au profit d'une plus-value ?
- Sensibiliser des acteurs de terrain à une approche de promotion de la santé pour aborder la problématique tabac et assuétudes.

Un partenariat orienté vers le changement

L'intersectorialité se cristallise au travers du partenariat. Elle est ici posée comme une condition d'émergence du changement, soutenue par les dynamiques d'un groupe de recherche et de tables rondes locales. Croiser des secteurs, c'est croiser des missions, des territoires, des thématiques, des approches différentes, avec parfois des chevauchements ; c'est une occasion de construire ensemble.

Un processus de promotion de la santé initié du changement :

- Dans une démarche participative transversale, le groupe de recherche (niveau communautaire) vise la construction et le suivi du processus de promotion de la santé.
- Les réseaux locaux en assurent la réappropriation et le développement.

La progression est vue à long terme avec des échanges continus et les réajustements nécessaires entre les deux niveaux (communautaire et local).

Les changements attendus :

- Sensibilisation à la problématique tabac, à son intégration dans un modèle des usages de drogues (personne - produit - contexte).
- Augmentation des compétences en matière d'actions menées : intégration des stratégies de promotion de la santé aux pratiques professionnelles, approche de la problématique du tabac dans le cadre général des assuétudes, avec une vision positive de la santé.
- Réorientation d'un service : passage(s) d'un modèle biomédical à un modèle de promotion de la santé en matière de prévention tabac.

Un des leviers de développement du programme, c'est *l'intersectorialité*² dans le cadre d'une démarche participative qui devrait déboucher sur de l'innovation :

- une enquête qualitative et sa diffusion ;
- la sensibilisation d'acteurs de terrain à une problématique santé (tabac/assuétudes) ;
- la sensibilisation d'acteurs de terrain à une démarche de promotion de la santé ;
- l'activation de réseaux locaux et la projection d'actions – à court, moyen et long terme – de sensibilisation et d'augmentation des compétences.

Une démarche participative ...

Au niveau communautaire : à l'écoute des acteurs de terrain. Outre la constitution d'un partenariat, une enquête qualitative communautaire a été menée auprès de 32 professionnels travaillant dans les différentes régions de la Communauté française ainsi que dans des secteurs distincts (AMO, enseignement, hébergement...). Ces personnes interrogées avaient comme particularité de travailler auprès de jeunes (12-20 ans) issus de milieux plus vulnérables. Les résultats de l'enquête mis en forme par le groupe de recherche sont réappropriés au niveau local lors de tables rondes.

Et au niveau local : les tables rondes sont organisées en

collaboration avec des Centres Locaux de Promotion de la Santé. Les objectifs du programme sont la sensibilisation des acteurs locaux et, à plus long terme, l'augmentation des compétences.

Principaux Résultats

- Activation du partenariat au niveau communautaire et de la mise en réseau au niveau local.
- Identification des acteurs : mise à plat de la problématique du tabac et des assuétudes avec ceux-ci : visualisation des liens tabac-assuétudes, et approche de la stratégie de réduction des risques.
- Prise de conscience des freins et des leviers pour l'action à plus long terme.
- Emergence de pistes stratégiques.
- Transfert dans des réseaux locaux.

Principales leçons et interrogations tirées de cette expérience

- Pour le promoteur, passer d'un cadre de référence à un autre. Eléments facilitateurs : construire des ponts, avoir des passeurs...
- Rencontre des secteurs : conflits ou plus-value ? Elément facilitateur : la qualité du climat.
- Intégrer tabac et assuétudes. Eléments facilitateurs : le travail des représentations et la recherche de leviers de changements. Ou encore s'éloigner du sujet et travailler sur la dépendance et l'autonomie, la liberté... les attitudes.
- Sensibiliser les acteurs à la problématique tabac/assuétudes dans le cadre de la promotion de la santé et développer leurs compétences. Eléments facilitateurs : écouter les acteurs et partir de là où ils sont.

*Cécile Plas
Coordinatrice promotion santé,
Service prévention tabac, FARES*

*Begoña Montilla
Responsable de projet,
Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles*

Bloquez dans vos agendas les dates du mardi 13 et du mercredi 14 décembre ! A ces dates auront lieu les Conférences Locales de promotion de la santé de Bruxelles : un espace de rencontre intersectorielle. On travaillera et on expérimentera le lien entre promotion de la santé et expression artistique. A suivre...

1 Acteurs de terrain : professionnels actifs auprès des jeunes, acteurs de première ligne.

2 Intersectorialité : interactions dans la rencontre de professionnels venant d'institutions de secteurs avec des pratiques professionnelles et des missions différentes.

Un pas de plus sur le front anti-tabac

On le sait, le tabagisme représente une des causes de mortalité parmi les plus importantes (même si c'est une cause évitable) puisqu'il envoie *ad patres* environ 20.000 personnes par an dans notre pays, lequel occupe la première place européenne en terme de mortalité due au cancer du poumon.

Du neuf, donc, pour les victimes de l'assuétude au tabac et les victimes passives des quelque 4.700 composés chimiques, avec l'adoption par la Commission communautaire commune, après la COCOF et le Parlement bruxellois, du projet d'ordonnance portant ratification à la convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac.

C'est, dans le même temps, une défaite pour le secteur cigarettier qui, malgré toutes les connaissances actuelles quant à la nocivité du produit, continue à mettre impunément sur le marché un poison aussi dangereux, ciblant les jeunes et n'hésitant pas à ajouter des substances activant une assuétude.

L'objectif de la convention est la réduction du tabagisme grâce à quelques principes tels que la limitation de la publicité, l'étiquetage clair, la protection contre l'exposition à la fumée, la lutte contre le commerce illicite...

Ce texte est une contribution qui vient s'ajouter à une panoplie d'autres actions visant à réduire l'attractivité du tabac, telles que l'interdiction de la publicité pour ce produit et de la vente aux moins de 16 ans, l'interdiction de fumer dans certains lieux publics et, bientôt, de fumer dans les espaces de travail et les équipements sociaux, voire les restaurants.

Cependant, ne perdons pas de vue une série de questions à caractère social et psychologique qui font partie du problème. Les femmes ont tendance à fumer plus que par le passé, les chiffres concernant les adolescents sont inquiétants et on fume davantage aussi dans des milieux précarisés. L'ignorer conduirait à soigner trop le symptôme sans s'attaquer aux causes

du mal-être et serait sans doute plus que contre-productif.

Par ailleurs, il serait injuste de reporter toutes les frustrations et les courroux de notre société sur le seul dos des fumeurs, qui feraient les frais d'une nouvelle chasse aux sorcières. Alors, des actions ? Oui, oui et encore oui, mais sans stigmatiser, dans le soutien et pas dans la culpabilisation. Enfin, ce nécessaire travail ne peut se faire que dans le cadre d'une concertation avec les autres niveaux de pouvoir pour optimiser les chances de succès.

Dominique Braeckman
Présidente du groupe Ecolo à la COCOF
(fumeuse abstiner)

.....

Pour le développement d'entreprises bruxelloises promotrices de santé

Dans le cadre du programme européen " La santé pour tous en l'an 2000 ", l'OMS Europe avait défini trois lieux privilégiés pour assurer le développement de la promotion de la santé auprès des citoyens : l'école, la ville et l'entreprise.

Le programme " Ecoles promotrices de santé " a donné lieu au Réseau Européen des Ecoles en Santé. En Communauté française, cette expérience a été à la base du décret sur la Promotion de la Santé à l'Ecole (PSE).

Du côté des villes, on connaît mieux le réseau européen des Villes en Santé depuis que Bruxelles en fait partie. Les différents projets caractérisés par une implication maximale des habitants dans un enjeu local illustrent bien le concept en vigueur.

Du côté des entreprises, les initiatives répondant au concept de la promotion de la santé se veulent nettement plus discrètes. Et pourtant les enjeux de la santé au travail sont nombreux : tabagisme, alcoolisme, stress, charge psychosociale, harcèlement... Autant de phénomènes qui se traduisent

par un coût social et financier particulièrement élevé. Tant pour les individus que pour les entreprises et la collectivité. Sans développer ici l'ampleur des phénomènes de l'absentéisme et du *turn-over*.

Des réponses ont déjà été apportées au niveau fédéral : de façon globale via la législation sur le bien-être au travail, de façon plus ciblée à l'égard du tabagisme ou du harcèlement moral en prenant les législations idoines. Il n'empêche que le secteur des entreprises bruxelloises pourrait bénéficier d'une forme d'encouragement. Pourquoi ne pas imaginer un label de reconnaissance bruxellois vis-à-vis des entreprises qui se distinguent par la mise sur pied de programmes respectant les principes de la promotion de la santé communautaire ?

André du Bus
Député bruxellois
Président du groupe cdH au PFB

.....

Aider à lutter contre les mariages forcés

Nous avons tous eu connaissance ou entendu parler de jeunes filles mariées de force, qui quittent du jour au lendemain l'école qu'elles fréquentaient. Cela est-il courant ? Pourquoi ? Comment éviter de telles pratiques tout en préservant les liens familiaux ?

Le mariage forcé est un mariage par lequel les parents imposent à leur enfant une union qu'ils ont négociée sans leur avis. Plusieurs raisons sont avancées pour justifier la conclusion de tels mariages : le renforcement des liens familiaux, la pression des pairs et de la famille, la sauvegarde de l'honneur de la famille, l'obtention de papiers de séjour...

Les mariages forcés concernent majoritairement des jeunes filles. Ils peuvent avoir des répercussions graves, parfois tragiques comme le chantage affectif, des violences physiques, des pressions psychologiques, des violences conjugales...

En Belgique, nous ne disposons malheureusement d'aucun chiffre précis en ce qui concerne les mariages forcés. Néanmoins, nous ne pouvons nier l'existence de cette pratique dans notre pays. Lors d'une enquête menée par l'UCL auprès de 1.200 jeunes âgés de 15 à 20 ans, il ressort que 23% des jeunes interrogés ont déjà été confrontés de près ou de loin au phénomène des mariages forcés et que 92% de ces jeunes pensent que cette pratique persiste actuellement dans notre pays.

Sur base de cette enquête, ma collègue Souad Razzouk et moi-même avons interpellé les responsables ministériels tant au Parlement de la Communauté française qu'au Parlement francophone bruxellois. Nous avons défendu des pistes concrètes d'action, notamment celles-ci :

- l'instauration d'un plan d'action en collaboration avec l'Etat fédéral et les entités fédérées concernées, ainsi qu'une réglementation fédérale adaptée au problème ;
- la création d'un centre d'aide aux victimes de mariages forcés et le renforcement des moyens de formation et d'information pour les associations de terrain existantes. Ce centre accueillerait et informerait les jeunes promis à une personne sans leur consentement et leur permettrait de ne pas se trouver démunis devant une telle situation ;
- la création d'une ligne téléphonique (numéro vert gratuit et accessible de l'étranger) qui pourrait fournir aide et conseils aux jeunes victimes ;
- l'information des enseignants, éducateurs, assistants sociaux sur l'existence d'un tel problème et les moyens de répondre aux angoisses et aux inquiétudes de certains de leurs élèves.

Caroline Persoons
Présidente de groupe MR au PFB
Pour plus d'informations : 02.549.66.24

Annonces

► 20 octobre 2005 : Le rôle de la surprise et de l'humour en psychothérapie (Lille)

L'intervention psychothérapeutique présente un aspect commun avec l'histoire drôle. Dans les deux cas, l'auditeur qui suit pas à pas les prémisses, est conduit à des développements aussi éclairants que surprenants. Cet effet de recadrage, d'interprétation, d'inattendu ouvre des pistes nouvelles dans des situations balisées par une logique répétitive. Un psychanalyste, un écrivain et deux thérapeutes illustreront chacun de leur point de vue des nouvelles voies pour élargir le champ des possibles.

*Pour infos : Institut d'Etude de la Famille de Lille
E-mail : ift@institut-famille.com*

► 21 octobre 2005 : Les cancers de la prostate. Journée d'information

On en parle peu et pourtant, dans notre pays, les cancers de la prostate sont n°1 par ordre de fréquence chez l'homme. Chaque année, en Belgique, plus de 5.000 nouveaux cas sont recensés. Souvent confondus, à tort, avec les tumeurs bénignes de la prostate, ces cancers soulèvent de nombreuses questions : peut-on les éviter ? Que penser du dépistage ? Quels traitements choisir ? ...

Pour infos : Fondation contre le Cancer

Tél. : + 32 2 736 99 99

Fax : + 32 2 734 92 50

E-mail : commu@cancer.be

► 8, 9, 10 novembre 2005 : Les secrets de famille. Quand et comment révéler ? (Toulouse)

Le psychothérapeute aussi bien que l'intervenant médico-psychosocial est confronté régulièrement à un secret de famille. Faut-il toujours révéler un tel secret ? Et, si c'est le cas, à quel moment et de quelle manière ? Le secret de famille est d'autant plus nocif que l'interdit porte souvent sur son existence même : le secret règne sur le fait qu'il puisse exister un secret.

Les orateurs invités à ce congrès présenteront différentes lectures complémentaires du secret de famille : quelle en est la fonction ? Quel est son rôle dans la communication ? Comment s'effectue sa transmission ? Quelle nocivité présente-t-il ?

Pour infos : Institut de la Famille de Toulouse

Tél. : + 33 5 61 52 31 34

Fax : + 33 5 61 52 22 92

E-mail : ift@institut-famille.com

► 22 novembre 2005 : L'augmentation des demandes d'expertise pour une mise en observation, symptôme de malaise urbain ?

On assiste aujourd'hui, dans la Région de Bruxelles Capitale, à une montée importante de demandes d'expertises pour des mises en observation. C'est le cas également dans d'autres métropoles européennes. Assiste-t-on à une augmentation des besoins, à des changements de pratiques, ou aux deux ? En quoi le travail de réseau offre-t-il une possibilité de réponse à cette problématique ?

Psychiatre, psychanalyste, épidémiologiste, procureur du Roi, sociologues et membres du Réseau Bruxelles Est réfléchiront ensemble sur ce phénomène. Au Bouche à Oreille, 11 rue Félix Hap, à 1040 Bruxelles.

Pour infos : Réseau Bruxelles Est c/o WOPS asbl

Tél. : + 32 2 762 97 20

Fax : + 32 2 772 61 30

E-mail : wopscsm@tiscali.be

► 14, 15, 16 décembre 2005 : Les Journées de la Santé Publique (Rennes)

Les journées scientifiques de l'Ecole Nationale de la Santé Publique associeront, comme l'an passé, conférences, assemblées plénières et ateliers.

Le comité scientifique a retenu trois grands thèmes :

- l'offre de soins : quel pilotage ?
- l'évaluation et la gestion des performances au regard des objectifs de santé publique
- la promotion de la santé : quelle place dans l'offre de soins ?

Il a identifié pour chacun des thèmes quelques questions sur lesquelles les contributions pourront plus particulièrement porter. Chacune des questions donnera lieu à un atelier.

Pour infos : <http://www.ensp.fr/journees/index.php>

Secrétariat de rédaction :
Françoise Kinna

Comité de rédaction :
Dr Robert Bontemps
Alain Cherbonnier
Myriam De Spiegelaere
Michel Hemmeryckx
Thierry Lahaye
Dr Roger Lonfils
Solveig Pahud
Dr Patrick Trefois

Graphisme :
Carine Simon

Avec le soutien de
la Commission communautaire française
de la Région de Bruxelles-Capitale.



Une réalisation de l'asbl Question Santé
Tél. : 02/512 41 74 Fax : 02/512 54 36
E-Mail : question.sante@skynet.be
<http://www.questionsante.org>



Editeur responsable : Dr P. Trefois,
72 rue du Viaduc - 1050 Bruxelles

Les articles non signés sont de la rédaction.
Les articles signés n'engagent que leur auteur.