

BRUXELLES SANTÉ

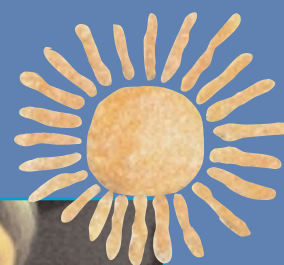
Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°21 - Mars 2001



N°21

La santé mentale

*Un autre regard
sur la prévention*



Bureau de dépôt
Bruxelles 5

BELGIOUE
P.P.
1050 BRUXELLES 5
1/6233

Sommaire

En direct de...

Le Dries à Watermael-Boitsfort . . .pages 3 à 5

Bouquins malinspages 6 et 7

Dossier

Prévention et santé mentalepages 8 à 17

Initiatives

«SOS sectes» : une nouvelle association
pour aider les victimes de sectes . . .pages 18 et 19

L'écho du CLPS

Un dépliant facile à trouverpages 20 et 21

Carte blanchepages 22 et 23

Annoncespage 24

Editorial

Comme vous avez pu le constater de visu, "Bruxelles Santé" fait peau neuve. Nous espérons que cette mise en page vous semblera plus attrayante et plus souple. Mais les changements ne s'arrêtent pas à la forme. Sur le contenu aussi, nous avons voulu marquer le coup.

Tout d'abord, changement dans la continuité. Pour la rubrique "En direct de", nous accentuerons l'option déjà prise dans quelques numéros : relater une expérience, un projet, une action à caractère local. Le but étant de valoriser ces actions et, en les faisant connaître, de susciter peut-être la question : tiens, pourquoi pas moi ?... La rubrique "A propos de" est rebaptisée d'un nom qui annonce plus clairement la couleur : "Carte blanche". En effet, nous y donnons à quelqu'un la possibilité d'exprimer, sur un thème donné, une position qui n'est pas forcément celle de la Rédaction. Quant aux dossiers, nous veillerons, dans la mesure du possible, à mieux les illustrer pour alléger la gravité qui en caractérise parfois le contenu.

Ensuite, les remises en question. Trois rubriques disparaissent en tant que telles : celle que vous lisez en ce moment – l'éditorial –, "Autant le savoir" (tableaux de compétences) et "A la recherche de" (données statistiques). Ce type d'informations ne seront plus publiées qu'en fonction de l'actualité; de même, des articles pourront paraître hors du cadre d'une rubrique particulière.

Retour aux sources : nous souhaitons rendre aux "Initiatives" un ton plus vivant... moins "stijf", pour le dire en bruxellois ! A cette fin, nous offrirons une collaboration rédactionnelle aux institutions pressenties.

Au rayon des nouveautés, comptons les deux pages ouvertes (déjà dans le numéro précédent) au Centre Local de Promotion de la Santé, intitulées "Echo du CLPS". Et la refonte de la rubrique "Documentation", qui proposera une sélection de publications, résumées ou commentées. En collaboration avec les centres de documentation du réseau bruxellois, qui vous a été présenté dans le n° 20 (p. 14).

Et puis, si vous parcourez attentivement la page 24 de ce numéro, vous constaterez que le comité de rédaction s'est élargi. Les nouveaux venus apporteront sans aucun doute à "Bruxelles Santé" des éclairages nouveaux et des points de vue différents. Bienvenue à eux.

Enfin, un appel du pied : n'hésitez pas à nous contacter si vous avez connaissance – ou si vous êtes promoteurs – d'expériences, de projets touchant la santé ou ses déterminants. "En direct de" et "Initiatives" sont là pour ça !

Et maintenant, bonne lecture...

La Rédaction



Le Dries à Watermael-Boitsfort

Des animations santé ? Ce n'est pas très nouveau, penserez-vous peut-être. D'accord, mais il n'est pas nécessaire d'innover à tout prix, et la simplicité se révèle souvent payante. Car tout dépend de la façon dont un projet est pensé et réalisé – en l'occurrence, axé sur des gens bien réels et sur leurs préoccupations concrètes, plutôt que sur des besoins prédéfinis. Nous avons rencontré Marie-Françoise Cartier, infirmière sociale aux consultations ONE de la rue du Roitelet et de la rue des Archiducs, et Marie Piret, assistante sociale et coordinatrice de la Maison de Quartier du Dries.



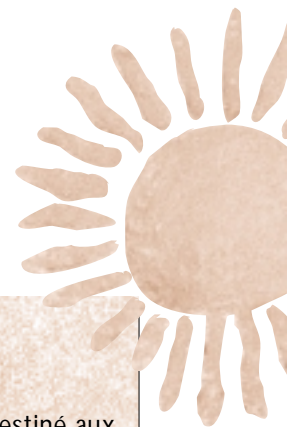
Marie Piret : La Maison de Quartier a commencé en 1996-97, mais elle a essuyé un échec et on l'a fermée. En octobre 1999, après avoir repensé le projet, on a rouvert les portes. La Maison de Quartier se situe parmi les logements sociaux de Watermael-Boitsfort, dans le quartier du Dries¹. Les logements sociaux visaient à mêler la population active et les chômeurs, minimexés, pensionnés, etc., mais ce but est de moins en moins atteint, et la majorité des habitants du quartier sont en décrochage par rapport à la vie active.

La société de logement social, Ville et Forêt, a constaté le peu de solidarité qui existait entre les gens : ils discutent un peu sur le pas de la porte ou chez le boulanger mais, quand ça va mal, c'est chacun chez soi, chacun pour soi. Sauf dans la communauté africaine qui se développe depuis deux-trois ans, où il y a beaucoup de liens et de solidarité. Mais c'est l'exception. D'où l'idée de la Maison de Quartier : ouvrir aux habitants un lieu chaleureux, amical, neutre, et leur

proposer différentes activités, pour qu'ils puissent se rencontrer, que des liens se restaurent entre les cultures et les générations. Il y a une halte-garderie, une chorale, un club de jeux, des formations à l'informatique, le Club des Petits Débrouillards (initiation aux sciences), une table de conversation... et des animations santé.

Nous avons de nombreux partenaires : le Planning Familial, la Mission Locale d'Etterbeek, la Maison des Jeunes, le CPAS, l'ONE, les services sociaux de la Commune... Et le Planning Familial de Watermael-Boitsfort a lancé l'idée d'un groupe de parole pour des mamans, parce que beaucoup sont seules avec de jeunes enfants ou des adolescents, et elles ont de nombreuses questions sans réponse.

On a commencé par des permanences, mais personne n'est venu; puis on a fait des journées à thème, et il n'y avait toujours pas grand monde. Je me suis alors demandé comment faire pour que les gens viennent, pour que cela corresponde vraiment aux besoins du



quartier. J'en ai parlé avec Marie-Françoise, et on est parti de ce qui se passait dans ses consultations, des questions que les mamans amenaient.

On a choisi la jalousie, un sujet qui avait déjà été abordé aux Archiducs. On a fait de la publicité auprès des mamans de la halte-garderie, et ça a très bien marché ! Tout le monde a pris la parole, ne serait-ce que pour dire deux-trois mots. Beaucoup d'enfants avaient des frères et soeurs, ou bien leur maman était enceinte, ou venait d'accoucher. C'était un sujet qui tombait à pic.

Comment ont démarré les animations santé?

Marie-Françoise Cartier : Il y avait dans les logements sociaux de Watermael-Boitsfort des structures qui s'adressaient aux enfants de 6 à 12 et de 12 à 18 ans, il y avait aussi une Maison de Jeunes, il y avait la halte-garderie pour les tout petits, mais il n'y avait rien pour les enfants de 3 à 6 ans. C'est dans ce contexte que j'ai proposé de faire à leur intention, ne fût-ce qu'une fois par mois, des animations d'éducation à la santé, en se basant sur les thèmes qui ressortaient des consultations. Au début nous amenions les thèmes, mais maintenant c'est eux qui demandent, par exemple, le brossage des dents.

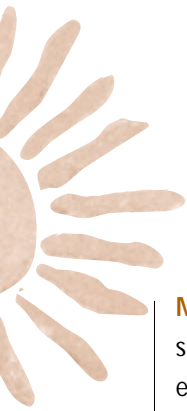
Les haltes-garderies

Elles offrent un service principalement destiné aux parents qui font face à un besoin imprévu ou irrégulier d'accueil de leur enfant. Mais, bien souvent, elles accueillent aussi voire surtout les enfants dont les parents ressentent le besoin de souffler... sans qu'aucune justification ne leur soit demandée.

La halte-garderie de la Maison de Quartier du Dries est agréée par l'ONE pour accueillir huit enfants de 3 mois à 3 ans. Elle est ouverte les lundis et vendredis de 8h30 à 12h00. Une priorité est accordée aux habitants de la commune.

M. P. : Le partenariat avec l'ONE se manifeste notamment par le prêt de matériel (magnétoscope, projecteur) et d'outils didactiques (cassette vidéo, jeux). Pour l'hygiène dentaire, Marie-Françoise a interpellé les firmes pharmaceutiques et obtenu des brosses à dents et du dentifrice. Les enfants repartent toujours avec quelque chose, pour qu'il y ait un relais par rapport aux parents. Sur le thème de la sécurité, il y avait un petit dépliant. Pour l'alimentation, les enfants ont reçu des céréales, des jus de fruits, des légumes... Et nous demandons aux parents de venir les chercher, pour pouvoir expliquer ce qui s'est passé.





M.-F. C. : Je pars vraiment des questions que les mamans se posent — un enfant qui ne veut pas manger, par exemple — ou de ce que j’observe : les parents qui ne regardent pas beaucoup ce que font leurs enfants, qui les laissent faire un peu ce qu’ils veulent... J’en discute avec Marie, et on choisit le thème, puis on essaie de trouver une formule qui soit attractive pour les enfants. C’est toujours basé sur le jeu, qui est le mode d’apprentissage privilégié de cette tranche d’âge...

Je fais un peu de publicité sur les animations dans mes consultations, Marie en parle aux enfants qu’elle rencontre dans le quartier, et c’est confirmé par une invitation écrite qui permet d’impliquer les parents. En plus, pour un enfant, c’est chouette de pouvoir montrer qu’il est invité!...

L’animation proprement dite commence par un petit film ou un autre support, puis on en parle avec eux : “A quoi cela vous a-t-il fait penser? Qu’est-ce que vous avez retenu?” Et on recadre, on rappelle les éléments qu’ils n’ont pas retenus, on repasse la vidéo. Puis c’est la phase active et ludique. Par exemple, pour l’alimentation, on avait une table avec divers aliments et on a joué à colin-maillard : “Qu’est-ce que c’est? Tu reconnais?...”, etc. Ou encore, à partir des différents groupes alimentaires, on leur demande ce qu’ils mangent à la maison – sans dévaloriser les types de repas pris en famille, d’autant que les cultures alimentaires sont variées. On peut aussi utiliser des cartes représentant divers aliments et demander aux enfants de reconstituer un menu tel qu’ils en voient chez eux. Autre idée de jeu, pour le lavage des mains cette fois : l’ONE m’avait prêté un appareil avec un néon, et j’ai demandé à la pharmacie de me préparer un savon fluorescent. Après s’être lavé les mains, les enfants ont vraiment pu se rendre compte des endroits où le savon n’était pas passé! Et bien sûr, quand leurs parents sont arrivés, ils leur ont demandé de faire le test!!!... Le principe, c’est vraiment de faire passer un message par le jeu.

M. P. : Et de faire un jeu, un amusement, de ce qui pourrait être une contrainte.



M.-F. C. : Ces animations créent aussi une tout autre relation avec les enfants qui reviennent en consultation : ils se jettent dans nos bras, ils rient avec nous. Et les mamans parlent des animations : “il paraît que vous avez dit que...”, etc. Donc on a un retour. Et les enfants du quartier attendent ces animations, ils demandent “quand est-ce qu’on pourra revenir?” ...

Quels sont vos projets?

M.-F. C. : Nous allons revenir sur l’alimentation. Avec les mamans, il s’agit moins du contenu de l’assiette que des enfants qui refusent de manger : on ne sait pas toujours comment réagir! Nous avons pris contact avec la Médiathèque pour trouver un support audiovisuel qui nous convienne...

Avec les enfants, l’alimentation sera abordée sous une forme moins “théorique”, si l’on peut dire, qu’il y a trois-quatre mois : cette fois, on va préparer un petit repas, ou un potage...

A plus long terme et à plus large échelle, il y a ces modules de l’ONE, sur la sécurité, “Mon corps, ma maison”, qui demandent un local de grande dimension où le matériel pourrait rester plus d’une journée. Bien sûr, d’autres consultations ONE de Watermael-Boitsfort seraient alors impliquées. ■

1. Ce quartier se trouve au sud de la gare de Watermael (non loin de la place Keym). Il comprend la rue de l’Elan, la rue Louis Ernotte et le Dries proprement dit.

En collaboration avec le Réseau Bruxellois des Centres de Documentation de la Santé

Drogues de rue

Récits et styles de vie

par Pascale JAMOULLE

Bruxelles, De Boeck Université, 2000.

Ce livre passionnant est issu d'une enquête de terrain de type socio-ethnologique, recourant à la méthode de l'observation participante et à celle du récit de vie. En se fondant progressivement dans le paysage quotidien de deux quartiers de Charleroi, Pascale Jamouille a pu recueillir le parcours, les représentations, le vécu de nombreuses personnes dépendantes de drogues. Les personnes interviewées ne sont donc pas représentatives des usagers de drogues en général; elles sont le plus souvent "loin", selon leurs propres termes, c'est-à-dire qu'elles ne contrôlent plus leur consommation.

Cette recherche débouche sur des propositions tant en termes de prévention que de réduction des risques liés à l'usage de drogues ou d'accès aux dispositifs socio-sanitaires. Néanmoins, l'intérêt principal de ce livre est sans doute de faire s'effriter les stéréotypes que, peu ou prou, nous avons tous dans la tête à propos des "toxicomanes" — et de faire entendre la parole d'êtres humains, tout simplement.

Disponible à Question Santé (02 512 41 74)

Guide des alicaments

Par Selene YEAGER, s.l., Marabout, 2000.

Ce guide de référence fait le point sur les alicaments — à la fois aliments et médicaments — et les relations étroites qui existent entre ce que l'on mange et la façon dont on se porte. Écrit par des médecins, il donne de très nombreux conseils pratiques à ce sujet. L'auteur a animé pour cet ouvrage une équipe de près de 250 experts : diététiciens, allergologues, naturopathes, oncologues, gastro-entérologues et spécialistes de la nutrition.

Disponible au CRIOC (02 547 06 11)

La mise en bouche

Chronique d'un désastre annoncé

Par Robert REMY, Bruxelles/Paris, Editions Labor/Castells Editions, 2000.

Ce livre vise à voir un peu plus clair dans notre assiette, non pas avec le regard du toxicologue ou du technicien, mais dans le souci de mieux faire comprendre les enjeux actuels et futurs de l'agro-alimentaire et le pourquoi des crises sanitaires récentes.

Disponible au CRIOC (02 547 06 11)

Vers une génération sans tabac

Guide pratique destiné aux intervenants

Par C. BLUM-BOISGARD, M.-O. COLIN et P. DROESCH-BLAISE, Paris, Ligue Nationale contre le Cancer, 1996.

Suite à une rencontre de clubs de jeunes non-fumeurs organisée par la Ligue Nationale contre le Cancer, dix pays européens se sont réunis pour une réflexion et des échanges sur les problèmes liés à la prévention du tabagisme auprès des jeunes, en vue d'encourager une génération de non-fumeurs. Ce guide pédagogique est la première réalisation de cette coproduction européenne. Il a été conçu et réalisé pour les intervenants chargés de délivrer un message de prévention aux jeunes. Il contient délibérément peu de notions scientifiques mais offre une base de réflexion sur la psychologie des enfants et des adolescents d'une part, sur les méthodes et outils d'intervention d'autre part. Il est destiné à des utilisateurs de formations diverses.

Disponible à la FARES (02 512 29 36)

L'éducation face aux nouveaux défis

Collectif, sous la dir. de R. FEGER, Montréal,

Editions Nouvelles, 1997.

Rédigés par des professeurs-chercheurs d'universités francophones du Canada, de Belgique et de France, les textes présentés dans cet ouvrage offrent, pour chacun des thèmes traités, une vision large et novatrice soutenue par une argumentation où s'allient théorisation, expérimentation et pratique éducative. Le lecteur trouvera certainement à travers ces pages de nombreuses pistes de réflexion et des réponses aux questions liées aux paradigmes de la recherche en éducation, aux problématiques interculturelles et sociales, au bien-être individuel et collectif, ainsi qu'au rapport entre éducation, formation et mondialisation de l'économie.

Disponible à Cultures & Santé (02 558 88 10)

Santé : précarité et exclusion

Par E. LA ROSA, Paris, Presses Universitaires de France, 1998.

L'état de santé d'une population dépend d'une série de déterminants, parmi lesquels sont ceux qui sont liés à la précarité sociale. Dans cet ouvrage, l'auteur aborde les concepts relatifs à la définition, à la perception et aux déterminants de la santé. Y sont également traités les inégalités sociales en santé, la précarité, l'exclusion, la vulnérabilité médicale et l'état de santé des populations défavorisées.

Disponible à Cultures & Santé (02 558 88 10)



Le cannabis expliqué aux parents
par Alain LALLEMAND, Ed. Luc Pire, Bruxelles, 1999.

Dès les premières lignes de son ouvrage, l'auteur, journaliste au *Soir*, se positionne avec franchise et clarté pour aborder la question complexe et inquiétante — du moins pour bon nombre de parents — de l'usage avéré ou possible de cannabis par leurs enfants. Outre le contenu informatif, qui occupe le propos central du livre, c'est le statut de l'auteur qui en constitue l'originalité première : un père de famille averti et «documenté» sur la question du cannabis partage son questionnement sur l'éducation et la transmission de repères et de valeurs à ses enfants. Aujourd'hui, nous savons tous que nos enfants seront confrontés d'une manière ou d'une autre à la question des drogues. Les parents — mais aussi tous ceux qui encadrent des jeunes — se posent mille questions à propos des drogues et notamment du cannabis, substance abondamment médiatisée et vraisemblablement la plus consommée (si l'on excepte le tabac et l'alcool...).

Les questions relatives aux drogues et aux adolescents sont complexes et ne peuvent être résolues par des réponses simplistes, catégoriques et définitives. L'ouvrage embrasse donc cette complexité, et le lecteur est ici convié à un réel périple au pays du cannabis, à une découverte de cet univers qui en fera, sinon un initié, du moins un adulte averti. Mais c'est sur le plan de l'éducation et de la conduite à tenir que le plus difficile restera à faire : en parler avec ses enfants, dialoguer. Mais que dire ? Quand ? Comment le faire ?

Alain Lallemand propose une clé : la connaissance. Certes, les parents sont souvent sous-informés et mal informés ; et il est indispensable qu'ils sachent un tant soit peu de quoi ils parlent. Mais il ne s'agirait pas qu'ils s'enferment avec leurs enfants dans une compétition des savoirs qui éluderait les questions de fond : les questions du sens, des valeurs, des limites, du risque... Dans la relation adolescent-adulte, outre les argumentations et les débats d'idées, ce sont fondamentalement la qualité de la relation et la parole vraie, engagée, de l'adulte qui pourront aider l'adolescent. C'est-à-dire la rencontre avec une adulte témoignant de ce qu'il est porteur des mêmes questions d'être humain face à la vie (et donc à la mort) et de la façon dont il tente d'y répondre. Questions par rapport au plaisir, à l'ivresse, aux limites, à la frustration, aux relations aux autres, à soi, etc. Et ce métier de parent, nulle école ni aucun livre ne peuvent nous l'enseigner.

Disponible à Infor-Drogues (02 227 52 60)

Bouquins malins

Le sevrage tabagique
sur base du film «Le Pari»
Bruxelles, FARES, 2000, coffret pédagogique.

Neuf extraits du film «Le Pari» ont été sélectionnés. Chacun d'eux est visionné puis analysé avec les élèves, qui sont invités à résumer l'essentiel et à exprimer leurs sentiments. Les comportements des deux protagonistes, Didier et Bernard, servent de base à la réflexion et à l'expression du vécu des jeunes. Cette activité est principalement basée sur la projection d'un film comique et sur des discussions. Quelques règles de base sont présentées aux élèves afin de faciliter la communication. Des informations, présentées sous forme de fiches, sont reprises en fin de brochure. Elles contribueront à répondre aux questions des élèves et à alimenter les discussions. Elles abordent les thèmes suivants : la toxicité du tabac, les dépendances, la régulation de la nicotineémie, le sevrage tabagique et ses symptômes, les substituts nicotiniques, la prise de poids, les avantages de l'arrêt et le marketing.

Disponible à la FARES (02 512 29 36)

Droit de la drogue
Par Francis CABALLERO et Yann BISIQU
Ed. Dalloz, 2000, 2ème éd.

Ce précis, mis à jour en tenant compte des dispositions du nouveau Code français de la santé publique, expose l'ensemble des règles de droit applicables aux drogues licites et illicites. Pour les drogues licites (tabac, alcool, médicaments, dopants), l'ouvrage analyse les réglementations de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, la pharmacodépendance et le dopage. Pour les drogues illicites (stupéfiants, psychotropes), il détaille le statut des principales plantes et substances stupéfiantes (cannabis, coca, opium, héroïne, cocaïne, méthadone, ecstasy, LSD...) et décrit les infractions visées par la loi (usage, incitation, trafic, blanchiment...) ainsi que les dispositifs de soins aux toxicomanes (injonction, substitution). Ce précis permet également de mieux comprendre l'enjeu des politiques de lutte contre la toxicomanie. La prohibition, la réduction des risques, la dépénalisation, la légalisation sont tour à tour examinées et critiquées. Les auteurs se prononcent pour une légalisation contrôlée par l'Etat dans laquelle la logique de guerre à la drogue est remplacée par une logique de lutte contre l'abus des drogues. Un tour du monde des principales législations étrangères (Etats-Unis, Hollande, Espagne, Russie, Maroc, Thaïlande, Colombie) termine l'ouvrage.

Disponible à Prospective Jeunesse (02 512 17 66)

Prévention et santé mentale

Comme annoncé à la fin du précédent dossier (“Toxicomanies : quelles ressources à Bruxelles?”), nous revenons sur la notion de prévention, afin d’éclairer le concept tel qu’il se manifeste dans le champ de la santé mentale en général. Pourquoi cet intérêt pour une question qui peut sembler très théorique ? La réponse réside dans deux remarques extraites de nos interviews. La première émanait de Mark Vanderveken (Concertation Toxicomanies Bruxelles), qui soulignait les confusions prévention-traitement et prévention-sécurité : “En Belgique, tout le monde dit «je fais de la prévention». On finit par ne plus savoir de quoi on parle. Il est important de préciser ce que l’on veut prévenir et de ne pas mélanger les rôles”.

Nous avons répercuté cette remarque auprès de Claire Remy (FEDITO Bruxelles), qui nous avait notamment répondu par ces mots : “En termes de santé mentale, il est clair que la prévention c’est la culture, c’est-à-dire le lien social, tout ce qui peut «ancrer» les gens par des liens noués avec les autres”. Voilà qui était, à première vue, bien éloigné des définitions empruntées à la santé publique (voir le n° 20, p. 10).

Nous allons donc tenter d’explorer les conceptions de la prévention qui se font jour dans le domaine de la santé mentale. Précision : quand nous disons «prévention en santé mentale», nous ne parlons pas

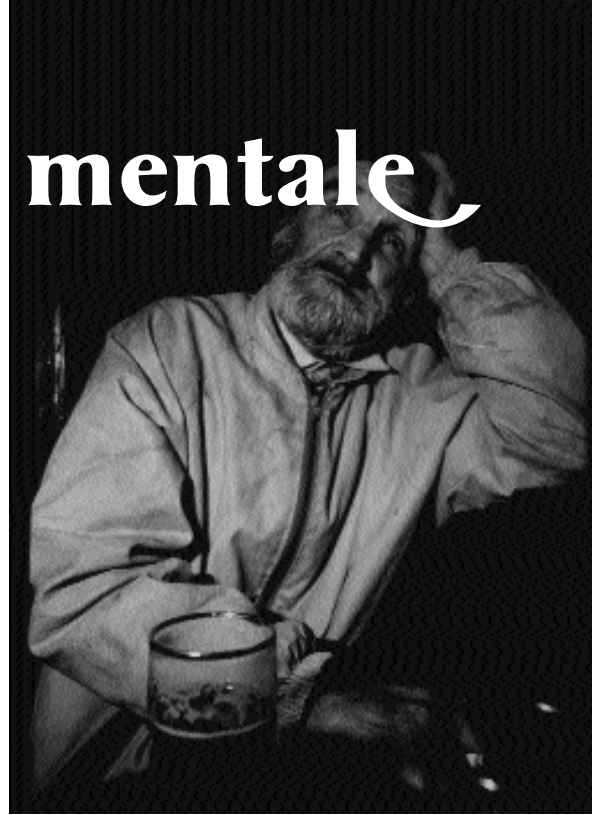


Photo © : Marc Pierret/Question Santé

de prévention des maladies mentales (au sens psychiatrique du terme) ou des handicaps mentaux. Il s’agit de la souffrance psychique et psycho-sociale et, plus concrètement, de problèmes comme la dépression, les tentatives de suicide et le suicide, l’isolement social, les assuétudes, la violence, l’excès de stress...

A cette définition pourrait s’appliquer le modèle classique (médical) de la prévention : prévenir, c’est anticiper, agir pour que le problème de santé n’apparaisse pas (prévention primaire), ou pour qu’il soit décelé le plus rapidement possible et pris en charge efficacement (prévention secondaire), ou encore pour qu’il ne se reproduise plus ou entraîne moins de souffrance (prévention tertiaire). Pourtant, la prévention des maladies physiques et celle des problèmes de santé mentale diffèrent fondamentalement. D’abord, on reconnaîtra que dans le domaine du psychisme les mesures préventives sont plus complexes que l’administration d’un vaccin. Ensuite, les problèmes de santé mentale qui drainent l’attention aujourd’hui ont des composantes sociales, culturelles et économiques dont le rôle semble majeur. Le psychiatre Heinz E. Lehmann¹ relève ainsi que, si les grandes hystéries décrites par Charcot et Freud, fréquentes au XIXe siècle, ont presque disparu,

en revanche l'incidence des troubles de la personnalité, de la délinquance, de l'abus des drogues, de la dépression et du suicide a beaucoup augmenté. Or, ajoute-t-il, les causes de ces problèmes, même si elles ne sont pas connues avec précision, sont vraisemblablement davantage d'ordre socio-culturel que biologique. Parmi les facteurs en jeu, il cite la pauvreté, le rôle insuffisant joué par les parents, la faible estime de soi, le stress excessif. Chacun complètera ou amènera la liste selon sa propre analyse...

Troisième différence : on remet aujourd'hui beaucoup en question la pertinence de la triade prévention primaire/secondaire/tertiaire, s'agissant de santé mentale. Pour L. Blanchet, M.-C. Laurendeau, D. Paul et J.-F. Saucier², par exemple, l'application de ces concepts de santé publique au domaine de la santé mentale, qui remonte aux années 60, a contribué à introduire une confusion qui persiste encore aujourd'hui : "ce concept de prévention est tellement large qu'il englobe presque toutes les activités qui ont cours dans le domaine de la santé mentale (...), parler de prévention quand il s'agit de réadaptation ou de traitement, même précoce, contribue à entretenir la confusion, tant chez les intervenants que chez les décideurs publics". En outre, ce découpage retarderait l'essor de la prévention proprement dite (primaire) en permettant "d'appeler autrement des activités curatives ou réhabilitatives qui, sur le fond, n'ont pas changé" (Lafortune & Kiely).

Quatrièmement, les outils dont se sert la santé publique — p. ex. mesure de l'incidence (nombre de nouveaux cas) ou de la prévalence (nombre total de cas) d'une maladie dans une population — sont d'un usage particulièrement délicat quand il s'agit de santé mentale. Nous avons vu, dans le dossier précédent, la difficulté d'évaluer l'importance de la consommation de drogues illégales, d'alcool ou de tabac, alors même qu'il s'agissait de problèmes objectivables. Que dire dès lors de l'anxiété, de la dépression, de la solitude ou du stress, dont le degré de gravité est souvent difficile à définir sans faire intervenir une appréciation subjective ?

En outre, on a eu longtemps tendance à appréhender les problèmes de santé mentale sous l'angle individuel plutôt que sous l'angle social. Les demandes adressées aux praticiens le sont d'ailleurs par des individus ou des familles, non par des collectivités. Et le champ

de la santé mentale communautaire est encore relativement peu défriché.

Bref, la santé mentale se prête mal au modèle biomédical de la prévention. Pas étonnant, donc, que le concept soit parfois devenu très confus et que l'on entende appeler «prévention» une multitude d'interventions et de pratiques fort diverses. Et lorsque le problème a une dimension judiciaire – c'est le cas des toxicomanies mais aussi de la violence –, la confusion s'accroît encore avec l'introduction du couple prévention/répression.

Prévention versus sécurité

Claire Remy, à propos de la prévention des toxicomanies : "C'est clair que les gendarmes ont le sentiment de faire de la prévention. Ceci dit, je pense qu'ils en font parfois... mais pas quand ils vont dans les écoles parler des produits ! Ils en font éventuellement quand ils rappellent les jeunes à la loi (pas quand ils les harcèlent ou les incarcèrent, évidemment), quand ils remettent les pendules à l'heure, qu'ils rappellent les interdits et les dangers. C'est la volonté de tout maîtriser qui pervertit la prévention. On ne pourra jamais maîtriser ni les trafics mafieux ni les flux économiques. De même, si on imagine qu'en allant parler des produits dans les écoles, les gens vont obéir, on se trompe complètement. On fait tout le contraire.

"Un autre enjeu très important tourne autour des contrats de sécurité. Les travailleurs sociaux engagés dans ce cadre appartiennent au domaine du collectif, de la gestion collective de la Cité (puisque c'est financé par le Ministère de l'Intérieur), tandis que la santé, la culture sont des matières personnalisables, elles sont du domaine individuel, personnel. Le personnel et le collectif sont toujours en tension : «je voudrais bien faire tout ce qui me plaît, mais je ne peux pas, parce que cela ferait du tort au groupe». Avec des questions comme la toxicomanie ou le sida, dans l'esprit des médecins, si la santé publique s'améliore, c'est un bien pour tout le monde. On a beaucoup de mal à faire entendre que, parfois, il est normal que la santé d'une personne entre en conflit avec la santé de la collectivité, les droits individuels avec la défense du groupe.

“Or, où se situent les travailleurs sociaux des contrats de sécurité? Il a été question de les appeler «travailleurs du bien-être» (Welzijn). Mais ils dépendent du domaine collectif, alors que le bien-être est par essence une valeur individuelle, subjective! Cela montre bien que l’ambiguïté persiste par rapport aux travailleurs sociaux qui, eux, se situent dans le domaine personnel de la santé et de la culture. Si on veut aller plus loin dans la confusion, on peut dire aussi que le sentiment de sécurité, le fait de ne pas avoir peur en rentrant chez soi à 2 heures du matin, ça fait partie du bien-être et que, donc, la répression c’est de la prévention! Mais où va-t-on, là?... On trouve donc sur le même terrain, et dans un grand flou, trois types d’intervenants (les forces de l’ordre, les travailleurs des contrats de sécurité et les travailleurs de la santé), là où l’on s’attendrait à en trouver deux — le répressif et le préventif —, ayant chacun leur logique distincte d’intervention.”

Pour essayer d’y voir plus clair, nous allons confronter le concept de prévention à un autre concept qui, implicitement ou explicitement, le croise souvent: celui d’éducation. Certes, c’est dans les pratiques d’éducation pour la santé que ce croisement se manifeste de la manière la plus évidente, mais des liens sont à faire avec d’autres niveaux d’éducation: dans la famille, à l’école, dans la communauté.

Prévention et éducation

Tout d’abord, logiquement, l’éducation familiale. Citons à nouveau H. E. Lehmann: “Selon les dernières études épidémiologiques, près de 15% de la population nord-américaine souffre de troubles mentaux pouvant être diagnostiqués — principalement l’anxiété et la dépression. Nous connaissons aujourd’hui un certain nombre de principes et de règles fort simples qui, sans avoir un fondement scientifique établi, reposent néanmoins sur une longue expérience clinique. Ainsi, si on apprenait aux parents à élever leurs enfants de telle sorte que ces derniers n’apprennent ni ne perpétuent l’agression, qu’ils jouissent de toute la liberté voulue tout en respectant certaines règles de discipline, qu’ils apprennent à comprendre les autres enfants plutôt que d’être constamment en compétition avec eux; si, par ailleurs, les parents respectaient davantage leurs enfants, prenaient le temps de jouer avec eux (en les laissant diriger le jeu pour augmenter



Photo © : Thomas Chable/Question Santé

leur amour-propre, leur sentiment de compétence, améliorer leur communication et leur confiance en soi); si les parents favorisaient, dans l’éducation de leurs enfants, les valeurs liées à l’autonomie, au savoir et à la créativité plutôt qu’à l’argent et au pouvoir agressif, eh bien, on pourrait probablement éviter 20 à 30% des troubles mentaux graves.”

Même si cette évocation peut paraître caricaturale et tend à mettre le gros de la responsabilité sur le dos des parents — oubliant l’école, les médias et les valeurs sociétales telles que la réussite à tout prix ou la consommation comme réponse à toute frustration —, elle a le mérite de revaloriser le rôle de l’éducation de base et des relations affectives primaires. *Par ailleurs, il se dessine ici un objectif de prévention pour les professionnels de la santé, travailleurs sociaux et éducateurs professionnels: à savoir soutenir les parents dans leur rôle.*

Pour ce qui est de l’éducation scolaire, et même en ne considérant que la fonction pédagogique de l’école (transmettre des savoirs) et en laissant de côté ses fonctions sociologique (transmettre des valeurs) et politique (transmettre une représentation de la collectivité à travers l’histoire, la géographie, la culture), la relation éducation-prévention peut également être précisée. Disons d’emblée qu’il ne s’agit pas, pour les intervenants médico-sociaux, de placer les enseignants et les autres acteurs scolaires dans le rôle

d'«auxiliaires de prévention». Ni de les remplacer, le temps d'une séance d'information, par des «spécialistes» extérieurs (qu'il s'agisse d'alimentation, de drogues, de sexualité ou de maladies infectieuses). *Il s'agit plutôt — comme pour les parents — de reconnaître et de soutenir dans leur rôle les acteurs scolaires. Rôle qui est d'aider les jeunes à accéder à la culture ou, pour le dire mieux encore, de les aider à apprendre à «se cultiver» (la culture se transmet mais surtout elle se construit).*



Photo © : Maurice Müller/Question Santé

Enseignement, culture et prévention

Claire Remy : "On devrait se rendre compte de toute la dimension préventive de l'école, alors qu'on lui coupe ses moyens et qu'on l'empêche de remplir son rôle, en la coinçant dans une mission qui n'est même plus de transmettre des savoirs mais d'exercer purement et simplement une sélection. Les enseignants sont descendus dans la rue pour leurs conditions de travail, parce qu'on leur retirait je ne sais combien d'emplois, et maintenant on utilise cet argent pour envoyer des «fonctionnaires de prévention» dans les écoles! Alors qu'on sait très bien — toute une série d'études le montrent — que la meilleure prévention réside dans de bonnes conditions d'apprentissage : quand quelqu'un apprend véritablement

quelque chose, qu'il peut se l'approprier comme savoir, c'est cela qui va l'inscrire dans quelque chose, qui va lui permettre de dire non. On fait de grandes affiches avec le message «dites non!», et puis on oblige les gens à avaler des cuillers de savoir et d'idéologie, on les oblige à dire oui. On est dans le paradoxe tout le temps.

"On conçoit rarement la prévention comme le fait d'inscrire les gens dans quelque chose (c'est cela que j'entends par culture) mais comme le fait de gérer les «désinscrits»... et donc on mène toujours un combat d'arrière-garde. Un enjeu considérable de la prévention se situe au niveau du Politique, de notre avenir collectif : allons-nous vers une société qui favorise l'insertion sociale, la création de lien social, ou bien vers une société de plus en plus

duale, qui rejette et met des barrières ? Dans le secteur Toxicomanies, nous sommes en permanence face à ceux qui n'ont pas pu trouver un ancrage, qui sont tombés dans le trou, avec toutes les souffrances que cela suppose (chez le toxicomane lui-même, dans sa famille, son entourage, chez les personnes qu'il a pu tromper ou agresser), tout l'argent dilapidé, et aussi cette perte désastreuse de potentiel humain. Nous voyons tellement ce qui a fait déraiser les gens, ce qui a fait défaut à tel moment, puis à tel autre, et encore et encore. Quand on est confronté à ceux qui se sont fait rejeter sans cesse et qui n'ont plus comme identité un peu solide que celle du «sale tox délinquant», on est considérablement sensibilisé aux enjeux de société que cela implique".

Nous en arrivons à l'éducation pour la santé. Le concept et ses liens avec celui de prévention sont bien documentés. Il faut cependant souligner que sous le vocable d'éducation pour la santé se rangent des pratiques diverses — et, à travers celles-ci, des valeurs et des finalités tout aussi diverses. Jacques A. Bury³ distingue ainsi trois grands groupes de méthodes :

- celles qui sont principalement axées sur l'information du public ou du patient, par la diffusion des connaissances sanitaires;
- celles qui visent surtout la modification du comportement, par diverses techniques de persuasion, de

dissuasion, d'incitation, voire de coercition (mesures légales, p. ex.) ou de conditionnement;

- celles qui recherchent le libre choix de l'individu, basé sur une information claire, complète et honnête. C'est le courant éducatif ou pédagogique.

On pourrait peut-être ajouter un quatrième courant, qui reposerait plutôt sur un accompagnement : *le rôle de l'intervenant est alors de susciter et de soutenir un processus de prise de conscience, de réflexion, de décision et d'action chez la personne qui s'adresse à lui; de s'appuyer sur les ressources de celle-ci pour, par exemple, restaurer son*



Photo © : Maurice Müller/Question Santé

image de soi, rétablir des relations sociales, se remettre en projet, etc. On ne s'étonnera pas de trouver cette démarche dans le champ de la santé mentale. Exemples : les lieux de rencontre enfants-parents (à Bruxelles : la Maison Ouverte, le Gazouillis et les P'tits Pas)⁴, ou une structure comme "La Lice" (qui vise la prévention des troubles graves du développement psychique de l'enfant par la prise en charge des troubles précoces des interactions entre le bébé et son environnement)⁵.

A côté de ces projets spécifiques, on n'oubliera pas le volet préventif des activités «classiques» du secteur de la santé mentale. Dans la Région de Bruxelles-Capitale, le décret du 27 avril 1995 fait de la prévention une des missions principales des services de santé mentale et la traduit en termes informatifs et éducatifs : "Elle peut consister notamment dans l'information, la sensibilisation et l'éducation en matière de santé mentale de la population et des travailleurs du réseau socio-sanitaire."⁶

Outre le classement des pratiques d'éducation pour la santé selon les méthodes utilisées, Bury, déjà cité,

opère un autre classement selon les «approches» (combinaisons de finalités et de méthodes). On y trouve l'approche médicale traditionnelle mais aussi, à l'autre extrémité du spectre, l'approche socio-politique, le courant du changement social, de l'action collective. Ce qui nous amène au concept d'éducation populaire. Il est rarement accolé à celui de prévention, tant les connotations de ce dernier sont médicales, alors que le premier, historiquement du moins, a une visée très claire d'action sur les conditions sociales, économiques, culturelles, politiques.

Disons pour faire bref que le mouvement de l'éducation populaire naît au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale, dans un contexte idéologique de démocratisation de la culture et de revendication d'équité sociale. Des organisations comme le Mouvement pour les Droits civiques, aux Etats-Unis, dans les années 60, ou comme les Mouvements ouvriers chez nous adoptent les théories et les méthodes de l'éducation populaire, qui sera rebaptisée plus tard éducation permanente.

L'éducation populaire : Paulo Freire

C'est dès la fin des années 50 que l'éducateur et militant Paulo Freire commence à diffuser les théories qu'il a mises au point en travaillant avec les habitants des bidonvilles et les paysans brésiliens. On parle souvent de l'éducation du seul point de vue pédagogique (relation triangulaire apprenant-savoir-enseignant). Freire, lui, insère le processus d'apprentissage dans tout un contexte social. Il pose la question des finalités : "pour quoi faire?". Pour lui, l'éducation doit encourager les gens à être des acteurs de leur propre vie et de la société. A cette fin, il propose de travailler en groupe, un groupe dont tous les participants (y compris les professionnels) se retrouvent à égalité pour créer un savoir collectif. Le but est d'élaborer une pensée critique de manière à ce que les participants découvrent les racines de la place qu'ils occupent dans la

société : les déterminants socio-économiques, politiques, culturels et historiques de leur vie personnelle. Cette réflexion critique se manifeste ensuite au travers des actions que les gens entreprennent pour sortir de leur impuissance et acquérir du pouvoir sur leur existence.

Freire considère aussi qu'un authentique apprentissage demande d'agir sur des situations réelles, vécues par la communauté. Pour ce faire, il propose une méthodologie en trois temps.

Le premier vise à identifier, par le dialogue et l'écoute, les situations difficiles ou les problèmes vécus par la communauté, et à retenir ceux qui sont vus comme prioritaires.

Dans un deuxième temps, le groupe discute des sujets retenus, en recourant à une méthode active qui aide à représenter la situation-problème dans une forme familière aux participants, qui ne privilégie

pas un seul point de vue et qui ne donne pas de solution toute faite. Ensuite, l'éducateur favorise la dynamique du groupe par un processus qui fait passer la discussion du niveau personnel au niveau d'analyse et d'action collectives, débouchant sur des plans d'action pour s'attaquer au problème.

Le troisième temps découle directement de ce débat. En testant leurs analyses dans le monde réel, les gens entament un cycle action-réflexion-action qui se nourrit de leurs nouvelles expériences. Cette spirale les aide à retirer un apprentissage de leurs tentatives collectives de changement et à s'investir davantage pour surmonter les obstacles culturels, sociaux, historiques.

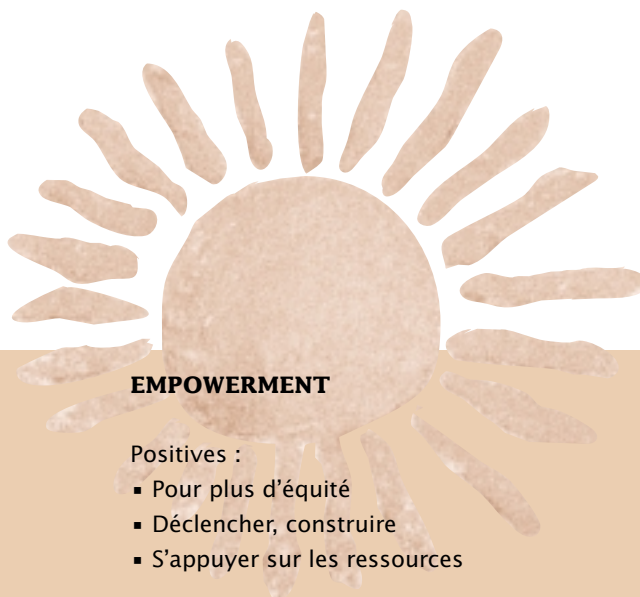
D'après l'article de Nina WALLERSTEIN et Edward BERNSTEIN, Empowerment education : Freire's ideas adapted to health education, *Health Education Quarterly*, vol. 15, n° 4, 1988, pp. 379-394.

Bien. Mais qu'est-ce que la prévention et la santé mentale ont à faire avec cela ? Le concept et les pratiques d'*empowerment* représentent une tentative intéressante d'allier santé et éducation populaire. *Empowerment* est un mot auquel nous, francophones, avons du mal à trouver un équivalent. Il désigne le processus par lequel un individu ou une collectivité construit (ou développe) un savoir propre et acquiert du pouvoir, de l'influence sur ce qui affecte sa santé et sa propre vie. On a déjà traduit par «empouvoirement» (cf. «encouragement»), ce qui est astucieux mais sans doute trop excentrique pour s'imposer. En fait, dans la mesure où l'*empowerment* se présente explicitement comme une transposition dans le domaine de la santé des idées d'un des principaux théoriciens de l'éducation populaire, le Brésilien Paulo Freire, on pourrait très bien remettre au goût du jour ce terme un peu oublié (peut-être justement en raison de ses connotations socio-politiques).

Notons que la lecture de quelques textes relatifs au courant nord-américain de l'*empowerment* permet de pointer les risques de voir celui-ci devenir une simple tentative de «professionnalisation» de l'éducation populaire — ou, si l'on préfère, de «récupération» de celle-ci par les professionnels de la santé. L'*empowerment* pourrait ainsi facilement se réduire à une méthode ou une technique parmi d'autres, gommant la vocation fondamentale de changement social (et pas seulement sanitaire) de l'éducation populaire.

Cela dit, quelle relation établir entre la prévention et l'*empowerment* dans le domaine de la santé mentale ? Carolyn Swift et Gloria Levin⁷ considèrent que les actions dans le champ de la santé mentale peuvent avoir des fins préventives (p. ex. réduire le taux de suicides dans une population⁸) aussi bien qu'un effet d'*empowerment*, en augmentant la capacité des gens

à participer plus activement aux décisions qui affectent leur vie. Sur ce plan, les deux concepts se chevauchent donc. Par contre, sur les plans sémantique et philosophique, ils s'opposeraient terme à terme. Nous résumons ces oppositions dans le tableau suivant.



	PREVENTION	EMPOWERMENT
Connotations	Négatives : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contre la maladie ▪ Empêcher, arrêter ▪ Lutter contre les problèmes 	Positives : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour plus d'équité ▪ Déclencher, construire ▪ S'appuyer sur les ressources
Dénotations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Axée sur le but (objectifs de santé) ▪ N'exige pas la participation de la population ▪ Les experts décident 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Axé sur le processus (réflexion et action collectives) ▪ Exige la participation de la population ▪ L'expertise vient des gens
Orientation philosophique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Causalité directe et linéaire (cause → conséquence) ▪ Finalité : homéostasie (incidence zéro) ▪ L'intervenant reste neutre 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Causalité multifactorielle et systémique ▪ Finalité : changement ▪ L'intervenant fait partie du processus

D'après SWIFT & LEVIN, 1987.

Cette comparaison situe la prévention dans le modèle biomédical (pasteurien) de la santé, l'*empowerment* dans le modèle holistique ou global (interactions entre individu, groupe et environnement, entre l'organique, le psychique et le social...). Par ailleurs, on ne peut qu'être frappé par la proximité entre le concept d'éducation populaire et celui d'action communautaire, qui est une des cinq stratégies désormais classiques de la promotion de la santé. Ce qui nous mène au chapitre suivant.

Prévention et promotion de la santé

Le concept de promotion de la santé nous permet de sortir de l'impasse dans laquelle risquerait de nous enfermer l'opposition ci-dessus. Rappelons que la promotion de la santé est "le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci" (définition de l'OMS, 1986). On ne se focalise plus sur la maladie, le problème de santé ou le problème médico-social qu'il s'agit d'empêcher, mais sur ce que les gens, les collectivités peuvent faire pour «être acteurs de leur vie» : la santé est vue ici comme une

ressource de la vie quotidienne plutôt que comme le but à atteindre; elle ne comprend pas seulement les capacités physiques mais aussi les ressources sociales et individuelles.

Que devient la prévention dans cette perspective ? En matière de santé mentale, L. Blanchet, M.-C. Laurendeau, D. Paul et J.-F. Saucier, déjà cités, proposent la définition suivante : "La prévention vise la réduction de l'incidence des problèmes de santé mentale en s'attaquant aux facteurs de risque et aux conditions pathogènes." Ils opèrent une distinction entre prévention et promotion de la santé mentale : "La promotion vise l'accroissement du bien-être personnel et collectif en développant les facteurs de robustesse et les conditions favorables à la santé mentale. Son action porte sur les déterminants de la santé plutôt que sur les facteurs de risque (...)".

Cette distinction clarifie les concepts, mais elle désigne des axes d'intervention différents plutôt que des champs d'action nettement séparés. D'ailleurs, la complémentarité de ces deux axes amène nos auteurs à ne plus opérer de distinction dès lors qu'ils examinent les stratégies et les méthodes. On peut donc se demander si la prévention ne se «dilu» pas (le terme

est choisi sans intention péjorative) dans la promotion de la santé; si on ne la retrouve pas parmi les finalités des cinq stratégies proposées par l'OMS :

- 1) construire des environnements favorables à la santé mentale (ici surtout en termes de qualité des milieux de vie);
- 2) favoriser le développement des aptitudes personnelles et sociales;
- 3) renforcer l'action communautaire;
- 4) réorienter les services de santé et les services sociaux;
- 5) mener des politiques publiques favorables à la santé mentale.

Chacune de ces stratégies — sinon la dernière, ou en tout cas pas directement — peut être mise en oeuvre par les intervenants professionnels et par les associations. Illustrons cela par quelques exemples extraits d'une interview que nous ont accordée des membres de l'équipe d'un service de santé mentale (Le Méridien, à Saint-Josse).

Action sur l'environnement : "Beaucoup d'associations de quartier mènent des actions qui ont sûrement un impact sur la santé mentale, simplement en travaillant avec les habitants pour améliorer la qualité du logement, par exemple. Je pense à la façon dont les gens peuvent se vivre dans leur logement, mais aussi à l'image de soi qu'ils peuvent se forger à travers cela. La santé mentale passe aussi par des activités, des projets qui touchent la vie quotidienne, sans que ce soient des «projets de santé mentale»." (Benoît Van Tichelen)

Développement des aptitudes personnelles et sociales : "L'association «Le Pivot», à Etterbeek, rassemble des familles autour d'un projet qui consiste, au fond, à être acteurs de leurs propre vie. A être reconnus en tant que personnes au lieu d'être vus comme des gens qui sont dépendants — du CPAS, des services d'aide, etc. A ne plus se regarder comme des gens qui vont d'échec en échec, mais à constater qu'ils peuvent réussir des choses, manifester leurs compétences. Le rôle des travailleurs sociaux est de les aider concrètement (dans les démarches à faire, notamment) mais aussi de valoriser leurs ressources et de les soutenir afin qu'ils se remettent en projet." (Luc Colinet)

Travail communautaire : "Le projet de santé communautaire du Méridien part de cette première question :

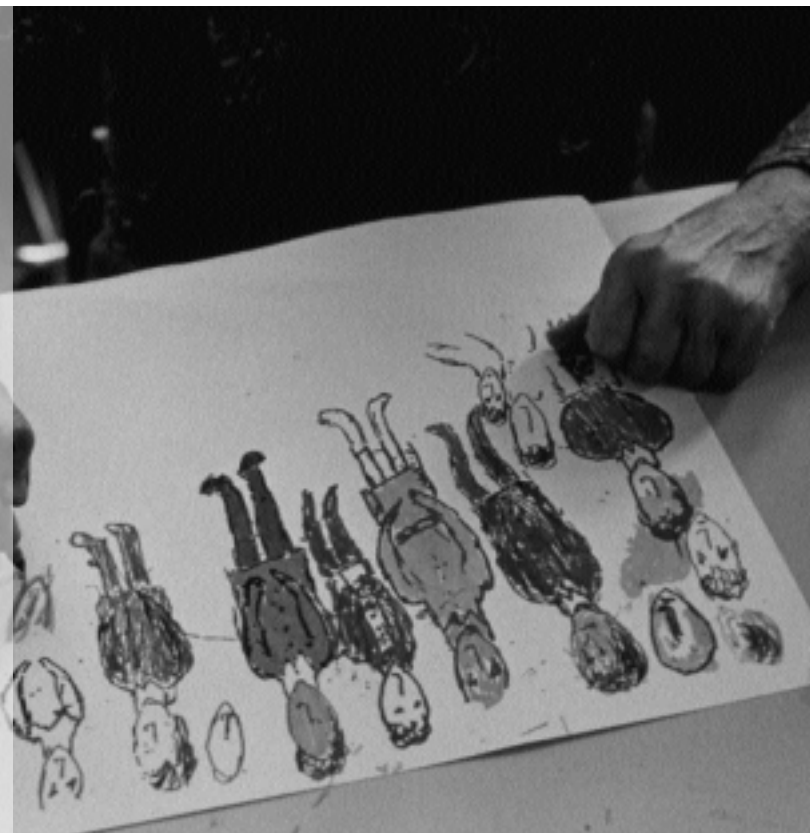


Photo © : Maurice Müller/Question Santé

«quelles sont les préoccupations dans le quartier, en relation avec la santé mentale au sens large du terme?». Après cela, on se demande ce que l'on peut faire par rapport aux problèmes qui ont été identifiés, en s'appuyant sur les ressources — institutionnelles, humaines — que l'on a découvertes. On travaille alors avec les intervenants professionnels et les associations du quartier, qui à leur tour travaillent avec des habitants. A partir d'un travail de groupe, ces gens se remettent en position d'acteurs, ils se réapproprient leur histoire, ils créent ou redécouvrent un savoir propre (au lieu d'écouter un spécialiste). Cette démarche peut déboucher ou non sur des actions, mais ce qui compte c'est d'avoir participé à un processus qui a des effets individuels et, éventuellement, des effets de groupe ou communautaires. Les gens ne participent pas à ces groupes en fonction d'une maladie ou d'un problème précis chez eux, mais en fonction d'une préoccupation à propos de laquelle ils sont prêts à échanger avec d'autres qui vivent la même situation : il peut s'agir de parents d'adolescents, de réfugiés, d'habitants à propos de la vie dans le quartier, par exemple." (Yves Lambrechts)

Education populaire et santé mentale

“Le choix de la perspective communautaire en santé mentale se base sur deux constats : tout d’abord, les limites de l’approche clinique individuelle face à des problématiques étroitement liées aux conditions sociales, culturelles, économiques des populations concernées; et ensuite, une certaine «désappropriation» de leur santé mentale par les personnes qui vivent ces difficultés. La santé mentale est devenue «l’affaire des spécialistes» et les personnes ne se sentent plus compétentes, plus responsables de leur santé mentale et de celles de leurs concitoyens.”

Le concept de promotion de la santé met l’accent “non seulement sur l’individu mais également sur la collectivité. Les personnes sont replacées dans une position d’acteurs sociaux par rapport à leur santé et à leur santé mentale, et enfin on intervient sur les facteurs déterminants de la santé. On quitte donc le sanitaire ou le psychologique *stricto sensu* pour viser le bien-être, la qualité de la vie. Dans le champ de la promotion de la santé mentale, l’intervention ne part pas d’un symptôme ou d’une pathologie (comme dans le champ curatif) mais offre aux personnes et aux communautés une possibilité de renforcer leurs compétences et leurs ressources en santé mentale.”

Dans une perspective de développement communautaire, deux objectifs principaux apparaissent :

- “restaurer ou recréer du lien social. Il s’agit de valoriser la cohésion du tissu social en tant que support social, de renforcer les solidarités de proximité. L’existence d’un réseau primaire de soutien est un facteur important de promotion de la santé mentale, plus particulièrement dans des situations où les personnes font peu appel aux services d’aide professionnelle (...);
- “renforcer les capacités d’expression, d’analyse et d’action des groupes dominés au sein des rapports de force qui traversent les sociétés. Cet objectif rejoint très précisément celui développé par Paulo Freire dans le courant appelé «éducation populaire».”

Extraits d’un texte inédit de Nathalie THOMAS, Benoît VAN TICHELEN et Yves LAMBRECHTS (Le Méridien). Voir aussi : Le diagnostic communautaire, outil pour une expérience de promotion de la santé mentale, *Les Cahiers de la Santé*, n° 7, 1998.

Nous avons beaucoup mis l’accent ici sur les aspects collectifs — peut-être même de manière excessive eu égard aux types de demandes effectivement exprimées en matière de santé mentale —, justement parce que ces aspects restent encore le plus souvent à l’arrière-plan des aspects plus individuels ou microsociaux. Et parce que le concept de prévention reste lié à la notion de grands nombres, même s’il est aussi appliqué à des situations individuelles.

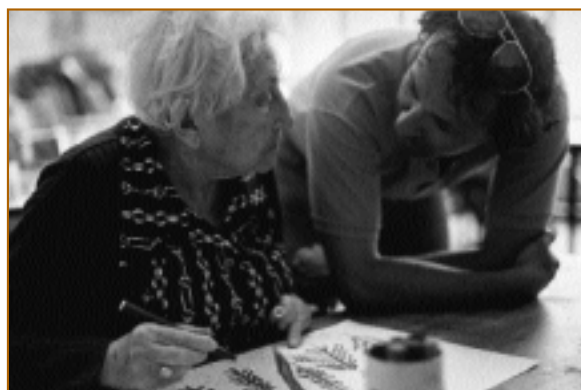
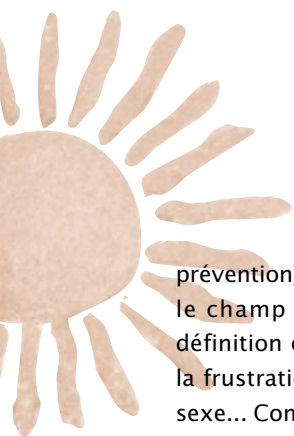


Photo © : Maurice Müller/Question Santé

Par ailleurs, le collectif et l’individuel sont en interaction: “On peut distinguer la prévention qui s’adresse à la population générale, celle qui cible les groupes à risque ou des populations spécifiques, et la prévention individuelle... Dans un service comme le nôtre arrivent essentiellement des demandes de ce dernier type. Mais parfois les questions remontent de manière plus large, ou nous amènent à réfléchir à ce que nous pouvons faire par rapport à des demandes où l’aspect culturel est prépondérant, par exemple. C’est ainsi que nous avons beaucoup travaillé autour de la notion d’exil. Le parcours de migration n’est pas seulement celui de l’étranger qui débarque en Belgique, mais aussi celui de l’Ardennais qui arrive à Bruxelles, ou même le parcours que l’on fait dans sa propre vie en passant d’une culture familiale à une autre.” (Christine Vander Borgh)

Vers un nouveau paradigme de la prévention ?

Petite conclusion en forme de synthèse... De son origine biomédicale, la prévention tient une finalité de type «éradication» (on cite d’ailleurs toujours l’exemple de la variole lorsqu’on veut évoquer les succès de la



prévention). Cette finalité n'est pas envisageable dans le champ de la santé mentale : l'humain est par définition en proie au doute, à l'anxiété, à la peur, à la frustration, au désir, à l'angoisse de la mort et du sexe... Comment imaginer «d'en finir» avec tout cela? On est donc, semble-t-il, en quête d'un nouveau paradigme de la prévention qui soit cohérent avec les spécificités du champ de la santé mentale. Actuellement, au moins trois modèles sont présents.

Le premier est celui de la *gestion (ou de la réduction) des risques*, qui reste assez proche du rationalisme biomédical. On en a un exemple clair avec la question des toxicomanies; de plus en plus nombreux sont ceux qui pensent que l'éradication du problème sur le plan sociétal est un but totalement irréaliste. Le message de prévention serait donc ici : «prenez des produits si vous ne pouvez pas faire autrement, mais évitez ou limitez les risques pour votre santé tant physique (hépatite B, sida, produits de qualité douteuse...) que sociale (marginalisation, précarité, exclusion...)».

Le deuxième modèle est proposé par les auteurs québécois déjà cités : *la prévention comme complémentaire à la promotion de la santé*. La première fait porter son effort sur les facteurs de risque et les conditions pathogènes, la seconde sur les déterminants

(positifs) de la santé. Mais nous avons vu que cette distinction très claire sur le plan des concepts ne l'est plus guère sur celui des stratégies et des pratiques.

Le troisième est fourni par le concept de *promotion de la santé*; nous venons d'en présenter quelques exemples. Ici, la prévention n'est plus un acte spécifique comme dans le modèle médical (vaccination, dépistage...); elle constitue une des multiples finalités possibles du processus que l'on met en place. Ce processus peut être de l'ordre de l'action sur l'environnement, le milieu de vie; de la réflexion-action collective au sein d'une communauté; du soutien aux éducateurs (parents, enseignants, éducateurs *stricto sensu*); de l'aide apportée aux personnes en difficulté, en prenant appui sur leurs ressources et en visant à restaurer des liens sociaux, une appartenance, une identité. ■

A. Cherbonnier

(Propos recueillis par F. Kinna et A. Cherbonnier)

Merci à L. Colinet, Y. Lambrechts, C. Vander Borgh et B. Van Tichelen, pour une conversation qui nous a permis de penser que nous ne «planions» pas dans les hautes sphères de la théorie pure!



Photo © : Maurice Müller/Question Santé

- 1 Dans la préface de *La prévention et la promotion en santé mentale. Préparer l'avenir*, ouvrage collectif publié au Québec en 1993 (Ed. Gaëtan Morin - Comité de la Santé Mentale du Québec).
- 2 Auteurs de l'ouvrage cité ci-dessus.
- 3 *Education pour la santé. Concepts, enjeux, planifications*, Bruxelles, De Boeck-Université, 1ère éd. 1988, voir pp. 103-118.
- 4 Voir deux publications de la Commission communautaire française : *Des lieux de rencontre jeunes enfants et parents*, 2e éd. 2000-2001; *Réflexions et expériences de prévention en santé mentale : des lieux de rencontre enfants-parents*, *Les Cahiers de la Santé*, n° 11, 1999.
- 5 Nous présenterons plus en détails cette initiative dans le prochain numéro.
- 6 *Les Services de Santé Mentale*, Commission communautaire française, 1ère éd. 1999.
- 7 Empowerment : an emerging mental health technology, *Journal of Primary Prevention*, vol. 8, n° 1-2, 1987, pp. 71-94.
- 8 Cet exemple nous est suggéré par un article récent : Support social et suicide, *Education Santé*, n° 156, 2001, pp. 4-5.



«SOS sectes» : une nouvelle association

Tout ou presque a été dit sur les sectes et leurs dangers. Les livres, comptes rendus d'expériences, articles de presse, émissions télé, etc., foisonnent en la matière. Mais qu'en est-il des ex-adeptes victimes de sectes ? Et surtout, qu'en est-il des proches de ces victimes, entraînés malgré eux dans une souffrance au quotidien ?

Nous avons rencontré à ce propos Jean-Claude Maes, psychologue et thérapeute systémique au Centre de Consultations et de Planning Familial Marconi et initiateur de cette nouvelle asbl.

Bruxelles Santé : Comment est née l'idée de créer une association d'aide aux victimes de sectes ?

J.C. Maes : Un peu par hasard. En fait, je travaille au Centre Marconi en tant que psychothérapeute et, comme il s'agit ici d'un planning familial, on y reçoit, en toute logique, des familles. J'ai eu en consultation, à un moment donné, plusieurs familles concernées par des problèmes de secte. Essentiellement des parents dont le fils ou la fille se trouvait dans une secte. En entendant leur histoire, je me suis rendu compte que je me trouvais face à une problématique que je ne connaissais pas. A priori, j'avais bien sûr une certaine idée des sectes, comme n'importe quel psychologue, mais ce que j'entendais dans le discours de ces familles ne correspondait pas à mes schémas théoriques. Deux solutions se présentaient dès lors à moi : la première consistait à me dire " ils me mentent, c'est la théorie qui a raison ", la seconde était d'approfondir le sujet.

B. S. : Vous avez choisi la seconde.

J.C. Maes : En effet. D'autant qu' à cette époque, nous devions organiser de nouvelles activités de prévention dans le cadre des missions du planning. J'ai donc proposé, lors d'une réunion d'équipe, de créer un groupe de parole pour ex-adeptes, parents et conjoints d'adeptes de sectes. Le résultat fut surprenant ! Des gens téléphonaient pour participer au groupe de parole, mais surtout un grand nombre de personnes nous appelaient pour

avoir des consultations. Ce qui n'était pas prévu au programme.

B. S. : Comment expliquez-vous une telle demande ?

J.C. Maes : Nous avons découvert avec stupeur qu'aucun psychologue ne s'occupait de ce problème en Belgique. Un certain nombre d'associations s'occupaient de victimes des sectes, mais toutes étaient constituées de bénévoles, par ailleurs extrêmement bien documentés en la matière et pleins de bonne volonté, mais de psychologues, point ! À l'époque, il semble même qu'il n'y avait rien non plus en France et, plus étonnant encore, aucune littérature analytique en la matière (la situation a changé depuis). Donc j'ai essayé de faire face aux consultations et j'ai lancé, à peu près en même temps, deux recherches, l'une concernant le profil individuel des adeptes de secte, l'autre le profil familial. Comme j'ai été débordé par les consultations, j'ai cherché à développer et à financer un projet plus large, ce qui a abouti à la fin de l'année dernière. Nous allons donc créer l'asbl " SOS Sectes ", qui va fonctionner avec un psychologue et une secrétaire à temps plein, Nous avons également obtenu un budget de la Commission communautaire française, Service Santé, afin de terminer les recherches commencées. Mais nous pouvons déjà tirer certaines conclusions de par notre pratique en consultation.

B. S. : Quelles sont-elles ?

J.C. Maes : Un des constats que l'on peut déjà faire, c'est que les gens nous disent avoir consulté tel ou tel psychologue et avoir eu le sentiment de ne pas avoir été compris, voire même d'avoir été jugés. Ces psychologues – dont je connais certains et pour lesquels j'ai beaucoup d'estime – éprouvent certaines difficultés par rapport au phénomène sectaire. Parce qu'il s'agit d'une problématique mal connue au niveau psychologique, et aussi d'un phénomène de société qui engendre la polémique, y compris chez les psys. C'est d'ailleurs à partir de cette constatation que nous avons participé à l'organisation de colloques patronnés par l'AVCS¹ (Aide aux Victimes de Comportements Sectaires). Le premier, en octobre 1999, visait à mieux cerner la problématique de l'aide aux victimes de sectes.

pour aider les victimes de sectes.

Le second s'est tenu l'année suivante; il était consacré aux gourous. Le troisième aura lieu en octobre 2001 et traitera des enfants dans les sectes.

De son côté, le CEFA² (Centre d'Education à la Famille et à l'Amour) a pris l'initiative d'organiser des séminaires de sensibilisation à la problématique sectaire. Ils réunissent gendarmes, policiers, psychologues et psychothérapeutes, assistants sociaux, etc., pour les sensibiliser à mon approche de l'aide aux victimes de sectes.

B. S. : En quoi votre approche se distingue-t-elle?

J.C. Maes : Mon optique, quand je reçois une famille, un conjoint, est de réinterroger la problématique de façon à ce que le co-adepte³ puisse la regarder sous un angle qui lui permet d'envisager des solutions. Souvent les ex- et co-adeptes ont en commun de voir l'avenir bouché, sans solutions. Tant que le co-adepte interpelle l'adepte - sur un mode agressif, sur un mode argumentaire, sur un mode souffrant -, l'adepte évite de se poser des questions sur ce qu'il vit : il est trop occupé à contre-argumenter les propos du co-adepte. Le conflit avec le co-adepte lui permet de faire l'économie des questions qu'il pourrait se poser. En général lorsque le co-adepte lâche prise, sort de son obsession, comme par miracle l'adepte commence lui à se poser des questions sur ce qu'il est en train de vivre. Quant à l'ex-adepte, il a un travail de deuil à faire, qui peut prendre longtemps. Il doit aussi arriver à donner un sens à ce qui lui est arrivé, dans le contexte plus général de son histoire personnelle. L'entrée en secte est souvent vécue par les ex-adeptes comme une rupture dans leur histoire. Ils se retrouvent à la sortie comme s'il y avait eu une parenthèse dans leur vie, comme si le temps s'était arrêté, comme si toute cette histoire ne les concernait pas autrement que comme victimes. Ce qui est (en partie) vrai. Il y a effectivement un effet traumatique de l'appartenance à une secte. Il y a des symptômes qui sont les mêmes que dans les autres domaines de la victimologie. Mais je pense que l'ex-adepte peut s'interroger sur ce qui lui est arrivé, de façon à ce que cela prenne un sens pour lui, un sens individuel qui ne soit pas qu'une généralité sur le phénomène sectaire... Voilà pour l'un des objectifs de notre asbl.



Photo © : Jean-Louis Saiz/Question santé

B. S. : Pouvez-vous nous décrire ce qu'il en est des autres objectifs de votre association ?

J.C. Maes : Il est également prévu d'organiser des conférences, séminaires, colloques, etc. Un autre objectif est de continuer dans la recherche. Je pense qu'il faut absolument sortir du sensationnalisme et adopter une démarche plus scientifique. Le problème, pour l'intervenant psychologique, n'est pas de savoir s'il y a de bonnes ou de mauvaises sectes, ou de se demander si les sectes se développent parce que la société est mauvaise. Mon rôle est plutôt de me demander de quoi est victime celui qui entre en secte et en quoi je peux l'aider. Après cela, je peux effectivement m'interroger sur la signification sociale du phénomène sectaire. En tout cas, en tant que professionnel, je dois me dégager d'une approche militante. La mission de l'asbl sera aidante et non militante. ■

S.O.S. Sectes
Rue Marconi, 85 - 1190 Bruxelles
Tél. : 02.345.10.25 (n° provisoire)

1. A.V.C.S. Tél. : 086.21.41.85

2. CEFA Tél. : 02.640.44.14

3. "Le proche (conjoint, parent...) d'un adepte de secte qui porte la souffrance de la problématique, alors que l'adepte lui, en porte le symptôme".

Un dépliant facile à trouver...

“ Vous leur en donnez souvent ? Et vous les trouvez facilement ? ” ...

De quoi s'agit-il ? De tous ces dépliants d'information en promotion santé utilisés pour informer et sensibiliser le public. Pas toujours facile de trouver le support ad hoc. Et à l'autre bout de la chaîne : pas toujours facile pour un diffuseur d'être visible auprès de tous les relais intéressés. Dans cette pièce de la promotion de la santé, le CLPS vient jouer quelques (r)accords pour faciliter l'accès à tout ce matériel d'information du public.

Sensibiliser le public auquel on s'adresse, l'informer de manière adéquate, sont généralement des préalables à toute action qui vise à promouvoir la santé. Toutefois, ces questions évoquent parfois un parcours d'obstacle : être au courant des dernières publications, trouver le document qui convient et se le procurer... Tout un programme.



Assez bien impliqués dans la diffusion de documents, au CLPS, nous avons voulu en savoir plus sur ces obstacles. Pas juste pour savoir : pour dessiner au mieux les contours d'un projet qui aiderait les intervenants à se tenir informé de la publication de documents susceptibles d'intéresser le public. Ça, c'est le projet actuel, avec une publication en préparation. Mais, en général, comment le CLPS s'occupe-t-il de diffusion de documents ?

“ Diffuser ” se décline en plusieurs services au CLPS

Le centre local travaille sur base de missions en promotion de la santé. Avec la diffusion, nos axes de travail concourent à remplir plusieurs de ces missions (centralisation et diffusion d'informations, aide méthodologique, concertation...):

- **aide méthodologique** : aider à préparer et cibler la diffusion d'un dépliant, mettre à disposition un répertoire ;
- **“hébergement” de quelques campagnes** : un réapprovisionnement peut se faire dans nos locaux (“Sida, le point”, “Adolescence, quand le stress paraît”, “Mi-ange, mi-démon”, “La contraception en question”, “Sida, s'informer sur le dépistage”...);
- **visibilité** offerte pour un certain nombre de campagnes et de supports : affiches et présentoirs dans les lieux de passage fréquentés au CLPS et remise de petites quantités d'exemplaires ;
- **feuillet d'information** : liste de tous les dépliants, brochures et affiches actuellement disponibles auprès des diffuseurs et moyens de se les procurer. Ce support est le fruit d'un travail d'analyse et de concertation et il est destiné à être largement diffusé auprès des associations de terrain (info et inscription : voir page suivante).

Notre projet : faciliter la diffusion des supports grand public

PREMIERE ÉTAPE : nous avons rencontré des intervenants de terrain et leurs attentes. Nos impressions n'étant pas un point de départ solide, nous avons mené deux investigations :

- la première auprès d'**associations** pour évaluer leur recours à des supports d'information et les obstacles qu'elles rencontraient ;

► Difficultés pour commander ?



- la deuxième auprès des **diffuseurs** pour connaître les supports disponibles et initier un partenariat.

► Faire connaître vos publications grâce à un feuillet d'information ?



Soixante **associations** ont répondu au premier questionnaire (soit un retour de 4 sur 10) : centres de planning, associations thématiques, centres de documentation...

- presque toutes ont recours à des supports écrits pour informer leur public ;
- plus de la moitié éprouvent des difficultés pour commander auprès des diffuseurs (voir diagramme) ;
- plus de la moitié également estiment ne pas être tenues au courant des nouvelles publications ;
- parmi les attentes : des thèmes manquants (cités par une sur trois); des documents en langues étrangères ou des publications sobres, avec dessins

et textes courts, sont également plébiscités par certains.

Côté **diffuseurs**, ils sont cinquante à avoir répondu à nos questions (ce qui représente la grande majorité de tous ceux que nous avons pu identifier). La faisabilité du projet se confirme étant donné la motivation des diffuseurs :

- neuf sur dix se disent très intéressés de faire connaître leurs publications via un feuillet d'information (voir diagramme) ;
- et tous ceux-là acceptent de répondre aux nouvelles demandes ainsi éveillées.

EN PREPARATION : la liste des documents disponibles

Notre feuillet va répertorier quelque 200 dépliants, affiches et autres brochures. Il sera envoyé aux associations de terrain qui peuvent s'inscrire auprès du CLPS : centre de santé, planning familial, CPAS, service AMO, IMS... La sortie du premier numéro est prévue en avril.

Ensemble, nous pourrons certainement faciliter l'accès aux supports existants. Et espérer initier un mouvement d'échanges sur les besoins prioritaires et sur l'information donnée au public, voire même une concertation. Tout un projet...

Comment recevoir cette liste ?

Vous inscrire auprès du CLPS suffit pour recevoir le feuillet dès sa sortie : vos coordonnées complètes (courrier y compris) + quelques lignes de commentaires : votre secteur, vos habitudes, vos questions... (Se) connaître, (faire) réfléchir et questionner le sens, tout cela participe aussi à promouvoir la santé. ■

Yves Gosselain, responsable de projet

Centre local de promotion de la santé de Bruxelles :
av. E. de Béco, 67 – 1050 Bruxelles
Tél : 02/639.66.88 – fax : 02/639.66.86
Email : clps.doc@swing.be

Dialoguer avec le grand public

2001 Année de la Santé Mentale est une campagne de sensibilisation destinée au grand public. Elle est le projet de cinq Ligues et Fondations qui se consacrent à promouvoir la santé mentale en Belgique.

La campagne débute au mois de mars et se prolongera jusqu'en octobre. Au travers de celle-ci, les cinq associations proposent de nouer un très large dialogue au sein de la société civile et de transformer certaines des représentations toutes faites qui fleurissent communément sur les sujets complexes, parfois délicats, de la santé et de la maladie mentales.

A l'échelon local, régional et national, des activités seront organisées, elles seront autant de points de rencontre entre le grand public, les usagers, leur entourage et les professionnels.

D'emblée, cette campagne pose deux problèmes. Ils sont intéressants à commenter.

Tout d'abord, ... les opérations de sensibilisation sont-elles utiles ? La question n'est pas simple car s'y loge toute la difficulté de l'évaluation de leur efficacité.

Une campagne qui aurait la prétention de convaincre tout le monde a peu de chances d'aboutir au résultat escompté. Les *a priori*, les méconnaissances ne se réduisent pas seulement par des messages généraux ou généraux. Si c'était le cas, il y a longtemps que la xénophobie ne ferait plus recette ! Il est des opinions irréductibles qui se renforcent, précisément, sur les arguments qui visent à les contrer.

Faisons plutôt l'hypothèse d'une campagne raisonnable ? Raisonnable, ... il y a dans ce mot la perspective de raisonner ensemble, de penser, de

discuter entre les uns, appelons-les les spécialistes, usagers et professionnels, et les autres, les curieux de savoir, d'échange et de rencontre avec ce qui est différent. Ceux-là sont le premier public-cible de 2001 Année de la Santé Mentale. Leur expérience personnelle en fera les meilleurs ambassadeurs du projet de l'Année, car ils ont une proximité avec d'autres personnes qu'en dépit de leur bonne volonté, les initiateurs ne toucheraient jamais.

Une campagne est utile lorsqu'elle échappe à ses promoteurs et se propage de loin en loin par le jeu du bouche à oreille.

Le second problème est celui de la circonspection des professionnels à l'égard de la campagne.

Globalement, ils ont assez bien adopté l'initiative et ses objectifs, mais ils restent relativement réservés, voire prudents, dans leurs engagements concrets. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, cette attitude est plutôt rassurante car elle reflète une double préoccupation de leur part.

Jusqu'ici, la communication vers le grand public a peu fait partie de leurs habitudes, et ils ne sont pas convaincus de l'utilité de s'y consacrer désormais par des démonstrations de visibilité tous azimuts. On connaît les risques de l'"entreprise communicationnelle" quand elle se passionne plus pour les formes que pour les contenus.

Une culture de la communication se construit pas à pas ; dans le domaine exigeant de la santé mentale, plus encore qu'ailleurs ! Elle se fait moyennant de nombreux feed-back avec le public et réclame de constants réajustements. Ce travail prendra des années.

Par ailleurs, ils redoutent les dangers de la vulgarisation. Ils n'ont pas tort. Les associations fondatrices n'ont pas caché leur intention, louable évidemment, que la campagne concoure à la déstigmatisation de la maladie mentale et lutte contre

les formes d'exclusion dont souffrent dans le lien social ceux qu'on appelle les malades mentaux, ... un projet qui mérite le qualificatif de *politique*.

Cependant, le mieux est l'ennemi du bien !

Si la déstigmatisation consiste en une démarche philanthropique de rapatriement de la maladie mentale dans le rang des maladies communes, on sera passé complètement à côté du véritable enjeu de cette opération de sensibilisation.

Le risque de la campagne est de banaliser notre regard sur ce qui est hautement spécifique dans le destin d'un individu. Le pire pour un schizophrène, prenons cet exemple, serait d'être éconduit de la place à laquelle il s'assigne, au terme d'une propagande qui voudrait pour *son bien* qu'il soit considéré comme n'importe qui, ... ce qui justement lui est si difficile.

Dès lors, de quoi s'agit-il ?

La santé mentale ne se décline pas de la même façon pour chacun. Qu'elle soit souhaitable pour tout le monde est une chose, les conditions sur lesquelles elle repose, en est une autre.

Définir la santé physique est bien plus facile. Par exemple, un corps à 36.5° de température est un signe de bonne santé pour tous les humains.

Les humains, par contre, sont doués du langage, une particularité qui leur permet d'exprimer l'infinie variété des éléments qui contribuent au maintien de leur bien-être, de leur plénitude, de leur autonomie, ... autant de termes qui traduisent imparfaitement ce qu'est la santé mentale. Bien entendu, elle est plus que cela puisqu'elle est inscrite au cœur même d'un processus, jamais achevé.

La santé comme la maladie mentale relève d'une expérience personnelle, toujours subjective. On ne

peut en rendre compte qu'en acceptant la logique du cas par cas, aucune description ne convenant vraiment pour tout le monde.

A cet endroit, le témoignage des professionnels est précieux. Il s'appuie sur les rencontres singulières faites dans leur pratique. Les récits des patients et des usagers leur enseignent la complexité de l'équilibre et du déséquilibre psychiques. Ils ont la faculté de transmettre ce savoir tiré de la clinique. Dans cette perspective, ils ont la possibilité et la responsabilité de faire de 2001 Année de la Santé Mentale une campagne qui met en évidence la spécificité de chaque individu, dans les choix et les différences qui lui sont utiles pour vivre, aussi étranges puissent ils parfois nous paraître.

La prévention, comme chacun sait, est difficile à définir, plus encore en santé mentale qu'ailleurs. Toutefois, nous pouvons poser qu'il s'agit, entre autres choses, de prévenir l'autre de ce que l'on a appris, de ce que l'on a tiré de l'expérience. La campagne est, pour les intervenants de ce secteur spécialisé, l'occasion de le faire. Comme telle, on pourra affirmer qu'elle est préventive auprès du grand public. ■

Eric Messens

Directeur de la Ligue Bruxelloise
Francophone pour la Santé Mentale

Annonces

En vue de l'inscription de la Région Bruxelloise dans le réseau des Villes-Région en Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'ASBL «Bruxelles Ville Région en Santé» a été créée à l'initiative des trois Collèges Communautaires et du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale. Son but est de contribuer à l'amélioration et à la promotion de la santé dans un contexte urbain en réduisant les inégalités en matière de santé et environnementale, en suscitant la participation communautaire des bénéficiaires et en favorisant la coopération intersectorielle (public, privé, associatif).

Afin d'assurer la réussite de cette entreprise, elle souhaite recruter un(e) dont la mission principale consistera à être l'interface entre les décideurs politiques et les administrations de la Région de Bruxelles-Capitale, de la COCOF, de la COCOM, de la Vlaamse Gemeenschap Commissie et les promoteurs de projets participatifs.

Contenu de la fonction : valorisation et soutien des projets menés par les acteurs associatifs, administratifs et universitaires par la création d'une dynamique impliquant le plus grand nombre de partenaires locaux • constitution d'un comité de pilotage et contribution à la mise en œuvre d'un programme d'évaluation systématique des effets concrets des politiques menées et de définition de critères de sélection des projets en vue de crédibiliser un label «Bruxelles Ville-santé» • collecte des données pertinentes pour recenser les initiatives et projets au niveau communal et régional afin de les intégrer dans un réseau d'actions plus global • mise sur pied d'un réseau d'échanges d'informations, d'expériences et de données au niveau régional, interrégional, communautaire et international • collaboration aux groupes de travail ayant pour objectif d'intégrer une politique de santé dans les secteurs de l'enseignement, du logement, du travail et de la famille • participation à un colloque international • élaboration d'une publication périodique.

Exigences et atouts recherchés : diplôme de l'enseignement supérieur universitaire ou de type long • trilingue français/néerlandais/anglais • expérience réussie dans les domaines de la promotion de la santé et/ou du développement social urbain et connaissance des institutions publiques et du secteur associatif • pratique éprouvée dans la conduite de réunion, la coordination de projets et la rédaction de rapports • accoutumé du travail en réseaux dans un environnement national et international • bon négociateur, sens des relations publiques et des initiatives • disponible pour des missions internationales de courte durée.

Nous vous prions de déposer votre candidature par écrit, avant le 23 mars 2001, auprès du bureau chargé de la présélection des dossiers, ORBEM, Service Sélections, à l'attention de Monsieur Colmant, boulevard Anspach 65, 1000 Bruxelles
E-mail : jccomant@orbem.be

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

La nouvelle campagne d'Infor-Drogues (en annexe) Il n'est pas interdit d'en discuter !

Cette campagne de trois affiches s'adresse d'abord aux jeunes. Les situations décrites mettent en scène des contextes de vie qui sont largement partagés par eux. Ces affiches ne veulent pas leur faire la morale. Elles posent plutôt une question ouverte qui demande à chacun une réflexion, avant de se construire une réponse. Cela favorise l'implication des lecteurs, gage d'une prévention efficace.

Les affiches peuvent être diffusées vers toutes les catégories de publics. En effet, la ligne téléphonique 24h/24 d'Infor-Drogues est ouverte à tous. N'hésitez pas à commander des affiches supplémentaires, en téléphonant à la permanence 02/227.52.52.

Par ailleurs, suite à la nouvelle politique concernant le cannabis, vous pouvez consulter le site <http://www.infor-drogues.be> ou téléphoner à la permanence.

Le service juridique de Solidarités Nouvelles Bruxelles traite depuis de nombreuses années de la législation sociale dans le cadre de ses permanences.

Pour ce faire, il dispose d'une documentation complète en matière législative et jurisprudentielle. Cela permet de donner rapidement des informations quant aux nouveautés législatives et à la jurisprudence en matière notamment d'accès aux soins de santé et d'indemnisation en cas d'incapacité de travail.

L'asbl lance un nouveau outil d'information à la disposition des associations qui œuvrent dans le secteur de la santé : un mailinfo. L'information emailée reprendra non seulement les nouveautés législatives en matière de santé, mais aussi des cas vécus qui pourraient permettre d'éclaircir plus efficacement certaines situations complexes où se mêlent chômage, travail accessoire, incapacité de travail et reprise d'une activité partielle autorisée, etc.

Vous pouvez vous inscrire sur la liste des utilisateurs et envoyer votre adresse e-mail à vverboomen@misc.irisnet.be

Pour plus d'information contacter Serena Bergamini ou Carine Vandeveld : 02.503.09.45

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