



Grossesse et désir de grossesse à l'adolescence



En direct de...

Quartier Libre
et Solidarité à Ixellespages 2 à 5

Bouquins malinspages 6 et 7

Dossier

Grossesse et désir de grossesse
à l'adolescencepages 8 à 17

Initiative

La LICE, Unité Petite Enfancepages 18 et 19

L'écho du CLPS

Tom et Pedro, Max et Jeanne,
Chloé et Sarahpages 20 et 21

Carte blanchepages 22 et 23

Annoncespage 24

En direct de...

Quartier Libre et Solidarité



L'affiche nous avait intrigués. Juste en face de nos bureaux : "Snack info : un chouette moment de détente où tartines et infos se croisent. Rejoins-nous dans notre petit snack sympa". S'agissait-il simplement d'un nouveau snack qui s'ouvrirait dans le quartier ? Apparemment non. A y regarder de plus près, d'autres enseignes s'inscrivaient sur le haut des fenêtres. Solidarité, Quartier Libre, SOS Jeunes... Bref, assez de nouveautés pour susciter notre curiosité. Nous avons rencontré Benoît De Decker et Marco Giannoni, qui nous ont d'abord brossé le décor institutionnel...

SOS Jeunes/Quartier Libre est reconnu par la Communauté française comme service d'aide à la jeunesse en milieu ouvert (AMO). Les services AMO ont une mission d'aide préventive auprès des jeunes jusque 18 ans, dans leur milieu de vie et dans leurs rapports avec l'environnement social. Ils interviennent de manière non contraignante, à la demande du jeune ou de ses proches. L'association lance différents projets qui n'ont pas de structure juridique propre, dont **Solidarité**. Le travail de SOS Jeunes/Quartier Libre se répartit sur deux lieux à Ixelles, près de la place Fernand Cocq : le siège, qui se trouve 27 rue Mercelis, et le local de Solidarité, Quartier Libre et Cargo, 78 rue Sans Souci. Depuis le mois de janvier, nous avons installé ce local pour nous faire connaître progressivement en vue de faire un travail de proximité. Nous diffusons une information sur ce qui se passe sur le plan culturel et social en Communauté française, en mettant l'accent, par de petits macarons "Ici à Ixelles", sur ce qui existe dans la commune. Nous soutenons aussi des projets de jeunes, structurés ou non.

Et le snack-info ?

C'est un autre aspect du travail de proximité. Nous avons voulu créer un lieu où on peut venir manger pour un prix modique et, en même temps, échanger avec d'autres. Tout cela, bien sûr, sans trop forcer mais

sans laisser non plus les gens dans leur coin. À la rentrée prochaine, nous voudrions y inviter tous les nouveaux délégués de classe des écoles qui nous entourent (Saint-Boniface, Edmond Peeters, Charles Janssens, Mercelis et Jacqmotte), pour briser un peu la glace. En fait, nous avons eu la chance de trouver un local sur un coin de rue, en pleine lumière, ce qui finalement amène pas mal de gens à entrer pour voir ce que nous faisons. Ce snack nous permet également de promouvoir le "Journal des gens d'Ixelles" et "Ixelles en couleurs". C'est un lieu de transversalité, comme le *Parcours citoyen*.

De quoi s'agit-il ?

Le Parcours citoyen existe depuis 1997. Suite aux événements liés à la disparition de Loubna Benaïssa, dans le quartier, des habitants se sont étonnés de ce que les gens se connaissaient très peu. Ils ont décidé d'organiser une rencontre entre personnes qui avaient une même sensibilité. L'idée du nom du «Parcours» est venue du Parcours d'artistes de Saint-Gilles. La première édition du Parcours citoyen consistait à ouvrir sa maison — aussi incroyable que cela puisse paraître en ville — et à inviter ceux qui le souhaitaient à venir boire un thé ou un café. Le mouvement a ensuite pris de l'ampleur, jusqu'à la création du "Journal des gens d'Ixelles". Aujourd'hui, le Parcours citoyen travaille sur l'idée d'une Maison de la citoyenneté, de la créativité. Nous avons envie de soutenir de telles initiatives.

Et Solidarcité ?

Quel est le point de départ de ce projet ?

Solidarcité est un projet-pilote ouvert à des jeunes de 18 à 25 ans. Le choix de cette tranche d'âge est lié au nouveau décret de l'aide à la jeunesse. Auparavant, SOS Jeunes travaillait avec des jeunes jusqu'à 25 ans. Or le nouveau décret a abaissé l'âge d'intervention à 18 ans. Dès lors, toute une frange de la population jeune avait moins de structures spécifiques auxquelles s'adresser pour faire une demande d'aide individuelle ou pour poser des questions, s'informer, se former... Il

y avait là matière à lancer un nouveau projet, à condition de pouvoir le cadrer. Comme les questions de citoyenneté et de solidarité sont fort présentes à l'heure actuelle, nous avons trouvé particulièrement intéressant de les travailler avec un public de 18-25 ans, en reliant solidarité, citoyenneté et volontariat. Un peu par hasard, nous avons entendu parler d'une initiative à Paris, Unis-Cité¹, qui mettait en action le concept de volontariat dans des projets de solidarité d'une période déterminée de neuf mois. Nous avons rencontré ces gens, et c'est vrai que nous nous sommes largement inspirés de leur initiative.



C'est-à-dire ?

Ils proposaient aux volontaires de faire plusieurs chantiers au bénéfice d'autres associations pendant l'année, accompagnés de formations techniques mais aussi d'activités d'éducation permanente autour de la citoyenneté, de thèmes d'actualité, de la solidarité, etc. Nous avons adapté cette idée à notre public, car nous travaillons avec des jeunes qui sont plus en difficulté, et issus de milieux socio-culturels différents. Nous pensons qu'il est bon de leur ouvrir un espace de valorisation citoyenne, d'autant plus que, de par leurs caractéristiques personnelles, ils ont souvent du mal à intégrer des structures plus classiques, plus traditionnelles, comme

les scouts ou d'autres mouvements de jeunesse. C'est ainsi qu'est né le projet de l' "**Année citoyenne**".

De quoi s'agit-il ?

Les jeunes qui s'inscrivent s'engagent à consacrer, en équipe, neuf mois à la réalisation d'un projet fondé sur trois axes : un engagement citoyen sous forme de service à la collectivité ; un temps de formation qui peut revêtir plusieurs facettes (une formation générale, une formation spécifique en vue du service qu'ils s'engagent à rendre à la collectivité et/ou une formation destinée à faciliter leur insertion professionnelle à l'issue de cette année); et un temps de maturation personnelle concrétisé dans un projet conçu et réalisé individuellement en fin d'année. L'essence même du projet, c'est le service à la collectivité. Pouvoir être acteur, rendre un service volontairement, bénévolement — même s'ils perçoivent une bourse de subsistance de 20.000 francs, dont la finalité est simplement de rendre la démarche accessible au plus grand nombre.

Quels sont les projets en cours cette année ?

Nous avons notamment réalisé l'**opération "thermos"**, qui consistait à distribuer des repas chauds dans la Gare centrale.



Actuellement, certains jeunes suivent les cours de la Croix Rouge pour obtenir leur BEPS (brevet européen de premiers secours). Ils prendront ensuite en charge un rallye organisé pour des enfants de 6^{ème} primaire, où les enfants seront confrontés à des simulations de situations de première urgence. Ceux qui auront obtenu le brevet mettront les enfants en situation, les orienteront et les soutiendront dans leur recherche. Les jeunes ont également fait des animations centrées sur la vidéo avec des enfants de réfugiés au Petit Château. Dans le même temps, ils participaient au concours lancé par la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale autour du thème "*la rencontre de l'autre*". Il y a aussi eu un chantier environnemental qui leur a permis de travailler avec l'Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement et le Réseau IDée. À cette occasion, ils ont visité une ferme de compostage dans le Brabant et ils vont créer une Rose des vents grandeur nature, avec un parcours pédagogique et didactique pour les enfants...

Comment choisissez-vous vos partenaires ?

Les partenariats sont axés sur la réciprocité. Il faut que nos partenaires n'aient pas les moyens de développer une activité donnée, si ce n'est en faisant appel à une équipe de volontaires. Il faut que l'action menée perdure dans le temps et crée de nouvelles dynamiques. Et qu'elle puisse ouvrir les jeunes à différents types de solidarité ou d'activités sociales. L'association partenaire doit prendre le temps d'encadrer les jeunes, de leur expliquer les raisons d'être de l'association.

L'Année citoyenne se terminera par un module d'orientation avec la Mission locale de Bruxelles. Ce sera le moment pour les jeunes de refaire le point, de remettre de l'ordre dans leurs tiroirs. Ce sera également l'occasion d'un apprentissage sur la façon de faire un



CV, de préparer un entretien d'embauche... Nous pensons que le fait d'avoir participé à des actions de solidarité, de citoyenneté peut avoir un effet positif sur un CV.

Comment ces jeunes arrivent-ils dans le projet ?

Nous avons diffusé un dépliant de présentation du projet dans les AMO, les maisons de quartier, dans des centres de formation, des centres d'information, d'orientation, dans certaines écoles, dans les centres PMS... Ça a beaucoup fonctionné aussi par le bouche-à-oreille, grâce à certains jeunes avec lesquels nous avons déjà travaillé à SOS Jeunes. Nous avons ensuite organisé plusieurs séances d'information. Il y avait à chaque fois cinq, six jeunes. Les plus intéressés ont rentré un dossier individuel relatif à leur parcours scolaire, professionnel, mais surtout à leurs motivations. La troisième étape consistait en un entretien centré sur des questions plus précises quant à ces motivations : comment le jeune voyait-il le travail en groupe, le programme proposé ? Quelles pourraient être, selon lui, les difficultés ? Que pourrait-il apporter au groupe, et qu'attendait-il du groupe ?... Il s'agissait pour nous de voir si la demande du jeune était en adéquation avec le projet, de façon à ce qu'il soit conscient du choix qu'il

posait et responsabilisé par rapport à ce choix. Et puis, les 20.000 francs ne devaient pas être la motivation première ! Finalement, huit jeunes correspondant à ces critères ont pu démarrer cette année.

Qu'en est-il de votre financement ?

Le projet pilote a été financé par la Loterie nationale et par la Région bruxelloise, à travers le DAS (Dispositif d'Accrochage Scolaire)², et nous avons bénéficié également d'un subside du projet européen Micro-Bruxelles. Comme il s'agit de subsides à durée déterminée, ce que nous souhaiterions à terme, c'est d'avoir un financement régulier à 50% privé, 50% public.

*Propos recueillis par Françoise Kinna
et Alain Cherbonnier*

Nous remercions Solidarité pour les photos de l'équipe.

1 Unis-Cité, 16 place des Abesses, 75018 Paris.
Contact : Lisbeth Shepperd.

2 Le DAS dépend de la Région et dispose d'une enveloppe qu'il redistribue par l'intermédiaire de l'échevin de l'enseignement de chaque commune. L'objectif est de permettre aux jeunes de 17 ans en décrochage mais encore sous obligation scolaire, de se repositionner grâce à leur participation à un projet. Adresse : 18 avenue du Maelbeek, 1040 Bruxelles. Contact : Francis Labiaux.

Pour toute information complémentaire :

- Solidarité, 78 rue Sans Souci, 1050 Bruxelles
Tél./Fax : 02.503.20.45
E-mail : solidarcite@skynet.be
Contacts : Annick Sondag et Benoît De Decker
- Quartier Libre, 78 rue Sans Souci, 1050 Bruxelles
Tél.: 02.503.19.90
E-mail : quartierlibre@skynet.be
Contact : Marco Giannoni
- SOS Jeunes/Quartier Libre, 27 rue Mercelis, 1050 Bruxelles
Tél.: 02.512.90.10
E-mail : sos-jeunes-quartier-libre@skynet.be



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

Réédition

Agir en promotion de la santé : un peu de méthode...

Ce petit guide méthodologique (67 pages) avait fait l'objet du premier numéro spécial de la revue "Bruxelles Santé" en septembre 1997. Depuis longtemps épuisé, il nous était régulièrement redemandé. La Commission communautaire française ayant accepté de le rééditer, il est à nouveau disponible, cette fois sous une livrée bleu et vert. Pour l'obtenir, adressez-vous à M. Thierry Lahaye, COCOF, Service Santé, tél. 02 542 83 16, fax : 02 542 83 90.



Le plaisir dans l'assiette, la sécurité en tête

Par E. BLANC, A. CHABROL, E. CHAUDIEU (e. a.), Paris, INC, 2001.

Vache folle, listeria, salmonellose... la sécurité des aliments contenus dans nos assiettes est devenue une des préoccupations majeures des consommateurs. Pour répondre à leurs attentes, l'Union européenne a fait réaliser, dans les quinze Etats membres, des campagnes d'information sur la sécurité des aliments. L'Institut National de la Consommation vient de lancer la troisième campagne française. Celle-ci s'adresse plus particulièrement aux jeunes et aux familles à travers les associations familiales. Deux outils sont mis à la disposition des animateurs et formateurs : le livre mentionné ici et une vidéo de 25 minutes. Ils traitent les thèmes suivants : le problème du risque alimentaire, alimentation et santé, alimentation et modes de production, alimentation et plaisir, les principales familles d'aliments. *Disponible en prêt au CRIOC (02 547 06 11)*

La construction sociale de la perception de la santé

Par Ch. OLM et P. LE QUEAU, Paris, CREDOC, juin 1999.

Le Département " Evaluation des politiques sociales " du CREDOC nous propose un cahier de recherche qui tente une clarification des tenants et aboutissants méthodologiques et théoriques de la mesure de la perception de la santé. Il s'agit, en d'autres termes, d'apporter quelques éléments de réponse à des questions a priori simples: que mesure-t-on lorsqu'on interroge les gens sur leur état de santé? Et qu'est-ce qui détermine les réponses recueillies?... Si ces questions

sont relativement aisées à formuler, les réponses sont plus difficiles à concevoir. La santé apparaît en effet comme une dimension éminemment complexe de l'être humain. L'enjeu de la recherche est donc multiple, et ce cahier apporte des éléments de réponses méthodologiques et pratiques aux demandes d'intervention qui sont faites, soit dans le domaine médical, soit dans celui de l'action sociale. Dans la première partie, les auteurs proposent une réflexion théorique visant à clarifier ce qui fait l'objet d'une telle mesure; cette analyse est réalisée à partir du matériel disponible dans les enquêtes qu'ils ont menées. Dans la deuxième partie se trouve un inventaire critique des différentes modalités de recueil de la perception de la santé.

Compte rendu paru dans *Education Santé* n°158

Disponible en prêt à Infor Santé ANMC (02 246 48 53)

Pour obtenir ce document : CREDOC, 142 rue du Chevaleret, 75013 Paris (00 32 1 40 77 85 01)

Les mères trop bonnes

Gabrielle RUBIN

L'Harmattan, 2000.

Comment une mère peut-elle être trop bonne?... Si une mère qui donne tout pour son enfant, sans rien demander en échange, est indispensable au développement du nourrisson et du jeune enfant, nous savons aussi que cette abnégation doit s'amenuiser au fur et à mesure de la croissance de l'enfant, sous peine d'empêcher celui-ci de développer en lui des qualités d'altruisme et de générosité. Par ailleurs, si une mère humaine normale est prête — tout comme une mère animale d'ailleurs — à sacrifier jusqu'à sa vie pour son petit, nulle part on ne voit un animal adulte se préoccuper du bien-être de ses parents vieillissants. Cet amour, cette compassion ne font pas partie de l'inné en nous, ils résultent d'un apprentissage. Faute de montrer peu à peu à son enfant que, contrairement au don sans réciprocité de la relation mère-enfant, le mode de relation des adultes se fonde sur l'échange, une mère «admirable» ne devra pas s'étonner de voir ses enfants, devenus grands, ne lui manifester que peu d'attention. L'inverse est d'ailleurs vrai : des mères exigeantes et peu affectueuses restent bien souvent passionnément aimées de leurs enfants, comme le montrent plusieurs récits autobiographiques dont deux — celui de Gisèle Halimi, *Fritna*, et celui de Georges Simenon, *Lettre à ma mère*, — sont analysés ici.

En consultation au centre de documentation de Prospective Jeunesse, 02 512 17 66.

La problématique des personnes sans-abri en Région de Bruxelles-Capitale

Andrea REA (dir.), ULB, Institut de Sociologie, 2001.

Il s'agit du rapport final d'une recherche commanditée par la Commission communautaire commune. Soulignons d'emblée que, tout universitaire qu'il soit, ce rapport évite largement les obscurités de langage qui rendent inaccessibles au lecteur moyen trop de productions scientifiques. Deuxième qualité : les auteurs réussissent à nous faire saisir la complexité de la problématique. Un exemple : à y regarder de plus près, le stéréotype du sans-abri se craquèle, et l'on voit apparaître une grande diversité de trajectoires individuelles et de situations — femmes isolées, mais aussi accompagnées d'enfants déjà grands, jeunes filles mères, familles (parfois de grande taille), jeunes adultes des deux sexes, personnes âgées, personnes présentant des troubles psychiatriques, candidats réfugiés et illégaux, personnes vivant avec des animaux, etc.

Dans le cadre étroit de cette rubrique, nous nous contenterons d'aborder un seul aspect de la problématique : l'hébergement d'urgence, dont on reparle tous les hivers. Premier point : le nombre de lits disponibles en urgence (109 en été, 183 en hiver). Les professionnels de l'accueil des sans-abri sont unanimes : le nombre de lits ne peut pas être déterminé par le seul critère climatique, même si le froid est évidemment un facteur aggravant. L'organisation du secteur doit être repensée en d'autres termes, et ce pour plusieurs raisons : les sans-abri ont besoin d'un lit en toutes saisons; les conditions de vie (climat, mais aussi sécurité) ne sont pas forcément meilleures en été; le nombre de demandes varie en fonction de facteurs autres que saisonniers (p. ex. l'afflux de candidats réfugiés en été, ces dernières années); enfin, le dispositif hivernal conforte un fonctionnement en termes de gestion de l'urgence, alors qu'il faudrait considérer dans son ensemble la problématique des sans-abri, qui ne se limite pas au problème du logement.

La majorité des professionnels s'opposent par ailleurs à la multiplication de lits d'urgence. Selon eux, multiplier l'offre de lits n'encouragerait pas les usagers des services d'hébergement à mobiliser leurs ressources propres (famille, amis...). En outre, cela attirerait encore davantage d'usagers relevant d'autres secteurs vers le secteur de l'accueil des sans-abri. Enfin, "les lits d'urgence seront toujours remplis parce qu'ils attireront, pour des raisons diverses, des publics différents qui n'y trouveront cependant pas une réponse à long terme à leurs besoins". Pour autant, les professionnels ne remettent pas en question la nécessité d'un dispositif

d'urgence 24h/24 pour faire face aux situations de crise. Mais "pour beaucoup d'acteurs, il doit se limiter à un service ambulatoire ponctuel (aller en urgence à la rencontre d'un usager) et à un service d'orientation vers d'autres services résidentiels ou ambulatoires. Si on lui attribue une mission d'hébergement, celle-ci doit rester résiduelle."

Certains soulignent qu'il faut rester vigilant par rapport aux risques que présente un dispositif d'urgence : celui-ci "ne doit pas se transformer en taxi social ou en un système de ramassage pour les institutions ou les particuliers qui veulent se débarrasser d'un public sans-abri". Paradoxe apparent, "un dispositif d'urgence doit être sous-tendu par une philosophie d'intervention autre que celle de l'urgence : sa mission est de créer des relais avec les services existants et non de se substituer à ceux-ci dans l'urgence". Enfin, "une intervention en urgence ne doit pas nécessairement donner lieu à un hébergement dans un centre d'urgence ni même dans une maison d'accueil : d'autres dispositifs (chambres d'hôtel, appartements de transit, etc.) répondent de manière plus adéquate à certaines situations de crise (jeunes en rupture familiale, femmes en situation de crise conjugale) et sont moins traumatisants (...)"

Plus largement, beaucoup de travailleurs sociaux posent une question qui n'est naïve qu'en apparence : pourquoi s'intéresse-t-on aux sans-abri?... Ils "se demandent si l'urgence sociale ou l'aide inconditionnelle n'a pas pour effet inattendu de permettre, à moindres coûts, de débarrasser les forces de l'ordre de personnes occupant l'espace public, ou les hôpitaux de celles occupant leurs services d'urgence, voire les particuliers qui ne peuvent accepter qu'une personne dorme sur le pas de leur porte. Le danger de la pratique de l'urgence sociale est de transformer ce qui est au départ une action sociale en une action sociale-sécuritaire. La connotation sécuritaire donnée depuis quelques années à l'action sociale dans diverses politiques publiques (...) oblige les services d'aide aux sans-abri à réfléchir aux effets de leur action de ce point de vue. En outre, cette interrogation résulte aussi de la conscience des professionnels des faibles moyens qu'ils ont d'agir sur les mécanismes structurels de production de la précarité et de l'exclusion. L'intérêt du travail avec les sans-abri consiste avant tout à l'intérêt du sans-abri, à lui venir en aide. Les professionnels des politiques sociales ne sont pas là pour invisibiliser la misère du monde, mais pour réaliser un travail social dont l'objectif est de réduire les causes de la misère du monde."

Disponible en consultation à Question Santé (02 512 41 74).

Grossesse et désir de grossesse à l'adolescence

A partir de la question des interruptions volontaires de grossesse (IVG) chez des adolescentes, nous en sommes venus à une interrogation plus large sur la grossesse et le désir de grossesse à l'adolescence. Pas plus chez les jeunes filles que chez les jeunes adultes ou les femmes plus âgées, on ne peut considérer l'avortement du seul point de vue médical et technique (échec de la contraception); les aspects psychologiques, sociaux et culturels doivent également être pris en compte. En outre, toutes les grossesses d'adolescentes ne se terminent pas par un avortement, loin de là.

Et la grande majorité de ces grossesses, menées à terme, ne débouchent pas davantage sur une adoption.

Aujourd'hui, dans le domaine de la santé comme dans le domaine social, pédagogique ou culturel, l'adolescence «fait problème» ou, à tout le moins, est considérée comme une problématique particulière (au cours de nos lectures, nous sommes même tombés sur le mot «adolescentologue»). Par ailleurs, la période de l'adolescence s'est considérablement étirée depuis plusieurs décennies si on la considère dans sa dimension sociologique : la durée de la scolarité obligatoire a été prolongée jusqu'à l'âge de 18 ans; le chômage des jeunes est fréquent, ainsi que les emplois précaires et/ou mal rémunérés; de plus en plus nombreux sont les «vieux adolescents» qui restent tardivement chez leurs parents.

Adolescence ? De quoi parle-t-on ?

Tout le monde est d'accord pour faire démarrer l'adolescence à la puberté, mais il est moins facile d'en fixer la fin : 18 ans ? 20 ans ? 25 ans ?... Certains se sont même demandé s'il s'agissait bien d'une période spécifique du développement de l'être humain, ou plutôt d'une invention du XIXe siècle visant peu ou prou le contrôle social des jeunes gens. Anne Tursz et Jon Cook rappellent que le mot est très ancien: «pour Saint Augustin, l'adolescencia était la période comprise entre 15 et 28 ans. Le phénomène des bandes de jeunes était bien connu au Moyen âge (...). Dans toutes les sociétés et à toutes les époques, il existe une étape incontournable entre la puberté et la capacité à remplir les critères sociaux de la maturité. Il existe un statut «ni enfant, ni adulte» et des repères qui définissent la maturité sociale, l'adolescence étant ainsi la période de la quête d'identité sexuelle et sociale. La durée de cette étape varie selon le sexe, selon le contexte social, selon les époques. (...) Tous les âges de la vie apparaissent dès lors comme une construction sociale, l'adolescence pouvant prendre un relief tout particulier dans certaines époques socialement et économiquement troublées. (...) Les sociétés actuelles des pays industrialisés sont des sociétés en transition, voire en crise, et la place de l'adolescence doit donc y être envisagée à la lumière de leurs caractéristiques.»¹



Photo © : Sandrine Palmaers / Question Santé

Dans ce dossier, nous opterons pour la tranche d'âge des 10-19 ans. Cette définition constitue ce que Anne Tursz et Jon Cook appellent une commodité statistique : "En effet, dans les données sanitaires collectées à un niveau international par l'OMS, c'est cette tranche d'âge qui correspond le mieux à ce que l'on peut appeler l'adolescence, c'est-à-dire une période qui commence avec les premiers signes pubertaires et dont la fin reste plus difficile à préciser. Une telle définition, même si elle paraît un peu rigide parce qu'elle repose sur des classes d'âge, a toutefois le mérite de rendre possibles des comparaisons statistiques entre pays et dans le temps. (...) 10-19 ans représente aussi la tranche d'âge au cours de laquelle s'observe une montée impressionnante des morts violentes par accident ou suicide. C'est aussi vers 13 ans que commence la période de la vie durant laquelle peuvent apparaître certains troubles psychiques, période qui s'étendra jusqu'à l'âge de 25 ans environ."

Du point de vue de la santé, et tout simplement de la vie humaine, ce qui caractérise le début de l'adolescence c'est l'irruption du sexuel, ou plutôt de la sexualité. C'est en effet à la puberté, écrivent Norbert Bon et Christine Ferron², "qu'apparaîtra, souvent non sans réticence et parfois de façon très angoissante, la notion d'un devenir, la prise de conscience d'une évolution inéluctable qui inclut de façon solidaire la sexualité et la mort : devenir un homme ou une femme, avoir à son tour des enfants, les élever puis leur laisser la place. A l'adolescence, le phénomène incontestablement primordial est l'apparition du sexuel dans la morphologie (...) et la physiologie (...). Elle est souvent vécue comme une irruption, voire un traumatisme qui nécessite un important travail psychique pour assimiler ces changements : d'instrument à entretenir (instrument à courir, sauter, grimper...), le corps va devoir changer de statut pour devenir support du rapport à l'autre (corps pour montrer, danser, séduire, aimer), ce qui nécessite un réajustement de l'image de son propre corps, non seulement pour soi-même (intégration des modifications physiques, et notamment des caractères sexuels apparents), mais aussi sous le regard de l'autre".

Cet Autre, c'est l'adulte, qui peut réagir avec embarras, ironie ou séduction, ou par "un discours biologique qui élude les émois, les sensations et les sentiments qui agitent l'adolescent. Il en résulte une situation quelque peu paradoxale où l'adolescent se voit signifier



Photo © : Hugues de Wurtemberg / Question Santé

à la fois qu'il n'est plus un enfant sur le plan sexuel (...), ce qui laisse entendre qu'il peut être un objet de désir, mais aussi qu'il n'est pas encore un adulte et que, de ces nouvelles capacités, il doit différer l'usage, pour des raisons d'immaturation psychologique et sociale."

L'Autre, c'est aussi le groupe des pairs, auprès desquels l'adolescent va tenter de se rassurer sur sa normalité, sa conformité, et avec lesquels il va développer une culture spécifique mettant au premier plan des valeurs de jouissance immédiate opposées à celles des adultes. Cette culture est évidemment rétive au discours de la prévention-prévision-précaution.

Adolescence et contraception

Qui dit prévention de la grossesse dit contraception. Selon Pierre-André Michaud³, à l'heure actuelle "la majorité des jeunes se protègent dès leur première relation sexuelle — plus des trois quarts en Suisse et en France⁴ — et cette pratique se poursuit dans des proportions légèrement supérieures par la suite. Il reste cependant une minorité préoccupante de jeunes (10-



15 %) qui n'utilisent que très irrégulièrement un moyen de contraception. Les obstacles restent nombreux. Si cela est de moins en moins dû à des raisons pratiques, comme l'ignorance de l'existence de certains moyens ou la difficulté à les obtenir, dans les pays de l'Europe de l'Ouest et au Québec ce sont surtout les raisons d'ordre affectif et psychologique qui prédominent actuellement (...)

Qu'en est-il en Belgique, et plus précisément à Bruxelles? Nous avons interrogé Carole Sourdieau, psychologue au Planning Marolles, qui confirme : "Par rapport à la prise de contraception, il y a bien sûr les aspects pratiques de l'accès aux méthodes, mais aussi la «face cachée» de la difficulté, toute la part inconsciente qui fait que l'on va ou non prendre en charge la contraception. A Bruxelles, l'accessibilité pratique est relativement bonne : l'agglomération est assez bien couverte au niveau du planning familial, et on fait quand même beaucoup d'animations dans les écoles. Un certain nombre de professeurs sont sensibilisés et abordent la question, la presse féminine en parle, les magazines pour les jeunes aussi... Au cours des animations, on se rend compte que beaucoup

de jeunes — pas tous, bien entendu — sont au courant, même si ce n'est pas dans les détails : ils savent qu'on peut prendre la pilule, ils connaissent même souvent d'autres méthodes contraceptives. Donc je pense que, globalement, la grossesse chez l'adolescente relève moins d'un problème d'information que d'une dynamique personnelle : prendre la contraception, c'est assumer le choix d'avoir une vie sexuelle; or beaucoup d'adolescents n'en sont pas encore là. Souvent, ils viennent chercher une première contraception après avoir déjà eu des rapports sexuels. Là, apparaît toute la part de rêve de l'adolescence : on ne prévoit rien, «ça va arriver un jour», on est dans un mouvement d'amour romantique, «avec l'autre rien de mal ne peut m'arriver»... Penser à la contraception, ça veut dire qu'on anticipe, qu'on pense qu'avec ce garçon ou cette fille-là il va éventuellement se passer quelque chose. Prévoir, c'est un peu aux antipodes du côté spontané propre à l'adolescence.

La mauvaise accessibilité de la contraception peut aussi avoir des bases culturelles. Par exemple, les jeunes marocaines sont très empreintes de l'interdit de la sexualité hors mariage : donc, pour elles, prendre la

contraception, c'est d'emblée être dans la transgression. Elles transgressent quand même l'interdit, puisqu'elles passent à l'acte, mais même quand elles viennent nous voir pour une IVG, elles continuent à tenir ce discours de l'interdit : quand on essaie d'installer une contraception après l'IVG, on s'entend répondre «non, ce n'est pas la peine, je ne vais plus le faire». Elles restent dans un déni du passage à l'acte : «je ne vais plus le faire, parce que je dois arriver vierge au mariage». C'est très difficile de les ramener au fait qu'elles ne sont déjà plus vierges et qu'on pourrait peut-être envisager les choses autrement.”

Au centre de planning familial Séverine (Anderlecht), Corinne Malchair, assistante sociale, et Larissa Stijns, psychologue, donnent un autre exemple où la culture d'origine (et donc l'identité) fait paradoxe avec le contexte nord-occidental : “Dans les cultures africaines, la fertilité est très importante socialement. Pour l'homme, l'affirmation de la virilité passe par la fécondité de sa femme. Pour la femme, être enceinte c'est faire la preuve qu'elle est fertile; d'où des grossesses qui, hors mariage, débouchent sur des IVG. Mais, en même temps, comme l'intervention fait naître des craintes quant à la fécondité future, on peut se trouver devant des grossesses et des IVG à répétition tant qu'il n'y a pas de couple stable.”

Le désir de grossesse chez les adolescentes

Mais le paradoxe est tout aussi présent chez les jeunes belges, et il est tout aussi culturel. Dans notre société, en effet, l'adolescence est d'autant moins reconnue qu'elle se dilue sur une longue période; par ailleurs, la grossesse, l'accouchement et le premier âge sont fortement médicalisés (la finalité étant le risque zéro sur le plan gynécologique et obstétrical, mais aussi quant à la santé et au développement de l'enfant); enfin, les attentes sont très fortes vis-à-vis des parents, que ce soit au niveau matériel, éducatif ou affectif : on considère que, pour se reproduire, il faut être suffisamment mûr psychologiquement et occuper dans la société une place permettant d'accueillir l'enfant dans des conditions dont le standard est plutôt élevé. Or la jeune fille n'apparaît pas comme capable de répondre à ces attentes.

Les adultes et notamment les professionnels de santé, soulignent Jean-Pierre Deschamps et Patrick Alvin⁵,

considèrent qu'avoir un enfant à l'adolescence est une grande singularité. Une très jeune fille — de plus en plus souvent un très jeune couple — qui se faufile ainsi avant l'heure, et par la grande porte, dans le monde et le rôle social des adultes, court-circuite en quelque sorte l'adolescence, et met au défi l'inévitable transition que les sociétés modernes ont voulu lui faire jouer. (...) Ce qui caractérise surtout la grossesse et la parentalité dans l'adolescence, c'est le contexte culturel, social et émotionnel de leur émergence, et leur signification profonde dans l'histoire des jeunes.”

Le désir de grossesse peut apparaître chez de très jeunes filles, qui l'expriment notamment au cours des animations en éducation affective et sexuelle, comme l'expliquent Corinne Malchair et Larissa Stijns : “En 3e humanités, elles sont parfois déjà dans un désir de grossesse. Cela peut être lié à l'envie d'acquiescer un rôle, un statut, d'être reconnue comme une personne à part entière par sa famille, de ne plus être traitée comme une enfant. Ce désir de grossesse peut aussi venir d'un manque affectif, du désir d'avoir quelqu'un qui viendra combler le besoin d'affection que les parents ou le petit ami n'ont pas satisfait, laissant un sentiment de déception, de tromperie. L'absence d'avenir et de valorisation professionnelle peut aussi jouer, dans les classes techniques et professionnelles, notamment : la maternité apparaît alors comme ce qui pourrait donner un sens à la vie. C'est donc de l'ordre du fantasme, ce n'est pas un désir réfléchi de faire un enfant; le père, le couple n'est d'ailleurs pas présent dans l'imaginaire — ou alors c'est un couple mère-enfant.



Photo © : Jean-Louis Saiz/Question Santé

“Quand les garçons s’expriment sur la question, ils disent qu’ils ne sont pas prêts à être pères, les filles sont furieuses, elles leur reprochent de ne pas être romantiques, de ne penser qu’au sexe, d’être immatures. Pourtant, les garçons sont déjà dans une réalité matérielle : ils objectent qu’ils n’ont pas fini leurs études, qu’ils n’ont ni travail ni argent et qu’ils ont encore beaucoup de choses à vivre avant de fonder une famille.”

Les adolescentes enceintes

Si le désir de grossesse peut donc être conscient chez de jeunes filles, la grossesse elle-même est le résultat d’un processus beaucoup moins net. Carole Sourdieau : “Jusqu’à présent, je n’ai jamais entendu une jeune fille dire «je décide d’avoir un enfant». La question est plutôt, face à ce qui est arrivé, de se positionner dans un désir ou dans un non-désir d’enfant. La situation est différente de l’âge adulte où, dans le processus de construction d’un couple, on décide à un moment donné d’avoir un enfant. Les adolescentes enceintes sont des jeunes filles qui sont souvent un peu paumées — pas forcément sur le plan social mais dans leur parcours personnel. Elles ne savent pas très bien où elles en sont, elles vivent souvent des crises d’identité importantes, et la grossesse peut avoir une fonction de réparation : elle va leur donner un statut social, un rôle, une appartenance (devenir mère, c’est sortir de cette adolescence sans contours précis). Cette fonction réparatrice peut jouer dans le vécu de la grossesse elle-même : des jeunes filles qui vont un peu à la dérive, qui sont dans un manque qu’elles n’arrivent souvent pas à définir, se sentent tout à coup «habitées». Pour certaines, le désir d’enfant a une fonction d’anti-dépresseur, si l’on peut dire : avoir un enfant, c’est se mettre dans un projet positif, à un moment de la vie où elles ont l’impression de ne pas avoir de projet, où elles semblent être dans un tunnel sans issue.

“Je ne l’ai pas rencontré moi-même, mais plusieurs auteurs relèvent aussi une fonction antidépressive de la grossesse de l’adolescente, mais vis-à-vis des parents de celle-ci. Cela intervient souvent dans une relation mère-fille très intriquée, par protection de la mère qui voit sa fille près de s’en aller : la fille pourra alors faire un enfant comme cadeau à sa propre mère... Et il est vrai qu’on entend souvent «ce n’est pas un problème, je peux garder l’enfant, maman va s’en



Photo © : Véronique Vercheval/Question Santé

occuper, je pourrai continuer mes études». Par le biais de sa fille, la mère va alors pouvoir continuer à materner un petit, rester dans une dynamique de mère d’un jeune enfant, ce qui n’est pas du tout la même chose qu’être mère d’une adolescente.”

Corinne Malchair et Larissa Stijns soulignent aussi l’importance de la relation mère-fille : “Dans les grossesses que les jeunes filles présentent comme désirées, la relation à la mère est très présente. La grossesse est marquée par une ambiguïté : à la fois recherche de la sécurité qu’offre la mère et prise d’autonomie par rapport à celle-ci (c’est évidemment typique de l’adolescence). La grossesse peut aussi reproduire quelque chose de l’histoire de la mère, alors que celle-ci, justement, s’exclame : «j’ai tout fait pour que ma fille ne fasse pas la même chose que moi»... Ces mères sont souvent trop présentes par rapport à la sexualité de leur fille, elles cherchent à tout prix à transmettre leurs valeurs (p. ex. contraception égale émancipation, liberté). Ou alors elles se limitent à un discours dissuasif mais ne donnent

pas d'information; l'information sur la contraception devient pour elles synonyme de vie sexuelle, or elles sont dans un déni de la sexualité de leur fille."



Tableau 1. Nombre et pourcentage d'IVG chez des adolescentes (Belgique)

Année	Nbre tot. IVG	Age inconnu	Age < 20 ans	Pourcentage*
1993	10.380	48	1.285	12,4
1994	10.737	16	1.384	12,9
1995	11.243	19	1.561	13,9
1996	12.628	6	1.827	14,4
1997	12.266	13	1.790	14,6
1998	11.999	1	1.839	15,3
1999	12.734	0	2.022	15,8

* Calculé par rapport au nombre d'IVG dont on connaît l'âge de la patiente

Les interruptions de grossesse

Beaucoup de grossesses d'adolescentes débouchent sur une IVG. La loi du 13 août 1990 a notamment instauré une commission chargée d'évaluer l'application des dispositions concernant l'IVG. Selon les rapports publiés par cette commission depuis 1993 (tableau 1), le nombre total d'IVG pratiquées en Belgique a augmenté entre 1993 et 1996, puis est resté stable entre 1996 et 1999.

Par contre, le nombre et le pourcentage d'IVG chez les adolescentes ont augmenté de façon régulière.

Constate-t-on la même évolution à Bruxelles? La proportion d'adolescentes a augmenté entre 1998 et 1999; elle est passée de 13,1 % à 15,7 %.⁶ Mais, d'une part, deux ans est une période trop courte pour tirer des conclusions. D'autre part, si on compare ces pourcentages à ceux du tableau ci-dessus, on voit qu'en 1999 le chiffre bruxellois est très proche de la moyenne nationale, alors qu'en 1998 il s'en écarte vers le bas. Donc, augmentation en 1999, ou «creux» en 1998?... Dans la mesure où, pour l'instant, on ne dispose pas de chiffres comparables pour les années 1993 à 1997, on ne peut pas être affirmatif quant à l'évolution à Bruxelles.

Ce qui est sûr, par contre, c'est que, chez les adolescentes, un pourcentage élevé de conceptions débouchent sur une IVG (tableau 2).

Tableau 2 : Taux d'IVG* en fonction de l'âge (femmes domiciliées à Bruxelles) ⁶

< 20 ans	39,5 %
20-29 ans	15,2 %
30-39 ans	10,2 %
> 40 ans	16,6 %

* Nombre d'IVG rapporté au nombre de conceptions (naissances vivantes + morts-nés + IVG)

Mais la décision d'interrompre la grossesse ne s'impose pas toujours avec évidence. Jean-Pierre Deschamps et Patrick Alvin⁵ relèvent que "certaines adolescentes, souvent celles qui ont le moins imaginé leur grossesse et qui voient en celle-ci et en l'enfant à naître un obstacle à leur projet scolaire ou de vie familiale, recourent volontiers à l'IVG. (...) A l'inverse, les filles les plus jeunes subissent généralement une forte pression de leur entourage en faveur d'une IVG. Elles se laissent d'autant plus convaincre qu'immatures, elles ont souvent une représentation très fruste de ce qui peut se passer dans leur corps. (...) La majorité ont plus ou moins consciemment voulu leur grossesse comme un projet de survie dans leur mal-être familial et social, et se retrouvent très ambivalentes à l'égard de l'IVG. (...) On présente parfois l'abandon à la naissance, suivi d'une adoption de l'enfant, comme une alternative à l'IVG. En fait, les abandons ainsi «anticipés» sont le plus souvent refusés; pour la plupart des adolescentes enceintes, le consentement à l'adoption apparaît comme moins acceptable que l'IVG (...)".

Valérie Libeer⁷ relève notamment que beaucoup d'adolescentes, en plein désarroi, attendent plusieurs semaines avant de parler de leur grossesse à quelqu'un, d'où un nombre important de demandes tardives d'IVG (le même phénomène se retrouve avec les grossesses menées à terme).

Quant aux parents, les attitudes varient : certaines adolescentes les mettent au courant; d'autres les laissent dans l'ignorance de l'IVG, tant pour se préserver (déni par les parents de la sexualité de leur fille, mécanisme de honte par rapport à la transgression chez la fille) que pour les préserver (la grossesse étant ressentie comme une tentative d'autonomie symboliquement destructrice des parents).

La relation à la mère semble jouer ici aussi un rôle fondamental. Si la mère est mise au courant, il peut d'ailleurs arriver qu'elle prenne une place importante lors de la demande d'IVG.

L'IVG a évidemment un impact sur la relation avec le géniteur. Corinne Malchair et Larissa Stijns : "Le garçon est rarement présent lors de l'intervention; mais il arrive aussi que, la relation de couple étant déjà installée, il se sente responsable et accompagne tout le processus. Quand la relation n'est pas solide, souvent la jeune fille ne veut pas parler de la grossesse au garçon, soit par peur de sa réaction, soit parce qu'elle ne veut pas qu'il puisse intervenir, soit parce qu'il est indifférent. Les jeunes filles formulent parfois d'emblée leur demande d'IVG de manière très carrée, très déterminée, mais au cours de l'entretien, d'autres choses émergent souvent (par rapport à une IVG de leur propre mère, p. ex.), qui peuvent être très touchantes (p. ex. les mots qu'elles disent à l'enfant imaginaire). L'entretien pré-IVG constitue un espace où elles sont dans l'agir, le concret («il ne faut pas que ça se voie, il faut que ça aille vite») et, en même temps, où elles peuvent dire l'affectif, l'irrationnel... Souvent, elles ne se projettent pas dans l'après-IVG; le jour de l'intervention fait écran. Il est très difficile pour elles d'intégrer cet événement dans leur histoire. La seule chose qu'elles anticipent, c'est de larguer le garçon; cette rupture peut avoir une fonction de déculpabilisation («c'est de sa faute, il n'en voulait pas»), mais c'est aussi le reflet, dans la relation, de la cassure que représente l'IVG dans leur vie."

Bien entendu, la demande d'IVG doit être analysée dans le contexte spécifique de l'adolescence. Myriam De Spiegelaere (Observatoire de la Santé



Photo © : Jean-Louis Saiz/Question Santé

de la Région de Bruxelles-Capitale) : "Je pense que la «crise d'adolescence», révèle la volonté (parfois ambiguë) du jeune d'être peu à peu reconnu comme quelqu'un d'autonome, adulte. Les comportements «à risque» qu'il adopte ne sont pas différents des comportements adoptés par les adultes (tabagisme, prise de drogues licites ou non, rapports sexuels non protégés, etc.). Peut-être faudrait-il envisager la problématique des interruptions de grossesse chez les adolescentes dans ce contexte global. Ce qui différencie les adolescentes des adultes, ce n'est pas le fait d'avoir des rapports sexuels sans prise de contraception, mais le fait qu'une grossesse est socialement inacceptable à cet âge.

"Au cours de ma (brève) expérience de médecin généraliste en milieu très défavorisé, j'ai eu l'occasion de suivre et d'accoucher plusieurs très jeunes filles (entre 14 et 17 ans). Ces grossesses étaient fortement désirées, et correspondaient au désir d'être reconnue comme une femme dans leur milieu, d'être valorisée par leur rôle de mère, de donner un



sens à leur vie. Dans les milieux spécialisés, ces grossesses étaient mal acceptées. Les jeunes filles devaient faire face à des pressions parfois importantes pour interrompre la grossesse ou pour l'encadrer de manière assez étouffante. Je pense que les grossesses chez l'adolescente ne sont pas un «problème» mais la réponse que des jeunes trouvent à leur problème de manque de perspectives et de reconnaissance.”

Les jeunes filles mères

Nous en venons donc aux grossesses menées à terme. Il est difficile de les chiffrer, non par manque de données mais parce que celles-ci ne sont pas facilement accessibles. A titre purement indicatif, nous pouvons, à l'aide des chiffres publiés dans *Bruxelles Santé* spécial 1999 (pp. 26-27), nous livrer à l'estimation suivante : en 1993, rien qu'à Bruxelles, le nombre de naissances vivantes chez des mères de moins de vingt ans atteignait au minimum 500.⁸ Ce qui est loin d'être négligeable.

Selon Deschamps et Alvin, si la grossesse à l'adolescence est préoccupante, c'est moins en termes médicaux (sauf lorsque la grossesse est déclarée tardivement voire reste clandestine jusqu'à l'accouchement) qu'en termes psycho-sociaux. “La grossesse à l'adolescence est volontiers réputée à haut risque, principalement du fait d'une augmentation des naissances prématurées dans ce groupe (...). On utilise encore volontiers cet argument comme raison médicale pour justifier la «contre-indication» de la grossesse à cet âge. (...) Certes, les données épidémiologiques montrent une vulnérabilité plus grande avant 20 ans qu'entre 20 et 30 ans. Mais sauf chez les adolescentes de moins de 15 ans, plus exposées au risque de toxémie gravidique et d'hypotrophie foetale, cette fragilité n'est pas due à l'âge en soi, mais plutôt au contexte : mauvaises conditions économiques et sociales, manque de soutien affectif, absence fréquente de suivi. Un accompagnement de bonne qualité, avec un soutien affectif et social et une surveillance médicale adéquate de la grossesse permettent en règle générale à la jeune femme d'accoucher, à terme, d'un enfant en bonne santé. (...). Le plus important, à la naissance, est sans doute la façon dont va se développer le lien mère-enfant (...).”

L'instauration de ce lien ne va pas de soi. Si, par exemple, la jeune grand-mère «court-circuite» sa fille en s'occupant du bébé à sa place ou en la submergeant de conseils, il peut y avoir des conflits, voire un brouillage intergénérationnel peu favorable au développement de l'enfant. Et puis, bien entendu, le statut ambigu de l'adolescent vivant chez ses parents



Photo © : Alexandre Muylle/Question Santé

(exigence d'autonomie mais besoin de protection) va intervenir. Carole Sourdieau : "La jeune mère reste une adolescente, avec des désirs d'adolescente. Or un enfant en bas âge demande des soins, beaucoup d'attention, beaucoup de présence. Et si, pendant un temps, l'adolescente peut trouver du plaisir à «jouer à la maman», elle va finir par désinvestir. Parce qu'un nouvel amoureux va arriver, par exemple (car souvent le père de l'enfant n'a pas assumé sa paternité). L'enfant peut alors devenir un poids... Attention, il y a des situations où ça se passe bien ! Mais ce n'est pas évident de se situer dans un futur avec un enfant qu'elles ont eu avant de s'être définies elles-mêmes en tant que femmes. Elles ont fait une sorte de bond en avant dans le processus de la féminité, et elles doivent se réapproprier un certain nombre de choses par après, en même temps qu'elles doivent assumer un enfant qui grandit, qui a ses exigences et ses demandes." Y aurait-il dès lors un risque accru quant au développement de l'enfant, voire un risque de maltraitance? "Souvent, la mère elle-même n'est pas sortie de l'enfance. Si elle n'est pas entourée, s'il n'y a pas autour d'elle des gens suffisamment adultes pour l'aider à grandir en même temps que son enfant, à devenir mère, le risque est effectivement qu'elle «disjoncte» à un moment donné parce qu'elle n'arrive pas à sentir la limite entre le non à l'enfant et le débordement dans les cris ou les coups... Et puis, plus simplement, beaucoup d'adolescents ne prennent pas beaucoup soin d'eux physiquement, et il est difficile pour eux de prendre soin de quelqu'un d'autre. Donc ce n'est pas toujours de la maltraitance active mais cela peut être de la négligence. Je crois qu'il faut absolument créer un réseau de soutien autour de ces



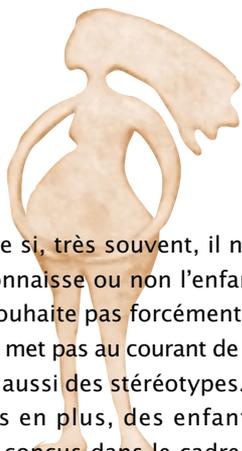
Photo © : Françoise Jacobs/Question Santé



Photo © : Hugues de Wurstemberger/Question Santé

jeunes filles, pour qu'elles n'aient pas l'impression de se trouver confrontées à une charge qui les dépasse complètement."

Deschamps et Alvin reconnaissent eux aussi que "pour une très jeune mère, il n'est pas facile de trouver l'équilibre entre l'exercice d'une fonction parentale pas toujours anticipée et la vie d'adolescente." Pour autant, il faut se garder du stéréotype de la «fille-mère», irresponsable, dépendante des services sociaux et incapable de s'occuper correctement de son enfant : "En 1987, une très remarquable étude sur le devenir de plus de 300 mères adolescentes⁹ a montré que, d'une personne à l'autre, ces situations pouvaient évoluer de façon très différente, et que cette diversité, déjà sensible après cinq ans, l'était encore beaucoup plus avec dix-sept-ans de recul. D'une façon générale, il est hautement souhaitable que les adolescentes reprennent leur scolarité après la naissance, car c'est là un bon élément de pronostic familial et social; dans les faits, c'est rarement le cas; beaucoup de ces filles ont désinvesti l'école, lieu d'un échec non étranger à la conception de l'enfant. Mais plusieurs études récentes montrent que, bien entourées, la mère adolescente ou la jeune famille manifestent une bonne attitude parentale. Le manque de soutien affectif et social est en revanche un facteur de très mauvais pronostic."



Et le père ?... Même si, très souvent, il n'assume pas son rôle (qu'il reconnaisse ou non l'enfant), même si la jeune mère ne souhaite pas forcément qu'il prenne sa place, voire ne le met pas au courant de la grossesse, il faut se garder ici aussi des stéréotypes. Deschamps et Alvin : "De plus en plus, des enfants de mères adolescentes sont conçus dans le cadre d'un couple jeune, généralement fragile, où chacun des deux partenaires a un intense besoin d'être «materné» par l'autre, d'être important à ses yeux, voulu, attendu. Même si le bébé a été voulu ou attendu à deux, il apparaît rapidement au jeune père que sa compagne a trouvé en cet enfant à naître les éléments de ce maternage paradoxal : il se sent dès lors inutile, «mis sur la touche» et vit cela comme un nouvel échec, exprimant parfois son dépit par de la violence à l'égard de sa compagne. Bon nombre de très jeunes couples se séparent, au moins provisoirement, durant la grossesse, ou se sépareront dans les premiers mois qui suivent la naissance de l'enfant."

En conclusion, on plaidera donc pour un travail en réseau (voir l'exemple de la Lice, dans ce même numéro), visant à soutenir la jeune mère, à favoriser l'instauration du lien parent-enfant, à soutenir le réseau informel (familial, amical, de voisinage) autour d'elle ou à pallier l'absence de celui-ci.

Dossier réuni par
Françoise Kinna et Alain Cherbonnier

1. Les adolescents dans une société en transition, *La santé des adolescents. Approches, soins, prévention*, Lausanne, Payot / Paris, Doin / Presses de l'Université de Montréal, 1997, pp. 17-22.
2. Les représentations de la santé et de la maladie, *La santé des adolescents, op. cit.*, pp. 86-93.
3. La vie affective et sexuelle, *La santé des adolescents, op. cit.*, pp. 271-278.
4. L'auteur se réfère à une étude suisse de 1994 (*La santé des adolescents en Suisse*, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive) et à une enquête de Lagrange et Lhomond dont les résultats ont été publiés dans *La Santé de l'Homme*, n° 323, 1996.
5. La grossesse, la maternité et la paternité, *La santé des adolescents, op. cit.*, pp. 302-313.
6. Chiffres non publiés, communiqués par l'Observatoire de la Santé de la Région de Bruxelles-Capitale.
7. *Gommer l'enfant en soi. Approche du vécu de l'interruption volontaire de grossesse chez l'adolescente*, ULB, Faculté des Sciences psychologiques et pédagogiques, 1994, pp. 65-74.
8. 4,04 % des naissances vivantes, pour un total de 13.148 naissances (y compris morts-nés) cette année-là ($13.148 \times 4,04 \% = 531$).
9. Voir *Family Planning Perspectives*, 1987, n°19, pp. 142-151.

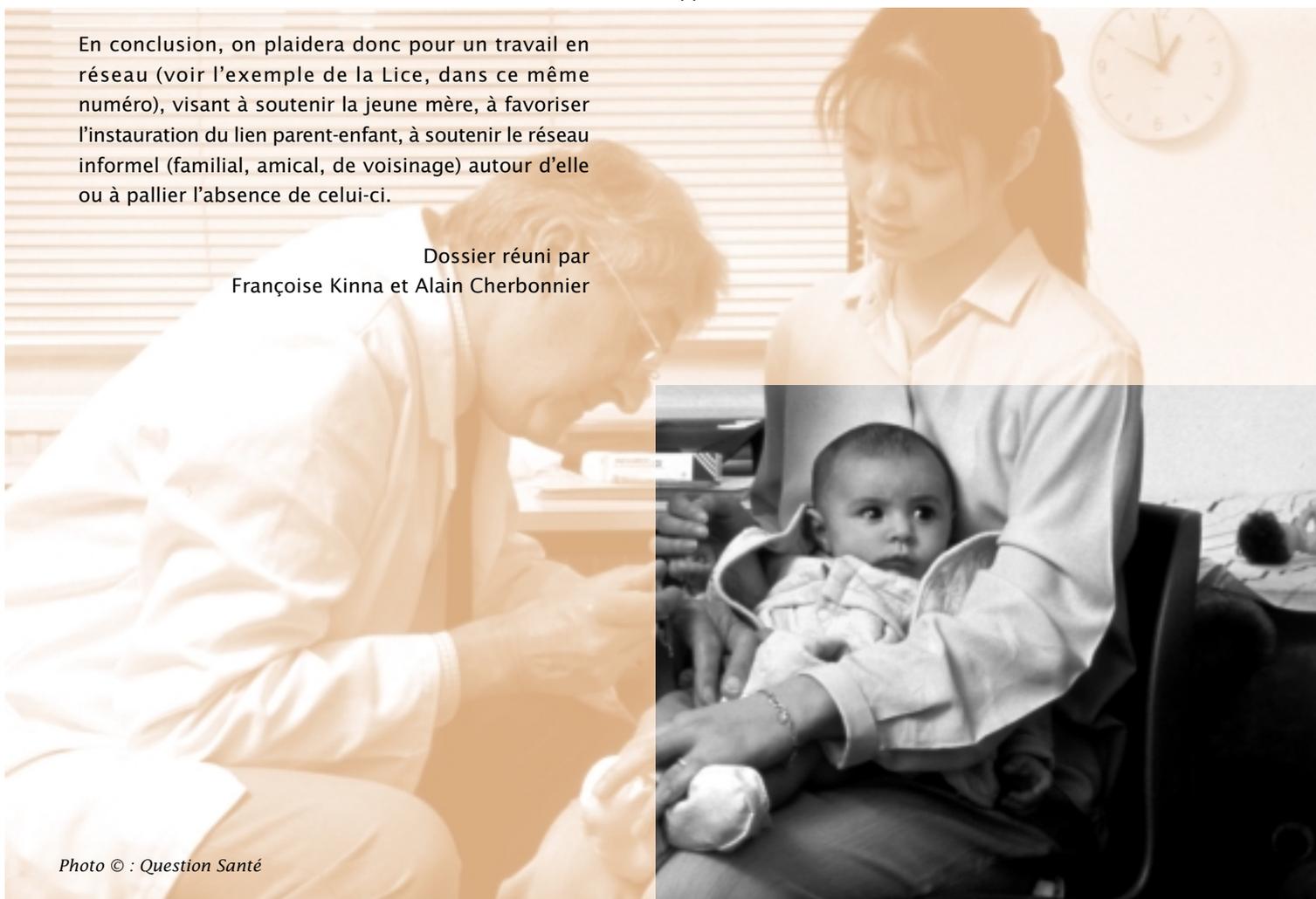


Photo © : Question Santé

LA LICE, Unité Petite Enfance

Le projet que concrétise l'asbl remonte à une dizaine d'années; des professionnels de la santé mentale se sont réunis pour intervenir précocement afin de restaurer le lien parent-jeune enfant lorsque celui-ci ne fonctionne pas ou mal, et d'éviter que la construction psychique de l'enfant ne soit menacée. L'expérience que mène la Fondation Rothschild dans le XIII^e arrondissement de Paris depuis 1975 a permis de déterminer une piste d'action : une intervention précoce demande que l'on aille à la rencontre des familles, ce qui implique souplesse (construire les interventions au cas par cas, sans suivre de modèle unique) et mobilité (pouvoir intervenir au domicile des familles, en crèche, en pouponnière...).

Une difficulté fut de trouver un financement pour le projet. En avril 1999, grâce à un accord avec l'INAMI, la Lice a ouvert ses portes. L'âge des enfants à l'admission est de 0 à 3 ans, et le traitement peut durer deux ans. Le financement INAMI permet une grande accessibilité financière, puisque chaque intervention ne coûte que 54 FB aux parents... du moins à ceux qui peuvent payer cette somme, ce qui n'est pas toujours le cas. L'équipe se rend alors gratuitement sur place.

L'objectif est de construire ou de remobiliser le lien parents-enfant, dans un contexte où les symptômes sont souvent lourds, tant du côté des parents — psychose, décompensation dépressive sévère, toxicomanie stabilisée (c'est-à-dire prise en charge), pathologie narcissique grave (image de soi très négative), représentation confuse du rôle parental... — que du côté des enfants (problèmes de contact, d'alimentation, de sommeil, retards de développement, etc.).

Travailler avec le réseau psycho-médico-social

Il s'agit de repérer ces difficultés, puis de remettre en place la relation, dans des familles où la parentalité est blessée ou « en panne » ou ne se met pas en route. Or, ces familles, en général, ne consultent pas, ne demandent pas d'aide (elles hospitaliseront plutôt l'enfant); leurs représentations du parent, de l'enfant, sont trop distantes de celles des professionnels. Il est donc indispensable de travailler avec le réseau psycho-médico-social, avec les intervenants de première ligne : infirmières de l'ONE, personnel des crèches, équipes des pouponnières, médecins traitants, médecins hospitaliers, etc. Ces intervenants doivent être partenaires à part entière dans la rencontre avec la famille. C'est d'ailleurs d'eux qu'émane la demande d'aide, issue de leur inquiétude par rapport à une famille.

La première étape consiste donc à voir avec le demandeur comment pourrait se construire l'intervention. Dans un deuxième temps, on fait retour à l'équipe, pour analyser la situation. Suit la « période d'admission », qui s'étale sur un mois et vise à définir le projet thérapeutique. Les entretiens d'admission mobilisent toute l'équipe, les intervenants de première ligne concernés et, bien entendu, la famille : c'est elle qui est au centre de l'intervention, elle doit donc être présente, et chaque intervenant doit se situer par rapport à elle et par rapport aux autres. L'équipe de la Lice se positionne en tant que spécialisée dans la construction de la relation parent-jeune enfant; elle précise qu'elle peut se déplacer, travailler dans le quotidien de la famille, et que ce travail se fait toujours en tandem : pédopsychiatre-psychologue, psychologue-psychomotricienne, psychologue-infirmière psychiatrique, etc., en fonction de chaque situation.



Définir le projet thérapeutique

Le projet thérapeutique fait fréquemment intervenir un travail médiatisé, c'est-à-dire au moyen des marionnettes, du livre, du conte, du dessin, de la sculpture, de la peinture ou, tout simplement, du corps (psychomotricité). En effet, la difficulté de verbaliser est présente tant chez les parents que chez les enfants. Tout un travail peut se faire également autour des soins, à domicile ou dans les locaux de l'asbl. Le lien parent-jeune enfant est travaillé avec parents et enfant ensemble, mais aussi en groupes d'enfants et en groupes de parents — surtout des mères.

Avec les parents, on travaille beaucoup sur les représentations de l'enfant absent, sur la difficulté à accepter que l'enfant puisse mener sa vie de jeune enfant en dehors de la présence de sa mère, sur la difficulté que tous deux ont de se séparer symboliquement. C'est ainsi, par exemple, que dans l'espace de psychomotricité une cloison sépare l'espace «parents» et l'espace «enfants»; on peut y disposer un petit tunnel, qui permet à l'enfant d'aller, revenir, se cacher, se montrer à nouveau (dans ces familles, on ne pratique pas ce jeu présence-absence qu'adorent tous les jeunes enfants).

Ce travail est thérapeutique mais aussi préventif, car les troubles précoces chez l'enfant (troubles psychomoteurs, troubles de la construction de l'identité, etc.) sont des signes avant-coureurs de troubles plus tardifs, notamment dans l'apprentissage scolaire. Ces enfants sont pris dans la fusion avec la mère ou, au contraire, sont tout à fait absents symboliquement pour celle-ci, ou encore ne sont pour elle que l'enfant de sa propre petite enfance douloureuse, et ils risquent de ne pas pouvoir arriver à l'abstraction, notamment à ne pas pouvoir comprendre la notion d'unité (qu'est-ce qu'être «un»?).

Les parents, de leur côté, connaissent des troubles dans la représentation qu'ils ont d'eux-mêmes (ils se voient comme des enfants blessés, non comme des parents) et de leurs enfants (ils demandent à ceux-ci de les réparer eux-mêmes). Certaines mères, par exemple, ne parlent que d'elles, de leur histoire. Dans leur espace psychique, il n'y a pas de place pour l'enfant, il n'y a pas

de représentation de l'enfant comme en construisent tous les parents («il est comme ci, il veut ça, c'est ceci qu'il attend, il n'aime pas cela», etc.).

Construire le suivi

Par la suite, le point sera régulièrement fait avec la famille et les intervenants du réseau; cela se réalise par étapes, c'est un temps ponctué, non un processus à durée indéterminée. Il est possible de reconduire l'intervention pendant une période de deux ans, suivie éventuellement d'une plage de six mois.

En fait, il est nécessaire, dès le début de l'intervention, de penser à la fin, et donc de définir quel relais sera possible dans le réseau psycho-médico-social (un service de santé mentale, p. ex.). Mais ce relais n'est pas simple; la zone de «recouvrement», de passage d'un service à un autre est une zone de fragilité, surtout lorsque c'était la première fois que la mère avait trouvé, dans l'équipe, un lien durable avec quelqu'un. La Lice peut donc rester un point de chute éventuel pour les parents (ne serait-ce que par téléphone); le lien ne doit pas être rompu brutalement — sinon on reproduit ce qui a été si douloureux —, le passage doit être progressif, accompagné, sans pour autant qu'il y ait confusion de rôles.

L'intervention n'est évidemment pas magique; il y a des échecs. Sur trois demandes, une seule débouche sur une admission, soit que la famille refuse l'aide proposée, soit que la demande ne soit pas assez mûrie pour qu'une intervention soit possible, soit encore, tout simplement, que l'intervention ne «prenne» pas. Par ailleurs, il faut parfois envisager une séparation thérapeutique de l'enfant et de sa famille (placement en pouponnière), p. ex. dans le cas d'une mère complètement délirante, incapable de prendre soin de son enfant.

Article rédigé d'après les propos d'Anne-Christine Frankard, docteur en psychologie, et d'Eliane Pirard, pédopsychiatre.

asbl LA LICE
Chaussée de Wavre, 520
1040 Etterbeek
Tél. : 02 646 73 24 ou 646 27 97
Fax : 02 646 41 32

Tom et Pedro, Max et Jeanne, Chloé

Une campagne de sensibilisation à l'homosexualité à l'attention des jeunes de 16 à 22 ans. A l'initiative d'Un Sur Dix asbl, en partenariat avec le Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles et avec le soutien de la Communauté Française.

En Chine, il y a quelques semaines, l'homosexualité était rayée de la liste des maladies psychiatriques (1977 pour les pays occidentaux).

Les couples homosexuels se marient légalement en Hollande depuis 3 mois.

En Belgique, le monde politique réfléchit à l'opportunité d'accorder aux couples homosexuels le droit au mariage et, pour la première fois en Communauté française, une campagne de sensibilisation à l'homosexualité est adressée aux jeunes indépendamment de leur orientation sexuelle.

Un environnement social

_____ suffocant... _____

L'expérience concernant la santé mentale des jeunes homosexuels trouve son expression la plus dramatique dans le risque élevé des tentatives de suicide. Une recherche réalisée en Flandre (Vincke et van Heeringen 1997) montre que 5,9 % des jeunes hommes hétérosexuels déclarent avoir tenté de se suicider, 12,4% parmi les jeunes hommes homosexuels ou bisexuels font la même déclaration, 5,4% parmi les filles hétérosexuelles et 25% parmi les filles homosexuelles ! Les symptômes psychiatriques qui apparaissent chez les jeunes homosexuels sont explicables en termes socioculturels plutôt qu'en termes psychologiques.

La solitude, l'isolement, la discrimination, le sentiment d'être différent, l'agressivité verbale et physique, les moqueries, l'incapacité à communiquer ses émotions à l'entourage (famille et amis) restent les principales difficultés rencontrées par les jeunes homosexuels.



Améliorer l'attitude des jeunes

_____ à propos de l'homosexualité _____

Le groupe de travail mis en place et coordonné par le CLPS de Bruxelles est composé de partenaires représentatifs de divers secteurs (Centres de planning familial, associations de jeunes homosexuels, sociologues, centre d'écoute téléphonique,...). Ce groupe de réflexion est amené à s'interroger sur les croyances des jeunes face à l'homosexualité. Trois groupes focus sont alors réalisés auprès de jeunes de 14 à 22 ans et permettent de mettre en évidence des thèmes récurrents dont :

- la question du choix de son orientation sexuelle avec des réflexions du type " l'homosexualité est une question de choix ! " ;

et Sarah...



- les thèmes de l'isolement et de la solitude à vivre une différence par rapport à ce qui serait considéré comme une norme sociale;
- l'expression du dégoût et /ou de la peur face à une orientation sexuelle qui n'est pas sienne;
- le respect de la différence, la tolérance.

A partir de ces thèmes et sachant que la campagne consistera en la diffusion de dépliants dans les organismes fréquentés par les jeunes et d'affiches visibles dans les bus en Communauté française, le groupe de travail associe d'emblée à la réflexion des graphistes chargés de l'aider en terme de communication. Ces graphistes sont d'accord avec l'idée que leurs propositions risquent d'être remises en question par des jeunes interpellés pour émettre un avis sur les visuels de la campagne.

La participation des jeunes à la conception de la campagne

C'est en suscitant la réaction des jeunes de 16 à 22 ans, notre public-cible, que nous pouvons apprécier les changements à apporter à la fois dans le texte et dans le visuel.

Les maquettes des affiches et des dépliants sont montrées à ces jeunes, questionnés dans la rue ou à l'occasion d'un cours, dans diverses régions de la Communauté française.

Il s'agit d'évaluer et d'entendre leurs impressions, commentaires, critiques, réflexions et propositions.

Sur base de ces commentaires, les visuels et textes sont retravaillés pour aboutir à :

- trois affiches représentant l'une un couple de lesbiennes, l'autre un couple d'homosexuels et la troisième un couple hétérosexuel. Trois représen-

tations pour faciliter le processus d'identification des jeunes et éviter le sentiment de rejet. Les dessins sont épurés, pop art, et nulle part ne figure sur les visuels le mot " homosexualité " implicite dans le dessin et dans les mots d'amour gravés dans la partie inférieure de l'affiche;

- un dépliant reprenant le visuel des 3 affiches et des témoignages de jeunes, le site internet, les lignes d'écoute téléphoniques et les coordonnées des associations de jeunes homosexuels;
- un site internet : www.unsurdix.net ouvert spécialement pour l'opération et où sont diffusées les informations et adresses utiles;
- un spot radio qui renvoie, comme les affiches, à un numéro vert où le jeune peut obtenir des informations complémentaires ou se faire envoyer un dépliant.

Une évaluation quantitative et qualitative

Il s'agit d'évaluer le nombre d'appels reçus au numéro vert, le nombre de contacts avec les acteurs concernés, l'utilisation du site internet, mais au-delà du nombre de demandes, il est essentiel de connaître l'impact de cette campagne sur le public cible. Pour le mois de septembre, nous nous sommes engagés, avec l'aide du professeur Vincke, à évaluer la visibilité de la campagne, si elle a modifié des connaissances et/ou une opinion sur l'homosexualité, et éventuellement un comportement...

*Catherine Végaïrginsky
Coordinatrice du Centre Local
de Promotion de la Santé de Bruxelles*

Pour obtenir des dépliants et des affiches n'hésitez pas à nous contacter au 02.639.66.88

Pour une ville de citoyens

La participation des habitants, le développement de la vie associative et le renforcement de la citoyenneté doivent constituer un outil majeur de modernisation des politiques publiques.

Le défi auquel nous sommes confrontés est de rendre Bruxelles promotrice et créatrice de citoyenneté par son urbanité. Les habitants doivent être remis au centre des choix et des décisions politiques et contribuer ainsi à façonner une ville, lieu de désir de vivre ensemble et d'agir ensemble. En quelque sorte, il s'agit, politiquement, d'encourager les citoyens à devenir des citoyens, ou dans une terminologie à l'allemande, passer du stade de citoyen passif, consommateur des effets de ville, au stade du co-citoyen actif qui, s'inscrivant au sein de projets collectifs, participe directement au développement et au bien-être de la population.

Bruxelles ne peut être un territoire de la solidarité et de la citoyenneté sans le respect de la diversité des cultures et des identités de ses habitants, sans l'élaboration de politiques transversales et pro-actives capables de s'attaquer aux racines structurelles des problèmes sociaux et environnementaux, c'est-à-dire l'exclusion sociale, la déliquescence du lien social et la ségrégation spatiale, sans la garantie et le respect des droits de l'homme pour tous les habitants sans exception aucune et dans la promotion des valeurs de cohésion sociale et de protection des plus fragilisés, sans un nouveau paradigme économique qui s'écarte du modèle "économiste" et qui propose un modèle "solidaire" intégrant l'économie comme un outil et non comme un objectif. Bref, un territoire de droits et de justice par la promotion des droits à la ressemblance et un territoire de culture et de métissage par la promotion des droits à la différence

des manières de vivre et de donner sens à son existence et à celle de sa communauté.

Cette incitation à recréer et à redynamiser des formes actives de citoyenneté doit s'interpréter à partir d'une crise de la gouvernance politique. L'acteur politique est dépossédé d'une partie significative de ses pouvoirs et leviers d'action : internationalisation de la décision politique au niveau de grands ensembles, (U.E. et OTAN, par exemple), dévolution des pouvoirs vers le niveau local et supralocal, globalisation des marchés et des capitaux. En outre, les conséquences sociales, souvent dramatiques, du progrès technologique et des hausses de productivité dans les secteurs économiques soumis à la concurrence ne peuvent pas être rencontrées efficacement par l'action du pouvoir public. Les écarts de salaire, de niveau de vie, de degré de protection du travail entraînent une désaffiliation progressive d'un quart de la population affectée par le non emploi ou le chômage de longue durée. La décision politique nationale et/ou fédérale a été disséminée en une multitude de sous-systèmes d'actions dont l'efficacité n'est pas toujours coordonnée et pire, dans certains cas, les dispositifs d'action se concurrencent, voire se neutralisent. L'impuissance relative de l'action politique entraîne un grand désintérêt des habitants pour la chose publique. Il faut donc rendre à la citoyenneté un contenu concret et opérationnel, mobilisateur et, surtout, la promotion de la citoyenneté active ne doit pas servir d'alibi pour financer des «réserves indiennes» de chômeurs au sein de quartiers ciblés, des «réserves indiennes» de désaffiliés et d'exclus endormies à coup de subventions sociales occupationnelles.

La citoyenneté proposée se veut concrète, responsable, critique, active et pluraliste :

- concrète, car elle traite des affaires concernant et préoccupant directement les Bruxellois dans leurs différents milieux de vie ;

- responsable, car elle cherche à redonner aux Bruxellois un rôle plus engagé en misant sur le développement d'un sens des responsabilités et de justice sociale ;
- active, car elle encourage la participation des Bruxellois non seulement par l'exercice du vote aux élections mais aussi par l'implication, sous une multitude de formes, au sein de la collectivité ;
- pluraliste, car elle tient compte de la diversité sociale et reconnaît la valeur ajoutée que constitue la somme de nos différences et de nos multiples références identitaires ;
- critique, car elle donne des outils pour développer un sens de l'analyse et privilégie des solutions innovatrices pour lutter contre toutes les formes d'exclusion.

Si la citoyenneté est un exercice quotidien, elle est aussi apprentissage : la citoyenneté doit s'apprendre comme les gouvernants apprennent l'art de gouverner. S'approprier la ville nécessite de promouvoir l'éducation à la citoyenneté qui permettra aux Bruxellois de participer à l'élaboration de l'avenir de leur ville et d'en être des citoyens actifs.

Nous devons ajouter au principe cartésien "je pense donc je suis" un autre principe "je sais, donc j'existe". Seule l'éducation à la citoyenneté, notamment par le biais de l'éducation permanente, permet de passer d'une démocratie formelle à une démocratie réelle, c'est-à-dire d'une démocratie basée sur des élections à une démocratie où les citoyens participent réellement parce qu'ils "savent" la démocratie, ils l'ont apprise et ils la désirent parce qu'elle donne sens à leur vie et les reconnaît comme sujets de droits et porteurs de valeurs communautaires.

Démocratie et citoyenneté forment les deux termes d'un couple indissociable. La démocratie ne peut se

réduire au seul droit de vote. Il importe de compléter la démocratie représentative par une démocratie participative où l'élu décideur doit inviter les citoyens à l'accompagner dans l'exercice du pouvoir. La démocratie participative impose de permettre à chaque Bruxellois de pouvoir participer plus activement à la vie politique pour prendre part aux débats publics, de pouvoir participer aux choix qui le concernent et d'agir sur l'évolution de son environnement.

La démocratie ne se décrète pas. Elle se construit jour après jour. La solidarité, la justice, la liberté, l'égalité ne sont pas données. Les valeurs ne sont rien d'autre que des bonnes manières d'être et de vivre ensemble et nous devons travailler à ces valeurs chaque jour, chacun de nous, tous les Bruxellois.

La démocratie ne peut consister en une participation de quelques-uns pendant que les autres sont laissés du côté voire sont exclus. La démocratie impose de promouvoir une véritable culture de la mobilisation de tous. Il n'y a pas de démocratie réelle avec un quart d'exclus et de personnes en situation de précarité.

La transformation de la ville se construit au quotidien par l'implication des habitants et du secteur associatif dans la conception et la mise en œuvre de projets et dans la conduite d'actions.

Il n'y a pas de politique de la ville pour les habitants mais avec les habitants car ils sont les principaux acteurs en tant que personnes et en tant que groupes organisés dans et par lesquels s'exerce leur citoyenneté.

Tout projet de ville ne peut mûrir que sur base d'une citoyenneté active et pas seulement à l'aide d'une participation plus souvent évoquée que réellement mise en œuvre.

Thierry Lahaye et Pierre Ansay

Annonces

► Du 27 juin au 4 septembre 2001: Festival "Ecran total".

Dans le cadre de l'année de la Santé Mentale, la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale s'est associée au Cinéma Arenberg-Galerie pour présenter une série de films classiques ou inédits en Belgique dont cinq sont relatifs au thème de la santé mentale. Ils seront suivis d'une conférence-débat avec un invité du secteur du psycho-médico-social.

Programmation:

- **De l'histoire ancienne** de Orso Miret (thématique: le deuil);
- **Une femme d'extérieur** de Christophe Blanc (thématique: la problématique de la rupture dans la cellule familiale et les désordres affectifs afférents);
- **Samia** de Philippe Faucon (thématique: déracinement et perte des repères liés aux phénomènes d'immigration);
- **Urgences** de Raymond Depardon (thématique: les états de crise et les structures d'accueil);
- **Virgin Suicides** de Sofia Coppola (thématique: le suicide chez les adolescents).

Infos: tél.: 02.512.80.63 à partir de 14h

► Du 8 au 11 juillet 2001: 4ème Séminaire du Réseau International Francophone de Prévention des Traumatismes et des Accidents

Le séminaire aura pour thème "L'évaluation en prévention des traumatismes et des accidents"

Infos: Mme Laurence Denys – EDUCA-SANTE
Avenue Général Michel, 1 – 6000 Charleroi
Tél.: 071.30.14.48 Fax : 071.31.82.11

E-mail : doc@educasante.org

Site web: www.refips.org pour obtenir le contenu du programme ainsi qu'un formulaire d'inscription.

► Les jeudis 13 septembre, 11 octobre, 8 novembre et 13 décembre 2001: 4 séances d'information organisées par l'asbl Solidarités Nouvelles Bruxelles sur le thème: "L'accès aux droits et à la justice".

Programmation:

- jeudi 13 septembre: l'huissier de justice;
- jeudi 11 octobre: les auditions administratives: une préjustice?
- jeudi 8 novembre: le Tribunal du Travail: une justice de proximité!
- jeudi 13 décembre: la Charte de l'Assuré social et la Charte de l'Utilisateur des Services publics: deux outils méconnus!

Lieu: VZW Lisa – rue du Poinçon 19A – 1000 Bruxelles
salle du 1er étage de 9h à 12h

Infos: Carine Vandeveldt et Serena Bergamini
Solidarités Nouvelles asbl – 4, rue de la Porte Rouge
1000 Bruxelles – Tél.: 02.512.71.57 ou 02.512.02.90.

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

► "Soins aux adolescents... Identités en mouvement"

Un dossier récemment édité par le Centre d'Education du Patient asbl et consacré aux adolescents face aux soins. Il s'articule autour de trois axes: améliorer l'hospitalisation des adolescents, offrir de nouvelles structures de soins aux adolescents et accompagner les adolescents dans la gestion de leur problème de santé.

Prix: 300 Fb (7,44 €)

Pour l'obtenir: Centre d'Education du patient

4, rue Fond de la biche – 5530 Godinne

Tél.: 082.61.46.11 – Fax: 082.61.46.25

E-mail: cep-godinne@skynet.be

► "Faire Part" un appel à projet sur les thèmes de la citoyenneté

La Fondation Roi Baudouin lance un appel à projets destinés à réfléchir, discuter ou relever les multiples défis qui concernent la citoyenneté démocratique, en dépassant les clivages et cloisonnements traditionnels: politiques, philosophiques, sectoriels, disciplinaires, professionnels, etc.

Les projets doivent être rentrés à l'aide du formulaire-type, disponible sur demande, avant le 20 septembre 2001 et réalisés avant le 31 octobre 2002.

Pour obtenir le formulaire:

- le demander au Centre de diffusion de la Fondation Roi Baudouin – Boîte Postale 96 – Ixelles 1 à 1050 Bruxelles – Tél.: 070.233.065 – Fax: 070.233.727
E-mail: proj@kbs-frb.be

- ou le télécharger à partir du site internet de la Fondation Roi Baudouin: www.kbs-frb.be

► "Vivre avec le VIH – Faire valoir ses droits"

Dans le cadre de ses actions, l'asbl "Plate-forme Prévention sida" lance une campagne d'information à l'attention des personnes séropositives et malades du sida. Une brochure intitulée "Vivre avec le VIH – Faire valoir ses droits" leur permet à partir des différents textes de lois de faire valoir leurs droits dans différents secteurs de la vie sociale.

Infos: Plate-Forme Prévention Sida – Thierry Martin
89, rue de Tervaete – 1040 Bruxelles – Tél.: 02.733.72.99

Site web: www.preventionsida.org

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