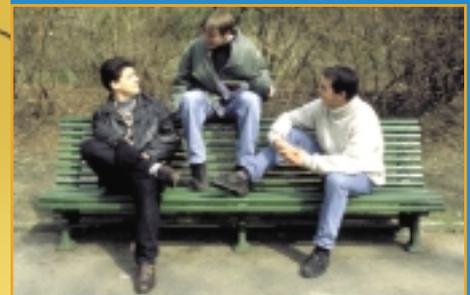




Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence

Quelle prévention en milieu scolaire ?



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

BUREAU DE DÉPÔT :
BRUXELLES X

En direct de...

La place
de la Maison Rouge à Laekenpages 2 à 7

Bouquins malinspages 8 et 9

Dossier

Suicides et tentatives de suicide
à l'adolescence : quelle prévention
en milieu scolaire ?pages 10 à 17

Initiative

De l'espace pour les enfantspages 18 et 19

L'écho du CLPS

Conférence locale à Bruxelles : quand la culture,
vertu de critique sociale, interpelle la promotion
de la santé.pages 20 et 21

Elargissons le débatpages 22 et 23

Annoncespage 24

La place de la Maison Rouge, à Laeken

Nous entamons dans ce numéro une série d'articles sur les Contrats de quartier, dont nous avons déjà parlé dans le dossier de Bruxelles Santé n°14 (juin 1999).

Nous nous sommes d'abord rendus au Secrétariat régional au développement urbain - Srd u asbl, pour savoir quelle était l'évolution de ces dispositifs depuis trois ans et demi.

Ensuite, nous avons choisi un premier exemple, celui du quartier Marie-Christine, à Laeken. Pour rappel, le dispositif des contrats de quartier vise à mener des opérations de revitalisation urbaine intégrée; cinq types d'actions communément appelées «volets» sont favorisés : trois portent sur le logement, un sur l'espace public et le dernier sur la cohésion sociale. Nous nous centrerons ici sur le logement.

Les Contrats de quartier, dit **Luc Maufroy**, Directeur du Srd u, n'ont pas connu de modification fondamentale depuis leurs débuts, mais ils ont intégré les leçons tirées des Quartiers d'initiative, qui sont aujourd'hui terminés. L'action sur le logement peut prendre trois formes :

- ▶ le volet 1 vise à produire des logements pour augmenter l'offre publique de logements de type social ;
- ▶ le volet 2 est une première forme de partenariat privé/public : la Commune achète un terrain à bâtir ou un bâtiment à rénover, et le revend à un promoteur privé à un prix qui peut être inférieur à sa

valeur estimée, ce qui réduit nettement le poids du foncier. En échange, le partenaire privé s'engage à ne vendre ou à ne louer qu'à des personnes ayant des revenus plafonnés. Cela permet d'offrir des logements conventionnés, à des prix situés entre ceux du marché privé et ceux du logement social ;

- ▶ enfin, dans le volet 3, la Commune prend en emphytéose une partie des logements produits par l'investisseur privé, ce qui garanti à ce dernier un rendement minimum de son investissement. Les loyers des biens gérés par la Commune sont proches de ceux du logement social.

Les propriétaires privés saisissent-ils cette opportunité ? M. Maufroy reconnaît que les investisseurs restent souvent réticents. Mais il existe quand même des réussites : par exemple à Forest, rue de Belgrade ; ou dans le centre de Bruxelles, rue du Rempart des Moines et dans le quartier Van Artevelde/Saint Géry. Nous en verrons plus loin un autre exemple.

Ce travail de revitalisation du quartier repose sur plusieurs conditions :

- ▶ l'information continue de la population sur l'élaboration du programme et sur les réalisations concrètes liées au Contrat de quartier ;
- ▶ l'information des particuliers sur les primes à la rénovation de l'habitat ;
- ▶ l'accompagnement et le relogement (transitoire ou définitif) des habitants qui doivent quitter un logement insalubre ;
- ▶ l'organisation de la participation des habitants au Contrat de quartier.

Cette participation se concrétise par une assemblée générale de quartier, où tout un chacun (habitants mais aussi commerçants, travailleurs, entreprises...) est le bienvenu, et par une Commission locale de

développement intégré (CLDI), dont la composition est réglementée.

Elle doit comprendre au moins huit habitants, deux associations du quartier et trois représentants de la Commune ; la Région, les Commissions communautaires, le CPAS, la Mission locale et son homologue flamand, l'OOTB, sont également représentés. La CLDI donne un avis sur le programme d'ensemble et sur chacune des opérations qui seront menées dans ce cadre. Par exemple, si la décision a été prise de construire du logement, la CLDI se prononcera sur le projet de l'architecte, sur les types de logements à réaliser, sur l'aménagement de l'espace public aux alentours, etc.

Un Contrat de quartier peut recouvrir un éventail très large d'initiatives de cohésion sociale, du pavage d'une rue à la formation socioprofessionnelle, en passant par des travaux généraux dans l'immobilier ou de multiples initiatives sociales, culturelles et éducatives en partenariat avec le CPAS, les associations, les écoles, etc. Il est aussi possible de construire des infrastructures de proximité : maison de quartier, salle polyvalente, salle de sports.

Si les Contrats de quartier n'ont pas connu de changement fondamental, M. Maufroy souligne les nouveautés qui sont intervenues au niveau financier (la part que la Commune doit investir est moindre, et l'Etat fédéral intervient à hauteur de 50% de l'apport régional) et sur le plan administratif (lorsque c'est une association qui mène le projet, le subside régional lui est directement versé).

Actuellement, six contrats de quartier sont terminés et vingt-sept sont en activité, dont cinq en voie de finalisation : Rempart des Moines, déjà cité, Duchesse

de Brabant (Molenbeek), La Rosée (Anderlecht) et Pavillon (Schaerbeek)... et Marie-Christine, à Laeken.

C'est donc près de la gare de Laeken que nos pas nous conduisent cette fois, plus précisément place de la Maison Rouge, à deux pas d'une artère commerciale, la rue Marie-Christine. Nous avons rendez-vous avec Marc Heene, de l'Atelier 55 ; cet architecte a coordonné les travaux sur le logement et l'espace public dans le cadre de ce Contrat de quartier. Celui-ci, aujourd'hui en voie d'achèvement, a démarré il y six ans. Une durée qui, pour n'être pas exceptionnelle, n'est pas toujours comprise par les habitants : quand on leur annonce que leur quartier va bénéficier d'un programme de revitalisation initié par leur Commune et par la Région bruxelloise, en partenariat avec le Fédéral, ils s'attendent à voir ces réalisations bientôt

achevées. Or, lorsqu'un Contrat de quartier est décidé sur le papier, toute une série de démarches restent à entreprendre, telles que la recherche de partenaires financiers, l'obtention de permis de bâtir, etc. En fait, deux étapes sont prévues : une période de préparation qui dure neuf mois, pendant lesquels le programme est élaboré, et une période de mise en œuvre du programme, qui dure quatre ans et peut éventuellement être prolongée de deux années pour terminer les derniers chantiers. Tout cela prend du temps, et il arrive même que des habitants présents lors de la période de préparation aient laissé la place à d'autres lorsque la dernière pierre est posée.

Mais revenons au Contrat de quartier Marie-Christine, dont le périmètre est axé sur la rue du même nom, qu'il englobe entièrement, et est délimité par la ligne de



Place de la Maison Rouge



chemin de fer Gand-Bruxelles, l'avenue de la Reine, les rues Claessens, Dieudonné Lefèvre, de Molenbeek, de la Briqueterie et du Champ de l'Eglise.

M. Heene va nous guider à la découverte de réalisations en cours d'achèvement. Comme tout le bas du vieux Laeken, la zone qui entoure la place de la Maison Rouge était mixte initialement, c'est-à-dire que s'y côtoyaient de l'habitat et des entreprises. Aujourd'hui, celles-ci ont disparu, faisant place tantôt à des bâtiments délabrés, parfois squattés, tantôt à des terrain inoccupés mal clôturés et donc peu sécurisés. L'intérieur des îlots est très dense, comprenant une abondance d'entrepôts inutilisés, ce qui dévalorise l'habitat.

Un des enjeux du Contrat de quartier est de le

revaloriser et d'améliorer le quartier comme lieu de vie, sans pour autant que le prix des loyers s'emballe – effet pervers de bien des opérations de rénovation dans des quartiers populaires, devenus inabordable pour leurs anciens habitants.

Commençons par la place de la Maison Rouge elle-même, qui est en cours d'aménagement, et qui, désormais, ne servira plus uniquement de parking ! Les nouvelles constructions qui ont vu le jour sur la place sont destinées à du logement social ; le projet est porté par le Département des propriétés communales de la Ville de Bruxelles. Dans une partie de l'îlot, un bâtiment industriel donnant sur la rue de la Comtesse de Flandre a été rénové ; ce sera une salle

polyvalente gérée par le Service social de la Commune, à laquelle auront accès les personnes âgées du quartier. Nous passons à l'arrière de l'immeuble en front de rue, conçu comme un espace où les premiers bancs attendent les futurs habitants.

Un aspect important de ce projet, souligne M. Heene, est la volonté de consacrer l'intérieur de l'îlot à un espace non bâti et à la végétation.

Dans la rue de Molenbeek, un autre terrain appartenait à un médecin. Il lui permettait de garer sa voiture et d'accéder par l'arrière à son lieu de consultation ; dès le soir, plus personne... Ce terrain accueille maintenant, lui aussi, du logement social.

La rue de la Briqueterie nous fait découvrir d'autres logements, dont la construction s'est opérée dans le cadre d'un partenariat public/privé sur un vaste terrain appartenant à M. Demets (bien connu à Bruxelles puisque sa société loue des containers aux entreprises ou aux particuliers). Il ne pouvait y construire du logement car l'investissement n'aurait pas été rentable ; dès lors, il le louait à l'entreprise Radar, qui y parquait des véhicules volés, abandonnés ou confisqués.

Le permis d'utilisation du terrain à cette fin arrivant à échéance, la Commune a proposé un partenariat dans le cadre du volet 3. Elle a pris en emphytéose deux des trois immeubles construits, pour une période de vingt-sept ans.

Marc Heene ajoute : " Chacun garde une place spéciale pour le quartier de son enfance ; on revient parfois y faire un tour, longtemps après... M. Demets a grandi dans ce quartier ; c'est ici que son entreprise a démarré puis s'est développée. Sa mère y vivait encore il y a quelques années. Je pense que, pour lui, ce site a une grande importance symbolique... "



Rue de Molenbeek

Les volets 2 et 3 ne permettent pas seulement de créer du logement. Ils ont aussi une portée sociale parce que, en maintenant des loyers modérés, ils permettent de garder une certaine mixité sociologique, et parce qu'ils impliquent des partenaires privés dans des projets portant sur l'habitat et l'espace public.

Quand on s'occupe, comme moi, de construire du logement, on sait à quel point il est difficile de monter



ce genre d'opération et que la rentabilité n'en est pas acquise. Ces partenariats ne font pas gagner d'argent à la Commune, mais ils permettent de créer davantage de logements avec le même investissement. Et ils permettent de dire à un propriétaire qui laisse pourrir un chancre urbain : il existe des formules garantissant la rentabilité de la construction de logements. En ce sens, dans une certaine mesure – car le budget d'un Contrat de quartier est facilement

épuisé en cinq ou six opérations –, ce sont aussi des outils contre la spéculation immobilière. ”

Propos recueillis par F. Kinna et A. Cherbonnier

.....
Les photos ont été prises avant les travaux et nous ont été aimablement prêtées par Monsieur Heene.

En consultation au Centre de documentation du CLPS de Bruxelles (02/639.66.88).

La prévention. Un concept en déperdition ?

Jacqueline Fastrès et Jean Blairon,
Bruxelles, Ed. Luc Pire, 2000

Cet ouvrage s'appuie sur une recherche visant à mieux cerner la notion de prévention telle qu'elle est définie par les Services d'aide en milieu ouvert de la Communauté française. Après avoir décrit le contexte et la méthodologie de cette recherche, les auteurs consacrent trois chapitres aux facteurs de déperdition (stratégiques, institutionnels, culturels) du concept de prévention dans ce secteur. Les deux chapitres suivants plaident pour une clarification du concept et pour une politique d'évaluation des actions de prévention. En conclusion, ils s'interrogent sur la possibilité d'élaborer un modèle de cohérence politique forte. *En consultation chez Question Santé (02 512 41 74)*



Farde de documentation tabac

Luk Joossens, Bruxelles, CRIOC, 2002

Comme chaque année, le CRIOC a édité en 2002 une mise à jour de sa farde de documentation tabac.

Cette publication, qui est aussi à consulter sur internet, comprend quinze chapitres.

Le premier retrace l'histoire de la consommation du tabac. Après l'évolution du tabagisme en Belgique et la mort prématurée, on découvre plus d'informations sur le tabagisme et la santé : cancer du poumon, maladies cardio-vasculaires et autres effets négatifs... Les pages suivantes portent sur le tabagisme passif, le tabagisme chez les jeunes et chez les femmes (données statistiques). Les derniers chapitres traitent des aspects économiques de la consommation des produits du tabac, de la législation et du tabagisme dans le monde.

La publication se termine sur une bibliographie.

Disponible au centre de documentation du CRIOC (02 547 06 11) et sur www.crioc.be

L'enseignement secondaire et ses enseignants

Christian Maroy (dir.),
Bruxelles, De Boeck, 2002

Dans un contexte de transformation profonde de l'école et de son environnement, cet ouvrage fait le point sur les processus de changement qui traversent les établissements scolaires, en particulier les directions et les professeurs. Indépendamment d'une perspective d'évaluation des réformes en cours dans l'enseignement secondaire, il convient d'analyser de façon empirique dans quel contexte et par rapport à quels acteurs concrets ces réformes prennent souche.

Aujourd'hui, les écoles se concurrencent ou entrent en partenariat pour maintenir leur réputation sur le " marché " scolaire et sont donc amenées à répondre aux demandes de plus en plus pressantes de leur environnement (parents, entreprises, etc.). Quelle en est la conséquence sur leur mode de fonctionnement interne ou sur la réussite des élèves ?...

Disponible chez Prospective Jeunesse (02 512 17 06)

Psychologue dans un service d'aide aux toxicomanes

Pascal Hachet, Editions Ères, 2002

S'appuyant sur sa pratique institutionnelle, l'auteur détaille les multiples facettes des interventions qu'il est amené à engager : les actions thérapeutiques (en centre spécialisé avec des patients sous mesure judiciaire ou sous traitement de substitution, à l'hôpital, en prison), les actions sanitaires (réduction des risques, études épidémiologiques) et les actions préventives – notamment en milieu scolaire. Par leurs résistances à accepter le fonctionnement des centres de soins traditionnels de la médecine ou de la psychiatrie, les toxicomanes ont contraint les soignants à adapter les structures, à inventer de nouvelles formes d'aide, à développer leur capacité à travailler en partenariat, au sein des équipes soignantes mais aussi avec les autres professionnels de la cité : médecins généralistes, pharmaciens, assistants sociaux, éducateurs, enseignants, animateurs, etc. Les psychologues ont largement participé à ces transformations de l'aide proposée aux toxicomanes et ont œuvré pour que soient pris en compte les soubassements

psychopathologiques de l'addiction toxicomaniaque.
Disponible chez Prospective Jeunesse (02 512 17 06)

Habitat de personnes âgées aux Pays-Bas Woongroepen et centres de ressources Habitat et Participation, septembre 2002

Ce document est issu de la rencontre de quatre woongroepen et de quatre centres de ressources autour de trois questions clés :

- ▶ la maîtrise de la personne âgée sur l'organisation interne de sa vie, son projet de vie, son rôle, son autonomie ;
- ▶ le mode de communication avec les autres : possibilité de participer et de décider, possibilité de conflit, liens avec le monde extérieur ;
- ▶ la cohérence du bâti, de l'architecture, des aménagements avec le projet et les valeurs des personnes âgées.

De nombreux habitats pour personnes vieillissantes aux Pays-Bas sont structurés sous forme d'habitats groupés : les woongroepen. Ces habitats groupés peuvent être soit de petites structures autonomes et indépendantes, soit une série de logements au sein d'une plus grande structure de logements (par exemple vingt logements sur cent) qui sont attribués pour un projet d'habitat groupé.

Pour la promotion et la gestion de ces habitats groupés, des structures sont nécessaires : ce sont les centres de ressources et de gestion des demandes des personnes vieillissantes. Ces centres sont indispensables pour développer des projets d'habitat groupé sur une large échelle territoriale : on parle de plus de 300 woongroepen pour personnes âgées répartis dans tous les Pays-Bas. Ils sont soutenus financièrement par les pouvoirs publics et les cotisations des membres.

Disponible au centre de documentation d'Habitat et Participation (010/45.06.04, habitat.participation@swing.be)

Génération téléphone. Les adolescents et la parole Brigitte Cadéac et Didier Lauru, Paris, Albin Michel, 2002

Le téléphone est l'outil de communication préféré des adolescents. Hors du regard, la voix fait passer bien des choses difficiles à dire : l'échange téléphonique favorise une parole qui ne pourrait surgir par un autre canal. En outre, avec l'avènement du portable, une nouvelle forme de lien s'instaure, qui autorise à ne pas être là, sans être tout à fait ailleurs. Au cœur des conflits avec les parents, le téléphone, vecteur parmi d'autres du processus de séparation qu'est l'adolescence, permet aux adolescents de parler entre eux, de se chercher tout en évitant la rencontre réelle.

Ainsi, parce qu'il autorise l'intimité sans la proximité, pour les adultes et encore plus pour les adolescents, le téléphone est un moyen d'appeler à l'aide, tant il est compliqué de formuler une demande et de s'essayer à une parole nouvelle.

Disponible chez Prospective Jeunesse (02 512 17 06)

Impliquer les habitants dans l'aménagement et la gestion des espaces publics Lille, Chantier Nature, avril 2001

Ce guide propose des outils et références pour développer des pratiques d'implication des usagers des espaces publics. On y trouve, entre autres, une réflexion sur la concertation et la participation, basée sur des expériences concrètes, et quelques fiches d'expériences pour lesquelles des méthodes participatives ont été utilisées.

Téléchargeable sur www.chantiernature.org, rubrique "Concertation et aménagement", menu "Téléchargement"

Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence

Quelle prévention en milieu scolaire ?

Le 2ème Congrès international francophone consacré à la prévention du suicide, qui s'est tenu à Liège en novembre dernier¹, nous incite à revenir sur cette question, déjà abordée dans le numéro spécial 2001.

Le champ ouvert par la question du suicide est très vaste, allant de la prévention primaire au travail de deuil en passant par la "postvention"², et traversé aussi bien par l'épidémiologie ou la clinique que par la politique (de formation, p. ex.). Ou la philosophie : pour Camus, la seule question philosophique qui mérite d'être posée est celle du suicide - «ma vie vaut-elle la peine d'être vécue ?».

Empruntons d'abord quelques données épidémiologiques générales à l'exposé de Danielle Saint-Laurent (Institut national de Santé publique du Québec). Le suicide se situe, avec 1 à 2% de la mortalité totale, parmi les dix premières causes de décès en Amérique du Nord et dans la plupart des pays d'Europe. Les taux de mortalité sont les plus élevés dans les pays industrialisés du nord de l'Europe et de l'Amérique. Ils sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans presque toutes les tranches d'âge (sauf en Chine, et en Afrique du Sud pour certains groupes d'âge). Il faut certes se montrer prudent quand on fait des comparaisons internationales, parce que les chiffres

sont sous-estimés dans certains pays et que, dans d'autres, il n'existe tout simplement pas de données. Le tableau est donc incomplet et le problème très probablement sous-évalué, pour de multiples raisons, tant de procédure que d'ordre culturel, social, politique ou religieux. On peut dire néanmoins que le phénomène du suicide est affecté par le sexe (masculin), par l'âge (moins de 40 ans) et par le niveau d'industrialisation, d'urbanisation et d'éducation.

On constate une augmentation du suicide chez les jeunes (c'est la première cause de mortalité chez les jeunes hommes dans certains pays), parallèle à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues. La plus grande "résistance" des femmes au suicide fait l'objet de plusieurs hypothèses :

- ▶ utilisation de méthodes moins létales ;
- ▶ plus grande implication dans les relations et activités familiales ;
- ▶ plus grande continuité des rôles sociaux ;
- ▶ plus grande efficacité du réseau de soutien ;
- ▶ fréquentation plus importante des services d'aide.

Quant aux moyens utilisés pour se suicider, ils varient d'un pays à l'autre en fonction de leur disponibilité, du contexte culturel et des conditions sociales. Danielle Saint-Laurent en a donné deux exemples : aux USA, la grande accessibilité et la valorisation traditionnelle des armes à feu font de celles-ci un moyen de suicide très "populaire" ; en Angleterre, l'usage qui était fait du gaz domestique a amené les autorités à en réduire la toxicité, réduisant ainsi du tiers la mortalité par suicide...

Dans les sociétés occidentales, le suicide est considéré comme un révélateur du mal-être social ; dans une perspective de santé publique, on le relie à des facteurs de risque parmi lesquels les tentatives de suicide antérieures arrivent en première position (viennent ensuite la maladie mentale, les comportements antisociaux, la consommation de drogue et d'alcool). Dans notre culture, le suicide est ainsi médicalisé voire psychiatrisé. Mais il existe aussi dans les microsociétés

et il existait dans la nôtre bien avant l'ère industrielle ; dans le temps comme dans l'espace, les représentations du suicide varient.

La question du sens

Il importe donc de se poser la question du *sens* du suicide en évitant de réduire celui-ci à un problème objectif et quantifiable. Pensons aux suicides de Socrate, de Sénèque ou de Cléopâtre. Pour les stoïciens, cet acte avait une valeur positive. Plus près de nous, on se rappellera peut-être Stefan Zweig, Gabrielle Russier, Bruno Bettelheim, Romy Schneider, Primo Levi... Peut-on se contenter de parler de " passage à l'acte " ? Le suicide n'est pas qu'un symptôme dépressif, dit Philippe van Meerbeeck (ESP-UCL), prenant ses distances avec les conceptions de la psychiatrie.



Photo©: Jean-Louis Saïz/Question Santé

On peut penser également à une autre figure du suicidé : celle du résistant qui se jette dans le vide pour ne pas trahir les siens, dont Pierre Brossolette est un exemple connu. Cette figure " héroïque " du suicidé est-elle fondamentalement différente des précédentes ? Václav Havel, qui a lui-même connu la persécution et

la prison, répond quant à lui³ : " Qui n'a pas pensé au suicide ? Moi aussi, bien sûr, j'y ai pensé, et en fait j'y pense toujours ; toutefois, j'y pense probablement comme toute personne capable de réfléchir. C'est une corde suspendue au-dessus de ma tête, à laquelle je pourrais m'accrocher si j'étais dans l'impossibilité d'aller plus loin. (...) Quoi qu'il en soit, je suis toujours loin de condamner les suicidés, j'ai plutôt tendance à les avoir en estime. Non seulement à cause du courage qu'un tel acte exige, mais aussi parce qu'ils attribuent à leur vie une très grande valeur. Elle leur semble trop précieuse pour qu'on la dévalorise par une existence vide, sans amour, sans espoir, sans sens précis. Et parfois je me dis que les suicidés sont les gardiens tristes du sens de la vie. "

De même qu'il faut se garder d'une médicalisation⁴ excessive du suicide, on prendra garde au piège de l'individualisation ; car, s'agissant du suicide des adolescents, la tendance est souvent de mettre particulièrement en question la relation parents/enfants. Lors du congrès de Liège, Michel Mercier (FUNDP, Namur) a insisté d'emblée sur la nécessité de dépasser ce cadre psycho-relationnel en prenant en compte les valeurs contemporaines et les représentations sociales dominantes. Certes, la psychologie explique beaucoup : l'adolescent exige d'une part d'être reconnu comme adulte, mais continue d'autre part à chercher la sécurité auprès de l'adulte. Cette contradiction entraîne un sentiment d'insécurité et une angoisse. Mais, aujourd'hui, sentiment d'insécurité et angoisse sont amplifiés en raison de l'insécurité que ressentent les adultes eux-mêmes et du caractère insécurisant d'une société qui exige performance et excellence.

L'évolution sociologique, économique et culturelle met en exergue de nouvelles valeurs, de nouvelles représentations. Les années post-68, dit Michel Mercier, sont caractérisées par le passage d'une société de l'obligation à une société du désir. Celle-ci se caractérise par :

- ▶ la montée en puissance du désir individuel, allant de pair avec la perte des normes et des valeurs collectives ;
- ▶ la diminution des liens sociaux, tant entre pairs qu'entre générations ;
- ▶ l'indifférenciation intergénérationnelle sur le plan des interdits et sur le plan sexuel ;

- la sacralisation du technologique et de l'économique. La science instrumentalise la raison : aucune réflexion n'est menée sur le sens de la science, laquelle n'accepte pas d'être mise en question.

Ces différents facteurs entraînent une perte générale de sens, qui s'ajoute à l'individualisme, au sentiment d'impuissance, à la perte des références associatives⁵. Le suicide à l'adolescence apparaît ainsi, non pas seulement comme la résultante d'un problème de relation parents/enfants, mais comme une facette d'une problématique proprement sociétale : les adolescents bravent la maladie et la mort dans une société qui elle-même – par la violence, l'exploitation économique, la destruction de l'environnement – brave la maladie et la mort.

Pourquoi les adolescents ?

Aujourd'hui, dans les pays industrialisés, le suicide est la première cause de décès chez les jeunes adultes (25-35 ans). Mais il est aussi la deuxième cause de décès chez les 15-25 ans. En 1994, une étude a été menée dans la Région de Bruxelles-Capitale sur la santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire. Si 20 à 30% des jeunes interrogés (12-19 ans) disaient avoir ou avoir eu des idées de suicide, 8% disaient avoir déjà fait au moins une tentative de suicide. En d'autres termes, pour quatre adolescents qui pensent ou ont pensé au suicide, un passe à l'acte. Ces chiffres sont loin d'être négligeables.

Un autre élément doit être pris en compte : l'adolescence est, par définition, une période de crise. La "déprime" est presque normale, et le plus souvent passagère. Les pensées suicidaires expriment un questionnement sur l'identité propre du jeune, sur le sens de sa vie. Comme l'expliquait le Dr Denis Hirsch (SSM-ULB) lors d'un précédent colloque⁶ : *Penser à la mort fait partie des pensées "normales" d'un adolescent : un jeune sur trois dit avoir pensé à la mort, avoir eu des fantasmes de mort. Il s'agit là d'un besoin essentiel qu'éprouve le jeune de "jouer" avec son imaginaire, de pouvoir tout imaginer, de "soigner" sa déprime par ses fantasmes, et non dans la réalité. C'est bien cette capacité à fantasmer, y compris des pensées sombres et inquiétantes, qui le mettront à l'abri d'un passage à l'acte suicidaire. Ce ne sont pas des pensées*

sur la mort qui sont inquiétantes, mais bien plutôt le désir réel de mourir.

Les changements physiques entraînés par la puberté provoquent un bouleversement de l'identité de l'adolescent, de sa relation à lui-même et à son corps ; ils l'obligent à remanier ses liens avec ses parents et le contraignent à un intense travail de deuil du monde de l'enfance, source inévitable de douleur psychique. L'adolescence soumet toujours le jeune à des vécus de crise intérieure intense et potentiellement déstabilisante. C'est dire que, pour la très grande majorité des adolescents, il n'y a pas d'adolescence sans moments dépressifs, sans rumination sur le thème de la mort, sans comportements de rupture par rapport à l'enfant qu'il était auparavant.



Photo©: Jean-Luc Tanghe/Question Santé

Il n'en est pas moins vrai que le risque de dépression (au sens clinique du terme) peut être bien réel : *l'adolescent dépressif va plutôt dénier et "agir" sa dépression par un symptôme ou un comportement : il va tout faire pour ne pas penser et ressentir les vécus douloureux de l'adolescence, en s'enfermant dans une identité négative de lui-même, en se coupant de ses propres moyens psychiques, en cachant derrière l'agressivité, la violence, l'ennui, les sentiments profonds de dépression que suscitent les bouleversements de l'adolescence. Ce mode de défense augmente le risque de suicide, justement par défaut d'élaboration de la dépression.*

La difficulté est que les signes inquiétants sont peu spécifiques. Comme le résume Claude Renard

(CRDTS)⁷ : *Il n'existe pas dans la littérature de critères diagnostiques de la crise suicidaire. Selon les experts, le repérage de la crise suicidaire s'appuie sur trois types de signes :*

- ▶ *les expressions et les intentions suicidaires, à travers des messages directs ou indirects, des textes ou des dessins à prendre absolument en compte ;*
- ▶ *des manifestations de crise psychique : fatigue, anxiété, tristesse, irritabilité et agressivité, troubles du sommeil, sentiment d'échec et d'inutilité, une mauvaise image de soi, un sentiment de dévalorisation, une impuissance à trouver des solutions à ses propres problèmes ;*
- ▶ *un contexte de vulnérabilité, fait de dépression et d'impulsivité (décision ou acte brutal, incontrôlable, tendance à l'agir, démesure dans la réponse, non-contrôle de l'affectivité, réaction sans élaboration). Dans ce contexte, l'histoire familiale individuelle, des événements de vie douloureux (déplacement ou placement, perte d'un être cher...) peuvent être des éléments de précipitation de la crise suicidaire.*

Les éléments que nous venons de décrire ne sont, dans leur majorité, ni spécifiques ni exceptionnels pris isolément. Ils font même souvent partie intégrante de la réalité de l'adolescent. C'est leur regroupement, leur association ou leur survenue comme une rupture au comportement habituel qui doivent alerter l'entourage, le conduire à suspecter l'existence d'une crise suicidaire.

Pourquoi l'école ?

Le rôle de la famille dans le décodage de ces signes est certes fondamental⁸. Cependant, les parents d'adolescents sont souvent soumis à rude épreuve, ils doivent redéfinir leur place, accepter le changement tout en maintenant des limites structurantes, et eux-mêmes vivent parallèlement la " crise du milieu de vie ". Ils sont constamment confrontés à ce paradoxe que décrit le Dr Hirsch⁹ : *L'adolescent soumet ses parents à des paradoxes, en demandant à être totalement compris par eux, tout en exigeant d'eux qu'ils ne se mêlent pas de ses secrets, par crainte que les parents ne sachent tout de lui. Il exige de pouvoir vivre des expériences nouvelles et, dans le même temps, d'être couvé et protégé. De quoi rendre*

les parents perdus et perplexes, toujours à contre-temps des exigences de leurs adolescent(e)s. Les parents doivent comprendre leurs adolescents et ne pas trop les comprendre non plus !

Face à cette situation, il est pertinent que l'école joue elle aussi un rôle. D'autant plus, précise l'auteur, qu'elle est *une des grandes préoccupations de l'adolescent, un lieu intermédiaire entre sa famille et le monde des adultes. Elle rassemble en un seul lieu différents groupes sociaux (de pairs, d'enseignants, d'adultes de référence) appartenant au système scolaire. Elle donne accès à de nouvelles connaissances, de nouveaux moyens intellectuels, de nouveaux domaines d'intérêt : éléments essentiels pour, entre autres, assurer la " sublimation " des désirs trop " crus " de la puberté. L'école est donc un des lieux d'acquisition de connaissances, mais aussi d'échanges intenses entre amis, de premières rencontres amoureuses.*

Elle est souvent investie avec ambivalence, en attente d'une reconnaissance et d'une affirmation de soi, mais aussi dans la crainte de se confronter à la différence, à l'autorité, à l'évaluation et au risque d'échec. L'adolescent y trouvera la possibilité de développer son autonomie, de déplacer hors du milieu familial ses investissements affectifs et intellectuels, de trouver des supports pour de nouvelles identifications : le groupe des copains, un professeur, un éducateur, mais aussi un auteur littéraire, un courant de pensée,



Photo©: Véronique Vercheval/Question Santé

une discipline particulière, une vocation, etc. Dans ce contexte, l'enseignant peut parfois représenter un personnage de référence, une autorité, un confident, un conseiller, un ami et/ou un ennemi passionné, un idéal parfois testé ou contesté. Dans le processus de maturation du jeune, il faut souligner le grand impact que peut avoir la qualité de l'environnement affectif et social offert par le milieu scolaire et le rôle de la scolarité comme révélateur des difficultés d'autonomie et des conflits familiaux de l'adolescence. Pour toutes ces raisons, l'école devient un des lieux privilégiés de l'expression des troubles de l'adolescence.

- ▶ la reconnaissance par les adultes de la réalité du risque, la connaissance des facteurs de vulnérabilité à l'adolescence et des signes qui peuvent annoncer une crise suicidaire ;
- ▶ le " dépistage " : repérer ces signes annonciateurs, intervenir auprès du jeune (ce qui signifie d'abord lui parler et l'écouter) et l'accompagner et/ou lui proposer une aide spécialisée ;
- ▶ en cas de tentative de suicide, le suivi du jeune et l'intervention auprès de la collectivité scolaire (pour que l'événement soit " parlé " et pour prévenir d'autres tentatives).



Photo©: Maurice Müller/Question Santé

La promotion de la santé mentale

La prévention du suicide, au sens large du terme, repose à l'école sur plusieurs axes :

- ▶ la promotion de la santé mentale, en mettant l'accent sur le savoir-être (estime de soi, empathie, capacité de résoudre les problèmes, de résister à l'influence des autres, de prendre des décisions, de gérer le stress...), la communication, la participation, la gestion des conflits, la qualité des relations humaines, notamment entre adultes et adolescents ;

Bien sûr, promouvoir la santé mentale à l'école pose la question de l'existence et de la cohérence d'un réel projet éducatif (et non seulement pédagogique) : l'école comme lieu d'apprentissage de savoirs et de savoir-faire, certes, mais aussi comme lieu d'apprentissage relationnel et social, de développement personnel, de rencontres, etc. – comme lieu de vie. La promotion de la santé mentale visera à renforcer les facteurs de protection et de valorisation des adolescents (partie gauche du tableau ci-après) et à répondre positivement mais sans complaisance à leurs besoins spécifiques.

Les facteurs de protection

- ▶ Une bonne santé physique
- ▶ Des habitudes de vie saines
- ▶ Une vision et des attentes réalistes
- ▶ Des compétences sociales
- ▶ Un rôle et une occupation valorisants
- ▶ Une capacité d'engagement
- ▶ Des relations familiales stables
- ▶ Des relations de confiance avec les adultes
- ▶ Un revenu suffisant
- ▶ Un engagement spirituel
- ▶ Le sentiment d'appartenir à un groupe
- ▶ L'accès aux ressources d'aide
- ▶ Un environnement sécurisant

Les facteurs de vulnérabilité

- ▶ L'anonymat et l'isolement
- ▶ L'importance accordée à la performance et le perfectionnisme
- ▶ L'incertitude face à l'avenir
- ▶ L'éclatement de la structure familiale
- ▶ Le sentiment de ne plus faire de projets collectifs
- ▶ Se sentir mal dans son corps
- ▶ Se sentir coupable de ce qui arrive à soi et aux autres
- ▶ La recherche de l'identité sexuelle
- ▶ Les violences physiques et sexuelles
- ▶ Le suicide d'un ami

CRDTS, 2001

La prévention primaire et secondaire

La prévention prendra en compte les facteurs qui peuvent fragiliser l'adolescent (partie droite du tableau). Elle suppose la reconnaissance de la réalité du risque de suicide. Claude Renard cite ces données validées : *7% des scolarisés de 11-19 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide. Ce taux est multiplié par deux pour ceux qui quittent précocement l'école. 12% des collégiens et 22% des collégiennes ont pensé au suicide dans les 12 mois précédents.* Mais la reconnaissance ne suffit pas ; il importe aussi de laisser s'exprimer et de critiquer les idées reçues qui entourent la notion de suicide. Epinglons-en quelques-unes. Comme on l'a vu plus haut, parler de la mort voire du suicide peut être un signe normal de la crise de l'adolescence, mais ce n'est pas pour autant indifférent. On aurait tort de croire que ceux qui " en " parlent ne " le " font pas...

Autre mythe : celui du " suicide héréditaire ". Même si des suicides peuvent se répéter, dans une famille, d'une génération à l'autre, la génétique n'explique pas tout, et la psychogénéalogie⁹ a montré que c'est souvent le silence blessé ou honteux sur les actes des ascendants qui tend à leur reproduction chez les descendants. Troisième idée reçue : parler du suicide reviendrait à inviter au passage à l'acte (il est intéressant de remarquer que ce raisonnement a également prévalu, en son temps, en matière de sexualité). On se demandera plutôt comment en parler. Il est des

approches morbides voire fascinées (attraction/répulsion) des questions fondamentales de la vie : naissance, amour, sexe, pouvoir, mort, violence, dépendance... Il en est d'autres. Il ne s'agit pas de nier le risque d'effets contre-productifs si l'on s'y prend comme on l'a déjà fait à propos d'autres questions qui font peur (des maladies vénériennes aux drogues illicites), c'est-à-dire en comptant sur le pouvoir de l'avertissement. Faire des conférences dans toutes les classes en agitant le spectre du suicide n'est évidemment pas la bonne stratégie. L'intervention ne doit pas tourner à l'obsession, elle doit faire preuve de prudence et de discernement.

La prévention à l'école doit aussi s'appuyer sur des professionnels de la santé. Denis Hirsch⁶ rappelle que les enseignants se sentent souvent très démunis par rapport aux adolescents en difficulté psychologique : *les sentiments dominants des professeurs vis-à-vis d'un adolescent faisant état d'une idéation suicidaire sont la peur ou l'angoisse (66%), l'inquiétude ou l'impuissance (53%). Par contre, l'intérêt d'une structure d'aide psychologique implantée en milieu scolaire a pu être mis en évidence (Riggs & Cheng 1988). Une étude française récente (Bonnet 1994) montre la faible implication des enseignants face au problème du suicide et la méconnaissance des données scientifiques en matière de prévalence et de mortalité. Cependant, une minorité d'enseignants (20%) se montre tout à la fois prête à se mobiliser pour aider un ado-*

lescent suicidant, et capable de reconnaître des signes indiquant une souffrance psychologique, mais sans faire le lien avec le risque de passage à l'acte suicidaire. De manière plus préoccupante, seul un tiers de ces enseignants sensibilisés considère le milieu scolaire comme approprié pour des actions de prévention, même si la moitié se dit prête à suivre un programme de formation dans ce sens ; enfin, moins de 5% des professeurs interrogés dans cette étude connaissent une structure d'aide et de soins psychiatrique vers laquelle un adolescent suicidant pourrait être adressé.

Or, en cas de crise, il est fondamental de pouvoir s'appuyer sur une aide professionnelle spécialisée. On plaidera donc pour une attitude d'anticipation :

- ▶ s'informer sur les ressources d'aide pour les jeunes comme pour les adultes (services d'écoute téléphonique, centres de santé mentale, services d'urgence...);
- ▶ établir des contacts voire un partenariat avec des services de santé compétents ;
- ▶ discuter la question dans les équipes éducatives et envisager une procédure ou un dispositif en cas de crise suicidaire ou de tentative de suicide ;
- ▶ s'accorder sur des conseils clairs et directs à donner aux jeunes (que faire quand on se sent profondément triste, en détresse, ou que l'on pense au suicide ?).

Permettre au jeune de rompre l'isolement et de sortir de l'idée que la situation est sans issue, est le premier enjeu de ces messages. L'encourager à parler du problème à une personne de confiance (ami, parent, autre adulte) implique néanmoins que l'on se positionne, même implicitement, comme pouvant recevoir une confiance, sinon du jeune en difficulté, du moins d'un ami de son âge auquel il se confierait. Il importe donc de s'y préparer. Il importe également de conseiller d'autres ressources : les services téléphoniques 24h/24 tels que SOS Jeunes, Télé-Accueil ou le Centre de Prévention du Suicide, et les professionnels et services de santé tels que l'infirmière scolaire, le médecin de famille, les centres de planning familial, les centres de santé mentale ou les services d'urgence.

Quel cadre se donner en tant qu'adulte impliqué dans le milieu scolaire ? On peut retenir quatre principes :

- ▶ la capacité d'écoute d'un adulte de confiance est importante pour un adolescent en difficulté ;
- ▶ cette écoute a une portée limitée et doit se donner des objectifs cohérents avec ces limites ;
- ▶ l'adulte à qui se confie un adolescent en difficulté doit pouvoir prendre appui sur d'autres adultes et passer le relais à des structures spécialisées ;
- ▶ les parents de l'adolescent ne doivent pas être mis " hors jeu ".

Insistons, avec Denis Hirsch⁹, sur les limites à respecter : *A condition qu'il se sente pris au sérieux, sans jugement moral ni curiosité intrusive de la part d'un adulte, le jeune en souffrance qui se sent accueilli, qui peut dire sa détresse et ses désirs suicidaires trouve alors un réel facteur de protection contre un éventuel passage à l'acte. L'objectif n'est pas de résoudre à tout prix les problèmes du jeune, mais de lui offrir un temps de répit qui éloigne la menace suicidaire, relance ses capacités de penser, rompe sa solitude et atténue ses sentiments de honte, de culpabilité. L'étape suivante est de maintenir un lien de confiance et de confidentialité, tout en assurant des relais vers d'autres intervenants spécialisés.*

L'écoute offerte par l'adulte est essentielle pour autant cependant que celui-ci ne perde pas sa spécificité et sa place dans le contexte qui est le sien (l'école, l'activité sportive, le groupement de jeunes, etc.). Il ne s'agit en aucun cas de se substituer aux parents ou de se prendre pour le psychologue du jeune ! La demande de l'adolescent est parfois tellement désespérée qu'elle peut donner à l'adulte le sentiment d'une très grande responsabilité, l'amener à vouloir se substituer aux parents, d'autant plus aisément que le milieu familial est très critiqué par le jeune qui, par contre, a tendance à idéaliser l'adulte auquel il se confie. (...) Il est alors important que l'adulte référent – sans se sentir coupable, défaillant ou dévalorisé – fixe des limites à l'aide qu'il peut apporter au jeune : il garantit ainsi toute la qualité du lien qu'il offre à l'adolescent qui a choisi de s'adresser à lui et qu'il a pu écouter.

On a vu plus haut qu'il est difficile d'anticiper la crise suicidaire : les signes sont souvent peu spécifiques, et les caractéristiques même de l'adolescence (immédiateté, goût du défi, désir de se mesurer au risque, besoin de s'opposer pour définir son identité,

gestion difficile d'émotions intenses...) ne facilitent pas le diagnostic. Comme on l'a dit, c'est l'accumulation et/ou la précipitation des signes inquiétants qui doit attirer l'attention. Claude Renard cite les suivants :

- ▶ parler du suicide et de la mort, même en plaisantant ;
- ▶ augmenter sa consommation d'alcool ou d'autres produits ;
- ▶ faire des préparatifs de départ, comme donner ses objets personnels ;
- ▶ manifester une disposition à prendre des risques ;
- ▶ modifier son comportement à l'école (chute des résultats scolaires, changement dans la fréquentation de l'école, repli sur soi, irritabilité ou agressivité accrues, dessins ou écrits évoquant la mort, changements dans l'apparence et les soins personnels...).

Par ailleurs, beaucoup de jeunes en crise s'adressent à un ami plutôt qu'à un adulte. Le fait qu'un tiers s'inquiète pour un élève auprès d'un professionnel doit donc être pris en compte par celui-ci.

La postvention

Pour conclure, quelques mots sur ce que recouvre le vocable nouvellement forgé de " postvention ". Il recoupe peu ou prou celui de prévention tertiaire (réduction des séquelles et des récurrences). Selon Claude Renard, la postvention poursuit deux objectifs : la prévention de la récurrence et le soutien des personnes endeuillées. Ses objectifs en milieu scolaire sont d'aider les élèves et le personnel à comprendre ce qui s'est passé et à entreprendre un processus de deuil, et d'accompagner les élèves qui sont le plus en souffrance. " Simplement " annoncer le décès est important, non seulement parce que le bruit courra de toute façon et qu'il vaut mieux une annonce claire que des rumeurs, mais aussi pour montrer que les adultes et l'institution scolaire reconnaissent le fait (ne sont pas dans le déni) et se soucient des élèves et de ce qu'ils ressentent. Mais cette annonce doit se faire prudemment. Il existe tout un processus d'annonce du décès et d'accompagnement des élèves, dont on trouvera une synthèse sur le site de l'association française SEPIA (<http://www.sepia.asso.fr>).

Photo©: Jean-Louis Saiz/Question Santé



*Dossier réuni par Alain Cherbonnier
et Françoise Kinna
avec le concours de Suzanne Dubois*

- 1 " Prévention du suicide et pratiques de réseaux ", Liège, Palais des Congrès, 18-22 novembre 2002. Organisé conjointement par la Communauté française, la Région wallonne, la COCOF et la Province de Liège.
- 2 Ce concept recoupe au moins partiellement celui de prévention tertiaire.
- 3 À Karel Hvízd'ala dans *Interrogatoire à distance* (Ed. de l'Aube, 1989, coll. 10/18, pp. 223-225), dont l'édition originale a paru en " samizdat " à Prague, en 1986, sous le régime communiste.
- 4 On pourrait parler également de la réduction opérée par la psychologie comportementale (facteurs prédictifs du comportement, etc.), qui peut déboucher sur des modèles particulièrement simplistes.
- 5 L'orateur a défini l'association comme " un groupe civil au-delà et en-deçà du politique et de l'économique ".
- 6 Denis Hirsch, *Suicide, adolescence et milieu scolaire*, texte complété d'un exposé pour le colloque international organisé le 19 septembre 2000 à Lierneux (inédit).
- 7 Claude Renard, *Prévention du suicide en milieu scolaire*, Centre de Recherches et de Développement en Travail Social, Mons, 2002 (diapositives communiquées par l'auteur).
- 8 Pour plus de détails, on peut consulter p. ex. l'ouvrage *Difficile adolescence. Signes et symptômes de mal-être*, Paris, Phare Enfants-Parents, 2002.
- 9 Denis Hirsch et coll., *Les jeunes et la dépression* (document inédit communiqué par l'auteur).
- 10 Voir p. ex. Anne Ancelin-Schützenberger, *Aïe, mes aïeux !*, Paris, La Méridienne & Desclée de Brouwer, 1993.

De l'espace pour les enfants

L'association Cancer et Psychologie existe depuis une vingtaine d'années. Composée de psychologues, elle propose un accompagnement aux personnes atteintes d'un cancer, à leurs proches et aux soignants. Ses activités sont diverses : permanence téléphonique¹, suivi psychothérapeutique, formation, publication trimestrielle² ... Depuis quelques années, Cancer et Psychologie se préoccupe également d'apporter un soutien plus spécifique aux enfants des malades. Cela se traduit par des "Espaces Enfants" à l'hôpital et des "Espaces Ateliers" dans les locaux de l'association. Que recouvrent ces termes ? Pour le savoir, nous avons rencontré Béatrice Gaspard, psychothérapeute, et Catherine Renoirte, psychologue clinicienne.

Pour les enfants de parents cancéreux, Espace Enfants à l'hôpital

D'abord, comment ces projets ont-ils démarré ? Béatrice Gaspard : " Je suis thérapeute d'enfants et je me suis donc beaucoup intéressée à la question des enfants, même si, à mon arrivée dans l'association, il y a sept ans, nous travaillions surtout l'accompagnement des adultes. Une collègue, Sophie Buyse, et moi-même avons pensé qu'il était important de proposer quelque chose de spécifique aux enfants de parents cancéreux. Car les adultes demandaient comment agir avec leurs enfants, comment leur parler de la maladie, comment parfois leur dire qu'ils allaient mourir ...

Nous avons fait de multiples démarches et rencontré d'autres équipes avant de nous rendre compte que peu de choses existaient en matière d'accompagnement et de prévention. Nous avons beaucoup réfléchi et travaillé avant de mettre en place ces initiatives. Les Espaces Enfants, créés en collaboration avec les équipes soignantes, sont des lieux d'accueil à l'hôpital. Deux hôpitaux bruxellois soutiennent ce projet : le service

d'hémo-oncologie de l'Hôpital Erasme et l'Institut Jules Bordet " .

Catherine Renoirte est arrivée dans l'association il y a un an : " Licenciée en psychologie clinique, j'ai commencé par assurer une permanence téléphonique et par animer l'Espace Enfants à l'Hôpital Bordet et l'Espace Atelier une fois par mois. J'ai très vite été conquise par l'importance du travail auprès des enfants et de leur famille. Car, si la maladie grave, comme le cancer, est un traumatisme, le silence qui l'entoure en accentue l'effet pathogène, particulièrement pour l'enfant. En effet, ce dernier est mis à rude épreuve par le décalage entre ce qu'il sent, ce qu'il sait intuitivement – à savoir que la situation est grave – et les paroles faussement rassurantes de l'adulte, voire même son silence. Un des objectifs de l'accompagnement des enfants est la prévention des troubles trop importants générés par le poids du non-dit. Cet objectif se réalise en favorisant le dialogue parent/enfant à propos de la maladie. La mise en mots s'appuie sur ce que l'enfant réalise (dessin, objet à offrir) ou sur ce qu'il montre de lui à travers le jeu, à travers ses questions, sa parole. Notre présence tente de soutenir chaque famille pour qu'elle trouve les mots qui sont les siens pour rendre compte de la réalité " .

Béatrice Gaspard : " Un autre objectif est l'humanisation de l'hôpital : il s'agit que la personne hospitalisée puisse rester un parent pendant sa maladie. Les soignants éprouaient des difficultés à demander aux patients comment cela se passait avec leurs enfants ; on n'abordait pas trop ces questions et les malades restaient avec leur angoisse. L'ouverture de ce lieu a permis de leur dire : vous pouvez amener vos enfants, ils peuvent venir vous voir, des personnes sont là pour les accueillir. Les équipes ont souvent apprécié cet apport qui les aide à recevoir les malades dans leur globalité, à les reconnaître comme personnes à part entière. C'est un apport pour le parent hospitalisé parce que cela contribue à maintenir la communication avec les enfants, mais aussi pour le parent qui s'occupe de l'enfant pendant la maladie, car il lui est souvent très difficile d'expliquer ce qui se passe. Enfin, c'est un apport pour les enfants parce que cela leur permet d'exprimer ce qu'ils vivent et de voir la réalité.

Ce qu'ils ne voient pas et imaginent est toujours plus inquiétant que ce qu'ils voient, quelle que soit notre inquiétude à nous, adultes, d'apparaître démunis, affaiblis, malades... "

Catherine Renoirte : " Concrètement, les enfants qui le souhaitent peuvent venir à l'Espace Enfants tous les mercredis de 14 à 18 heures. L'Espace Enfants, lieu d'expression et d'écoute via des médias (jeux, créations artisanales), accueille aussi bien l'enfant que l'adulte qui l'accompagne et le parent hospitalisé. Si ce dernier ne peut se déplacer, c'est une animatrice et l'enfant qui vont à lui. Nous encourageons d'ailleurs les allées et venues entre la chambre d'hôpital et l'Espace Enfants ".

Béatrice Gaspard : " Il arrive aussi que nous voyions les parents sans leurs enfants, pour simplement leur dire à quel point il est important que les enfants puissent parler de la maladie avec eux. Leur dire que l'on peut aussi être faible, fragile, diminué à cause des traitements, que l'enfant n'en sera pas forcément atteint dans sa relation avec le parent et qu'une relation régulière doit pouvoir subsister ".

Pour les enfants en deuil, l'Espace Atelier

Dans un esprit de continuité avec les Espaces Enfants, l'association a souhaité offrir un accompagnement aux enfants dont un proche est décédé, que ce soit des suites du cancer ou en lien avec d'autres causes : autres maladies, accident, suicide...

Catherine Renoirte : " En l'absence d'échange au sein de la famille, en l'absence de paroles qui humanisent la douleur, les troubles de l'enfant risquent de perdurer, d'entraver son évolution jusqu'à handicaper un travail de deuil à l'âge adulte. L'objectif est de favoriser tant l'expression des émotions de l'enfant que la communication entre celui-ci et l'adulte, dans le même esprit de prévention que celui de l'Espace Enfants. Ainsi l'Espace Atelier est un lieu de jeux et de parole, ouvert un samedi par mois, à raison d'un cycle de cinq samedis, de 14 à 17 heures, au siège de l'association. Dès

16 heures, nous accueillons les parents des enfants pour échanger avec eux l'expérience vécue. Des Espaces Ateliers sont également organisés par Cancer et Psychologie à Liège et à Namur ".

Béatrice Gaspard : " Les émotions liées au deuil sont aussi intenses chez les enfants que chez les adultes mais prennent des formes parfois inattendues, comme des réactions agressives physiques ou verbales, un retrait social, des troubles du comportement à l'école et à la maison, des troubles du sommeil et de l'alimentation, ou encore des comportements régressifs. Il leur est difficile d'aborder des questions de souffrance parce qu'ils cherchent aussi à protéger leurs parents. Il n'est pas rare que les parents disent : mon enfant ne pose pas de questions donc je ne lui EN parle pas. Mais, s'il n'en pose pas, c'est souvent parce qu'il a vu que ses allusions fragilisaient ses parents. Il s'agit donc de permettre que la communication reprenne, afin que chacun puisse exprimer sa souffrance et la partager. Il s'agit aussi, par la rencontre d'autres enfants vivant la même situation, que chacun puisse se rendre compte qu'il n'est pas tout seul. Et dire tout ce qui lui passe par la tête, tout ce qu'il a gardé en lui. Que ce soit de l'ordre de la tristesse ou de la colère. Une colère que l'enfant ne s'autorise pas toujours, en raison de l'agressivité, de la culpabilité, du sentiment d'être responsable de ce qui s'est passé. "

Une conclusion ?

Catherine Renoirte : " En matière de deuil, la prévention est essentielle, car un deuil d'enfant, quand il n'est pas accompagné, laisse des traces dans la vie adulte. Un deuil traumatique, un deuil non élaboré reste enkysté, comme quelque chose que l'on met entre parenthèses et qui vous saute au visage plus tard. "

1 Bruxelles : 02 735 16 97, du lundi au vendredi, de 10 h 00 à 12 h 00. Liège : 04 221 10 99, le mardi de 10 h 00 à 12 h 00, le jeudi de 14 h 00 à 16 h 00 et le vendredi de 18 h 00 à 20 h 00.

2 Pour obtenir le Journal de Cancer et Psychologie, écrire à l'association Cancer et Psychologie (av. de Tervueren, 215/14, à 1150 Bruxelles) ou téléphoner au 02 735 16 97.

Conférence Locale à Bruxelles: quand la culture, vertu de critique sociale, interpelle la promotion de la santé.

Depuis 5 ans, le Centre local de Promotion de la Santé de Bruxelles développe de nombreux partenariats sur le terrain bruxellois. La notion de promotion de la santé est une notion difficile à s'approprier. Pour pallier à cette difficulté, la Ministre de la promotion de la santé en Communauté française, Nicole Maréchal, a proposé aux CLPS de la Communauté française d'impulser des Conférences Locales. Ces Conférences Locales poursuivent plusieurs objectifs dont celui de la réduction des inégalités sociales face à la santé. Pour le CLPS de Bruxelles, il est aussi une opportunité de faire se rencontrer les différents secteurs et associations extrêmement denses dans la région bruxelloise. Toutefois, il s'agit de rester modeste, le CLPS n'a pas l'ambition de réunir tous les partenaires mais de travailler sur un axe fédérateur : l'approche culturelle en tant qu'expression artistique et parole citoyenne.

Notre hypothèse : l'approche culturelle en tant qu'expression artistique et parole citoyenne est un axe mobilisateur et stimulant

Travailler à Bruxelles signifie côtoyer la richesse d'initiatives de la vie associative, rencontrer sur un mode pluriel le foisonnement des coordinations et dès lors, s'interroger continuellement sur le lien qui pourrait faire cohésion et sur l'apport des missions d'un Centre Local de Promotion de la Santé dans cet ensemble d'intérêts parfois corporatistes. La promotion de la santé reste une notion difficile à intégrer et si elle n'est pas réduite à celle " d'éducation à la santé " dans l'esprit de beaucoup, elle comporte une forte connotation médicale. Les Conférences Locales viennent ainsi à point pour donner sens à la notion de promotion de la santé : sortir du champs réducteur de la santé pour en donner une vision plus créative et dynamique. En travaillant dans une approche de santé communautaire, les notions de participation, de décloisonnement et d'intersectorialité

pourront être plus opérantes. Il s'agit de mettre à l'ouvrage ce concept de promotion de la santé. Mais comment et autour de quel axe fédérateur et rassembleur ?

Le CLPS de Bruxelles, par ces expériences antérieures, notamment le " Festival Drogues Pur Kultur " projet initié par l'asbl Projet Lama, a déjà eu l'occasion d'articuler la promotion de la santé avec la culture en tant qu'expression artistique. La culture ne constitue-t-elle pas aussi un des déterminants de la santé ? La promotion de la santé n'est-ce pas aussi prendre en compte la subjectivité que revêt pour chacun la notion de " santé " ? Relevons la réflexion d'un groupe de jeunes qui avait monté une dynamique santé au sein de leur quartier : " la santé pour une personne, c'est un tout, c'est l'épanouissement du corps, la libération de la parole, la réussite de la vie relationnelle, et la dynamique d'insertion. " (1)

Une définition qui ouvre des perspectives et nous renvoie à des notions essentielles ayant aussi attrait à la vie en société. Cette conception de la santé pose la question de la place de chacun, de l'espace donné à l'expression, qu'elle soit de l'ordre de la parole ou non, des moyens et des formes pour l'encourager à émerger et à se construire. Cette conception nous renvoie aussi à la reconnaissance de cette parole, des liens sociaux, du plaisir d'être ensemble mais aussi d'agir ensemble. **Peut-on alors explorer la piste qu'un projet et/ou une démarche d'ordre culturel constitue un levier à la construction d'une stratégie dynamique de promotion de la santé?**

La culture peut-elle permettre de dépasser " les discours " sur les inégalités sociales? Actuellement, on peut constater que le travail (emploi) ne joue plus le rôle de grand intégrateur. La notion et les représentations du travail comme unique mode de socialisation sont à considérer avec réserve. Se pose alors à l'individu, à chaque travailleur engagé dans l'action sociale (et peu importe comment on la

omme: promotion de la santé, culture, éducation permanente, enseignement) une série de questions. La plus récurrente: quelle place pour ceux qui vivent dans des conditions de fragilité sociale entraînant les maux les plus divers, en termes de santé, notamment ? En tant que professionnel de la santé, du social, ... ne privilégierons-nous pas "un discours sur", à propos des personnes plus fragilisées ?

En les excluant de l'espace de parole, n'est-ce pas réduire ces personnes à des objets de réflexion, à des " usagers " de nos projets?

Une question se pose : comment intégrer ces personnes dans un processus de réelle participation ? Par quel biais, respectueux de l'identité, faire émerger cette parole ? La santé communautaire apparaît comme une des approches pour susciter cette participation. C'est à la communauté qu'il appartient de définir ses besoins et de mener sa propre recherche pour identifier, proposer, construire des solutions. La santé communautaire ne peut s'inscrire que dans une dynamique de solidarité et de dialogue.

Il s'agit également de créer un contexte où la rencontre de l'autre et l'ouverture seraient à voir, non pas comme un risque à prendre mais comme une véritable chance de régénérer des conceptions trop figées.

La création artistique comme dynamique d'action où le langage tient une place.

Entendons par langage tout moyen d'expression, création et donc, prise de position. L'approche culturelle serait un moyen facilitant l'accession de l'individu à son émancipation, concourant à son bien-être et à sa qualité de vie. Elle permet de lui offrir une place et de tenir compte de ce qui est dit autrement. Peut-être est-ce là aussi le nouveau pari du débat démocratique.

De quelle participation s'agit-il ?

Que la culture soit un vecteur rassembleur qui fait lien est facilement compréhensible. La culture n'est pas une répétition de représentations, d'expériences uniquement soucieuses de divertissement. Nous souhaitons promouvoir une conception directement politique de la culture comme un espace d'échange,

de convivialité, de prises de positions critiques. Nous sommes conscients des limites, des impasses, des dérives que peut engendrer cette approche. Soucieux de création d'espaces conviviaux, sources d'identité et de reconnaissance, il reste à ne pas verser du côté de la démagogie et à ne pas instrumentaliser la culture. Si la culture peut jouer un rôle crucial dans la revitalisation de certains quartiers, dans des projets d'intégration et d'émancipation sociale, restons vigilants pour qu'elle ne fasse pas office de diversion d'une vraie parole. Nicolas Frize, musicien, met en garde contre cette tentation " faire des raccourcis en cherchant à compenser l'absence de pratiques citoyennes par des pratiques artistiques en laissant croire que les pratiques citoyennes consistent en des pratiques artistiques " (2)

Le concept de participation lié aux pratiques communautaires n'est pas exempt d'ambiguïté, de questions complexes notamment par rapport au pouvoir.

Dans quelle mesure les décideurs politiques et les professionnels sont prêts à ouvrir un espace de parole, de revendication, de partage de pouvoir ? Qu'est-ce que cela entraîne en terme de négociation, d' " altération " quant à un projet initial déjà structuré et peut-être trop cadenassé ?

Interrogeons-nous également sur la prégnance du discours " participatif " qu'on retrouve dans les secteurs les plus divers. Est-ce le nouveau masque qui cache les rapports de pouvoir ? La participation pose la question de la place de la population et du professionnel ; de la proximité entre les deux pouvant amener la confusion et empêchant une réelle implication des habitants et de leur parole.

Bien des questions se posent encore, de quoi alimenter la réflexion du groupe de travail et vous en dire plus d'ici quelques numéros.

*Bégonia Montilla, Patricia Thiébaud,
Catherine Vegairinsky
CLPS de Bruxelles*

(1) : Pratiquer la santé communautaire, de l'intention à l'action, Institut Théophraste Renaudot, édit. Chronique Sociale, 2001, p 44

(2) : N FRIZE : L'art, l'expression d'une citoyenneté dans Culture et Société, décembre 1996

Le désamiantage : vigilance et transparence s'imposent pour préserver la santé des travailleurs et des riverains face aux enjeux financiers

L'inhalation de fibres d'amiante est nocive. Elle peut, selon l'intensité et la durée de l'exposition, causer des maladies mortelles : lésions pleurales, mésothéliome, asbestose, maladies cardio-vasculaires liées, lorsque le cœur doit compenser l'insuffisance pulmonaire résultant de l'absorption des fibres. Dans tous les cas, la maladie ne se déclenche qu'après de nombreuses années. Il est dès lors hasardeux de fournir la preuve devant les tribunaux du lien de causalité entre l'exposition aux poussières amiantées et la maladie. Les entreprises peuvent espérer l'impunité. C'est pourquoi les associations de victimes de l'amiante se battent avec notre soutien pour introduire la notion de " faute inexcusable " dans le chef des entreprises d'amiante qui ne respecteraient pas la réglementation.

Les enjeux financiers charriés par le désamiantage sont énormes. Après le terrible incendie de l'Inno en 1964, on a truffé les nombreuses constructions des années soixante et septante d'amiante sous diverses formes, plus ou moins friables.

Après le scandale lié au désamiantage du Berlaymont en 1998, les entreprises spécialisées ont fait pression et, aujourd'hui, les chantiers de désamiantage en Région bruxelloise sont très réglementés, assurant à ces entreprises des débouchés sûrs pour de longues années à venir.

Le désamiantage doit se faire avec des précautions suffisantes pour protéger la santé des travailleurs et des riverains : zones de confinement, tenues de protection, sas pour les travailleurs et le matériel, conditionnement des déchets, évacuation et traitement pour éviter toute contamination future, mesures fréquentes de l'empoussièrement de l'air par des laboratoires agréés, etc.

Tout ceci coûte cher ; la tentation existe évidemment de s'affranchir des règles tout en facturant un désamiantage respectueux de la législation. Les pouvoirs publics doivent être particulièrement vigilants. Edicter une réglementation stricte ne suffit pas ; encore faut-il qu'elle soit respectée : visites fréquentes par des inspecteurs formés aux techniques de désamiantage, arrêt des travaux lorsque des infractions sont constatées, poursuite contre les entreprises fautives, etc. Il faut également que les pouvoirs publics informent et expliquent, sans dramatiser mais sans minimiser. C'est à cette condition que les ouvriers et les riverains de ces chantiers pourront être acteurs de leur santé et du respect des règles autour des chantiers.

Alain DAEMS
Député Ecolo

Quel avenir pour le secteur de la santé mentale à Bruxelles ?

Le groupe socialiste est inquiet. Le projet fédéral de nouvelle politique en matière de santé mentale sous la pression du lobby hospitalier flamand semble s'imposer. Il est juste de rappeler que le Ministre Tomas, lors de la précédente législature a résisté à cette menace.

Les acteurs de terrains, professionnels, familles, patients, plate forme... sont tous opposés à cette nouvelle politique.

Comment sommes-nous arrivés à cette situation ?

Le 24 juin 2002 le Ministre de la Santé de la Commission communautaire française, a signé une " Déclaration conjointe concernant la politique future en matière de soins de santé mentale ". Cette déclaration engage les ministres de la santé autant au niveau fédéral que communautaire et régional dans la mise en place d'une politique dont une des conséquences peut être la marginalisation du secteur ambulatoire bruxelloise.

A plusieurs reprises le groupe socialiste a interpellé le Ministre en charge de la santé, Willy Decourty a eu comme réponse en juillet 2000 que : " l'application de la modification de la loi sur les hôpitaux ne se fera pas au détriment du secteur de santé mentale ambulatoire en aliénant les patients à des circuits de soins obligatoires. S'il est vrai que dans une autre région du pays, l'on imagine un circuit de soins pour les patients schizophrènes, sachez qu'il s'agirait là d'un dérapage que je ne permettrais pas à Bruxelles. " (CRI de la séance de l'ACCF du 7 juillet 2000 p.11)

Après cette prise de position ferme et juste de soutien au secteur ambulatoire pourquoi alors le Ministre a-t-il signé le 24 juin 2002 cette Déclaration qui entérine le principe des circuits de soins ?

Que s'est-il passé entre juillet 2000 et juin 2002 pour que le Ministre change d'avis ?

Une signature qui donne l'ordre pour " une mort annoncée de l'ambulatoire bruxellois ".

Mahfoudh ROMDHANI
Député bruxellois
Président du Groupe PS à la COCOF

Inquiétude du CDh sur la prise en charge des seniors à Bruxelles

Depuis 1950, l'espérance de vie ne fait qu'augmenter. Les plus de 60 ans représentaient environ 15,9 % de la population totale. En 2000, ils étaient 22,1%. En 2050, ils seront 35,5% !

Notre société ne s'est pas préparée au vieillissement de la population. Aujourd'hui les personnes âgées souhaitent rester chez elles et retardent au plus tard le placement dans un home. Pour les seuls octogénaires, la Région bruxelloise doit songer à des formules de prise en charge d'ici 2007 pour 49.000 personnes.

Force est de constater que les services offerts pour permettre aux seniors de garder leur autonomie sont insuffisants. Tant l'offre de services de soins à domicile que les projets d'hébergement alternatif en sont les meilleurs exemples. Notre Assemblée attend toujours le projet de décret relatif aux structures d'hébergement pour personnes âgées qui devait être soumis au Collège en septembre 2002. Idem pour notre proposition de décret relatif aux centres de jour déposée en 1994 ! Et que nous espérons voir concrétiser avant notre propre pension.

Le gouvernement fédéral a augmenté les budgets pour les personnes âgées et dans un cadre de solidarité, les Régions et Communautés obtiennent une nouvelle marge qui pour la Région bruxelloise s'élève, en 2003, à 449.000 euros .

Nous souhaitons dans ce double contexte, le développement des Résidences services, des centres de soins de jour et d'accueil de jour sans oublier des innovations comme par exemple le concept anglais des Abbeyfields, basé sur une vie en communauté destinée à des personnes âgées autonomes.

Pour conclure, le Cdh souscrit à l'idée de l'instauration généralisée de conseil consultatif des personnes âgées au sein des communes. Ces conseils sont des lieux d'écoute et de parole des seniors qui non seulement permettront de mieux éclairer les responsables politiques mais qui permettront également aux aînés qui le souhaitent de rester des acteurs de la vie en commun.

Michel LEMAIRE
Chef du groupe Cdh à la Cocof

Agir pour la tuberculose :
Gratuité des soins pour les patients en difficulté sociale.

L'observatoire de la santé et du social fait état d'un net ralentissement de la décroissance de la tuberculose dû principalement à l'importation de cas en provenance de pays à forte endémie de tuberculose. A cela se rajoutent d'autres facteurs tels la paupérisation, le SIDA, la résistance aux médicaments anti-tuberculeux. En 2001, 352 nouveaux cas de tuberculose ont été déclarés à Bruxelles, ce qui représente un taux plus important que dans les deux autres Régions.

Il faut un contrôle clair et un traitement rapide des patients pour limiter la dissémination des bacilles dans la collectivité.

Cependant, certains patients sont incapables de prendre en charge les frais inhérents aux médicaments et au suivi médical : les patients sans couverture sociale adéquate, les demandeurs d'asile ou les personnes en séjour illégal pour lesquels l'Aide Médicale Urgente n'a pas été obtenue.

Aujourd'hui, la FARES, organisme de prévention, s'investit dans la prise en charge de malades tuberculeux sans couverture sociale adéquate pour pallier les carences du système de soins actuels, mais il convient d'agir au niveau fédéral.

Pour le groupe MR, il est urgent de :

- attribuer systématiquement et rapidement l'aide médicale urgente aux malades atteints de la tuberculose ;
- rendre plus accessible le Fonds de solidarité de l'INAMI pour les patients atteints de tuberculose à germe multirésistants ;
- prévoir la prise en charge par l'INAMI du remboursement (médicaments, examens) des tuberculeux mutuellisés, qu'ils soient couverts pour les petits risques ou seulement pour les gros risques.

Une résolution reprenant ces demandes sera déposée dans les assemblées bruxelloises.

Caroline PERSOONS
Présidente du groupe MR à l'ACCF

Annonces

► **Sex'Etera... un itinéraire d'information à la vie affective et sexuelle qui prend place dans un bus de 12 m de long et qui part à la rencontre des adolescents dans leurs milieux de vie...**

De quoi s'agit-il ?

Il s'agit d'une exposition qui prend place dans un bus de 12m de long. Elle est divisée en quatre modules qui abordent les thèmes suivants :

- les grands bouleversements de l'adolescence, l'identité sexuelle, le regard des autres,
- la relation amoureuse, les premières fois et les risques (grossesse non désirée, MST, sida...),
- la violence (sexisme, homophobie, violences sexuelles,...),
- le plaisir.

Différentes animations sont proposées dans chaque module (photolangage, DVD, témoignages,...). Chaque module peut accueillir 6 adolescents et un animateur maximum. Cette formule permet de les inscrire dans une démarche active, à même de favoriser les objectifs de la prévention et de l'autonomisation.

Pour quel public ?

Cette exposition s'adresse aux jeunes de 13 à 17 ans ; une tranche d'âge correspondant à l'adolescence, période de recherche affective et de questionnement sur le corps, l'identité, le sens des relations à l'autre, l'amour, la filiation,...

En pratique :

Le bus «Sex'Etera ...» est dès à présent, gratuitement, mis à la disposition des équipes éducatives. Il sillonnera toute la Province de Liège et ira à la rencontre des jeunes dans leurs milieux de vie : sur la place des villages, devant les maisons de jeunes, dans les écoles...

Pour tous renseignements :

Centre liégeois de promotion de la santé, En Hors-Château, n°7 à 4000 Liège

Tél : 04/237.05.35 - Fax : 04/237.05.95 - E-mail : promotion.sante@clps.be – Site : <http://www.clps.be>

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

► **Les 9 et 10 mai 2003 à Montréal : " Evaluation des initiatives communautaires intégrées : défis et stratégies ".**

Inscription : 150 \$ CAN

Pour obtenir le programme et le formulaire d'inscription :

E.mail : grave_ardec@uquam.ca

Fax : 011 1 514 987 84 08

► **Le 1er juin 2003 : Fête de l'environnement au Parc de Woluwé.**

Voici 5 ans que l'IBGE organise la grande Fête de l'Environnement le premier dimanche de juin. A côté des défenseurs de l'environnement et du développement durable, des stands de nourriture bio (ou autre), de boissons artisanales, différents spectacles de rues, interactifs, ludiques, musicaux et autres animent la Fête.

► **Avril-Juin 2003 : Travail social et développement communautaire, 6ème module de Form-Action destiné au travailleurs sociaux en Région wallonne et bruxelloise.**

7 avril 2003 : journée d'ouverture " Regards croisés sur le développement communautaire " à Namur

18,15 & 22 mai 2003 à Bruxelles : Communauté, participation et partenariat, trois clés de l'action communautaire

19 juin 2003 à Bruxelles : journée de clôture " L'action communautaire, entre illusions perdues et horizons à déployer "

Infos et inscriptions : FCSS (Fédération des Centres de Service Social)

Tél. : 02.223.37.74 E.mail : khamisa.achargui@skynet.be

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