

ÉDUCATION SANTÉ



NOVEMBRE 2016

327

*Aider les femmes victimes
de violences sexuelles*

Colette Barbier

UN MENSUEL AU SERVICE
DES INTERVENANTS FRANCOPHONES
EN PROMOTION DE LA SANTÉ DEPUIS 1978

www.educationsante.be

INITIATIVES

Femmes victimes de violences sexuelles : comment les aider à vivre après 'ça' ?

Colette Barbier

Le 9 mars dernier, l'ONG Le Monde Selon les Femmes, Médecins du Monde, Femmes et Santé, ainsi que le GAMS Belgique¹ organisaient un colloque international sur les pratiques mises en œuvre pour promouvoir l'empowerment des femmes fragilisées par les violences sexuelles. Six interlocutrices très engagées y ont présenté leurs associations respectives, ainsi que leurs modes spécifiques de prise en charge.

Le colloque nous a permis de découvrir, à côté de deux initiatives belges, des associations qui œuvrent en France, en Tunisie, en République démocratique du Congo (RDC) et au Canada. Leurs pratiques positives d'empowerment se déclinent soit sur le plan collectif, soit dans la relation individuelle. Elles valent le détour.

L'empowerment collectif

Canada - Le CALACS de Sept-îles

Ce Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) est un organisme communautaire autonome qui vient en aide aux femmes et aux adolescentes agressées sexuellement. Il a également pour but de sensibiliser et conscientiser la population à la problématique des agressions à caractère sexuel, d'obtenir des changements sociaux, légaux et politiques. Il existe actuellement 27 CALACS qui couvrent 16 régions du Québec.

« Les CALACS s'appuient sur l'intervention féministe pour aider les femmes à prendre conscience de l'oppression sociale qu'elles subissent, briser leur dépendance face aux rôles sexuels et reprendre du pouvoir sur leur vie personnelle, sociale et économique », explique **Martine Michel**, coordinatrice au CALACS de Sept-îles.

L'empowerment collectif s'appuie sur la dynamique de groupes de cheminement au sein desquels les femmes victimes de violences sexuelles partagent le même vécu et, souvent, les mêmes conséquences. « Ces échanges leur permettent de valider leur expérience, mais aussi leur manière de s'en sortir », témoigne la coordinatrice.

L'analyse féministe des agressions à caractère sexuel apporte aux femmes un éclairage et un sens à leur vécu qui prennent, pour elles, la forme d'une véritable révélation. Soulagées dans un premier temps, elles souhaitent ensuite partager cette révélation avec d'autres femmes qui traversent la même expérience. Le besoin d'écouter émerge également. Ces femmes deviennent alors des militantes qui passent du rôle d'aidées passives à celui d'aidantes actives. Un sentiment fort d'appartenance avec les CALACS apparaît chez elles. Si cet empowerment collectif a un impact collectif positif, il a aussi des effets personnels importants, comme l'augmentation de l'estime de soi, qui aident les survivantes dans leur processus de guérison.

En savoir plus : <http://www.rqcalacs.qc.ca/>

RDC - Si Jeunesse Savait

Créée en 2000 et basée à Kinshasa, l'association féministe *Si Jeunesse Savait* (SJS) encourage les moins de 30 ans à développer leur leadership sur leur corps, leur voix et l'argent. « Car ces trois éléments sont déterminants pour garder le contrôle de sa vie, en particulier pour les jeunes femmes », explique la coordinatrice de l'association, **Françoise Mukuku**. « C'est en explorant la question du leadership sur le corps que nous avons commencé à parler de la violence faite aux femmes. Le Congo est très connu pour les violences sexuelles, surtout celles liées aux conflits. »

Un travail important est consacré aux violences nées de la technologie. « Alors qu'internet et le téléphone mobile sont de formidables outils de communication, nous avons constaté que de

nombreuses femmes ne voulaient pas ou plus les utiliser. Certaines étaient harcelées via ces technologies. D'autres étaient empêchées d'y recourir par leur petit ami. D'autres encore ne voulaient pas de ce GSM que tentait d'imposer leur conjoint pour les contrôler. »

Des formes de violence, plus graves, sont apparues : « Des gars faisaient circuler sur le net et via le GSM des vidéos filmant leurs ébats avec leur amie, et on n'y voyait bien sûr qu'elle. »

Si Jeunesse Savait a donc entrepris de faire un travail sur ces formes de violence, leur impact psychologique sur les jeunes femmes, mais aussi sur leurs peurs. « Nous leur donnons, par exemple une formation sur la sécurité en ligne pour qu'elles se sentent plus à l'aise et qu'elles soient moins dépendantes des hommes quant à leur accès à la technologie. »

L'association sensibilise, par ailleurs, les intervenant(e)s auprès de survivantes sur ces nouvelles formes de violence.

Un site web communique les recours possibles face aux différents types de violence que subissent les jeunes femmes. Une plate-forme mobile a également été créée pour encourager les victimes de violences sexuelles à contacter les centres de prise en charge congolais.

En savoir plus : <http://mwasi.com/>

Belgique - Les ateliers artistiques du Collectif des Femmes de Louvain-La-Neuve

Les ateliers artistiques ont vu le jour suite à la Marche mondiale des femmes en 2000. Leur coordinatrice, **Roxana Alvarado**, artiste chilienne, est arrivée en Belgique avec sa famille après avoir suivi un parcours migratoire. Depuis,

¹ Le GAMS, Groupe pour l'abolition des mutilations génitales féminines a été créé en 1996. Son objectif est de lutter contre cette forme de violence faite aux femmes, tant en Belgique que dans le reste du monde. Internet : www.gams.be

elle tisse des liens entre la créativité, les femmes et les arts pluridisciplinaires. Elle réalise des activités centrées sur l'aspect esthétique et l'art comme moyen d'éducation au développement, comme vecteur de sensibilisation sociale et d'interaction entre les différentes cultures. Elle travaille également l'art-thérapie au niveau collectif et individuel.

Son travail d'art-thérapie s'insère dans le contexte du genre et de la santé mentale, et contribue à développer l'empowerment des femmes, en particulier celles victimes de violences sexuelles, morales et physiques. En ce sens, l'atelier est un espace de reconstruction destiné aux femmes ayant été cassées par la violence dans toutes ses expressions. Grâce aux interactions qu'il permet, le Collectif des Femmes, outre le fait d'aider les femmes à se reconstruire, les encourage à devenir actives dans le soutien à d'autres personnes.

Roxana Alvarado a organisé de nombreux ateliers d'art-thérapie en Afrique. « *J'y ai réalisé mes premiers travaux avec des victimes de l'excision. J'ai créé des ateliers d'histoires de vie car les femmes avaient besoin d'exprimer leur terrible vécu.* »

La militante a également fait des ateliers dans des prisons, comme dans ce centre de détention en Mauritanie où des femmes étaient emprisonnées et condamnées à la lapidation... pour avoir été violées !

Roxana Alvarado a notamment visité et soutenu des femmes incarcérées dans la prison de Conakry en Guinée où sont entassés pêle-mêle hommes, femmes, enfants, dangereux criminels, responsables du grand banditisme... Les prisonnières y sont violées par les gardiens, les détenus, les visiteurs. Et celles qui sont abandonnées par leur famille n'ont comme seul recours pour acheter leur pain que la prostitution.

En savoir plus : <http://www.collectifdesfemmes.be> et <http://www.roxanartiste.be/>

L'empowerment dans la relation individuelle

Belgique - La Free Clinic

À la Free Clinic, l'approche individuelle féministe met l'accent sur la promotion du pouvoir intérieur des femmes. À cette fin, elle s'appuie sur quatre éléments : « *Premièrement, nous essayons d'analyser avec la femme victime de violences sexuelles ce qui lui est arrivé en termes de*



Photo © Fotolia

domination afin qu'elle intègre la lecture de genre dans les violences sexuelles vécues », témoigne

Katinka In't Zandt, psychothérapeute à la Free Clinic et présidente du Monde selon les Femmes. « *Deuxièmement, nous aidons les femmes à élaborer des réponses stratégiques et d'empowerment à partir de leurs propres ressources que nous valorisons. Troisièmement, les intervenantes doivent poser des questions ayant trait aux violences sexuelles aux femmes qu'elles reçoivent.* » Car dans une intervention individuelle féministe, la lutte contre l'impunité et le silence est très importante. « *Enfin, nous veillons à promouvoir également l'empowerment professionnel qui consiste à s'occuper de soi-même, connaître ses limites, se former.* » L'accompagnement individuel se fait en deux temps. « *Lors de la première étape, nous faisons un état des lieux des violences vécues afin d'aider les femmes à en prendre conscience car certaines n'ont pas fait le lien entre leur souffrance et ce qui s'est passé. Cela s'explique par la stratégie des agresseurs qui isolent, dévalorisent leur victime, inversent la culpabilité pour assurer leur impunité et imposer leur contrôle. Les victimes pensent, d'autre part, être seules à vivre une telle situation. Il faut donc commencer par déconstruire tout ce conditionnement et expliquer aux femmes que la violence conjugale est un fléau qui fait de nombreuses victimes, et qu'elles peuvent créer des liens entre elles.* »

Vient ensuite la deuxième étape : « *Au cours de celle-ci, nous aidons la femme à chercher des réponses à partir de ses propres ressources et du travail des réseaux.* »

En savoir plus : <http://www.freeclinic.be/>

France - L'association Mémoire traumatique et victimologie

En mars 2015, l'association *Mémoire traumatique et victimologie* a réalisé, en France, l'enquête ‘Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte’ afin d'étudier les trajectoires des personnes victimes de violence et leur accès au système de santé. S'inscrivant dans le cadre de la campagne *Stop au Déni* de l'association, lancée en 2014, l'enquête vise à améliorer l'identification, la protection et la prise en charge des victimes de violences par une meilleure information du public et par la formation des professionnels impliqués. Elle a aussi comme objectif de promouvoir la connaissance et la compréhension des conséquences des violences. L'enquête a été menée auprès de 1.214 victimes de violences sexuelles âgées de 15 à 72 ans, dont 1.153 femmes et 61 hommes.

Les résultats démontrent clairement une situation d'urgence sanitaire et sociale. Ils mettent une nouvelle fois en lumière le déni et la loi du silence qui règnent presque toujours en maître autour des violences sexuelles, les rendant du coup difficiles à chiffrer.

Autre élément saillant et fort préoccupant qui explique en partie pourquoi ce type de violence est frappé du sceau de l'omerta : les enfants sont les plus touchés par les violences sexuelles. Ainsi, « *un récent rapport de l'OMS souligne que 20 % des femmes et 5 à 10 % des hommes dans le monde disent avoir subi des violences sexuelles pendant leur enfance* », rapporte **Laure Salmona**, coordinatrice de l'enquête.

Quel que soit l'âge des victimes, l'enquête montre que les sphères familiales et amicales constituent le contexte le plus favorable aux

violences et le plus grand réservoir d'agresseurs. Les violences sexuelles font partie des pires traumas, et faute de dépistage systématique, de protection et de soins appropriés dispensés par des professionnels formés, elles auront de lourdes conséquences sur la vie et la santé des victimes. Or, la gravité de ces violences ne paraît pas être suffisamment prise en compte par les proches et les professionnels. Le droit des victimes à bénéficier de soins, d'informations, de protection et de justice leur est régulièrement dénié.

« Le suicide est la conséquence la plus dramatique des violences sexuelles, ceux et celles qui ont mis fin à leurs jours ne sont malheureusement plus là pour en parler », assène le rapport.

42 % des répondants disent avoir déjà fait au moins une tentative de suicide, certains en ont fait plus de 10, quelques-uns plus de 20. Ces tentatives de suicide ont parfois eu lieu dans l'enfance. Le risque de tentative de suicide est 7 fois plus élevé chez les répondants que dans la population générale. Une victime de viol parinceste sur 2 a tenté de se suicider.

Les professionnels de santé sont le premier recours des victimes de violences sexuelles. Ils sont les mieux placés pour mettre fin au cycle des violences et de leurs conséquences en informant, en accompagnant et en soignant les victimes. Les recommandations du rapport visent donc en priorité à mettre les personnes victimes de violences au cœur du système de soins, mais aussi à améliorer leur protection et à prévenir la survenue des violences sexuelles.

Pour en savoir plus sur l'enquête et les recommandations :

https://dl.dropboxusercontent.com/u/3521673/Rapport-enquête-AMTV_mars-2015_BD.pdf

Pour en savoir plus sur ce sujet :

<http://stopaudeni.com/>

<http://www.memoiretraumatique.org/>

Tunisie - Le Centre d'assistance psychologique (CAP)

Inauguré en 2012, le CAP est le seul centre tunisien à prendre en charge des femmes victimes de violences sexuelles dans le cadre de la violence conjugale, ainsi que des enfants victimes de violences diverses. Le CAP fait partie de l'Office national de la famille et de la population en Tunisie (ONFP), lui-même étant sous la tutelle du Ministère de la Santé.

« Si la plupart des femmes victimes de violences sont conscientes de subir des violences physiques et verbales, elles ne perçoivent bien



souvent pas la violence sexuelle dont elles sont l'objet, cela malgré le fait de souffrir de troubles liés à cette forme de violence », atteste **Insaf Charaf**, psychologue clinicienne au CAP, se faisant l'écho de ses conseurs venues prendre la parole lors du colloque.

Cette non-reconnaissance des violences sexuelles subies s'explique en partie par les normes et les croyances majoritairement répandues en Tunisie : « *Le contexte social et culturel, lui-même, ne reconnaît pas le viol conjugal et la sexualité forcée car, dans le cadre du mariage, l'homme a le droit de faire ce qu'il veut à sa femme* », indique la psychologue. S'ajoute à cela le fait que la violence sexuelle reste un sujet tabou, en Tunisie également.

En outre, « *le concept de viol doit être révisé dans la loi tunisienne* », souligne Insaf Charaf. « *La loi considère en effet que le viol est la pénétration vaginale par le pénis de l'homme. Rien d'autre. Toute autre agression sexuelle est qualifiée d'atteinte à la pudeur et est moins pénalisée que le 'viol'. Et malgré le fait que le code pénal reconnaît la violence conjugale comme un crime depuis 1993, elle reste perçue comme une affaire privée dans laquelle la police refuse d'intervenir.* »

Autre difficulté : les femmes sont coincées par des stéréotypes sociaux selon lesquels une femme ne divorce pas, doit vivre avec un homme, et les enfants doivent grandir avec leurs deux parents réunis.

Face à cette réalité, la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales et sexuelles réalisée par le CAP se fait tant sur le plan de la psychothérapie et que sur celui de l'empowerment. L'accompagnement doit être mené de manière à tenir compte de l'évolution psychique de la femme, de son niveau de

lucidité par rapport aux violences subies et de la dynamique du couple. « *Il est impératif d'évaluer les stratégies de domination du conjoint et également la sécurité de la femme et des enfants* », souligne avec insistance Insaf Charaf. Un accompagnement se fait également sur le plan judiciaire et en matière de réinsertion socio-professionnelle. Autant de démarches qui encouragent les femmes à développer leur prise de conscience, leur esprit critique, à gagner du pouvoir et de l'autonomie.

« Même si le législateur ne reconnaît pas la violence sexuelle dans le cadre du mariage, toute femme qui porte plainte et agit pour défendre ses droits peut contribuer à faire revoir le code pénal et signer la loi intégrale de la lutte contre les violences faites aux femmes », affirme Insaf Charaf. « Jusqu'à présent, le législateur refuse de reconnaître ces violences parce qu'il est soumis à la pression des partis islamistes. »

En savoir plus :

<http://www.onfp.tn/violence/assistance.htm>

S'il apparaît à travers ces témoignages que le chemin est encore long pour que les violences sexuelles diminuent de manière significative, les initiatives présentées par les interlocutrices montrent qu'il est réellement possible de changer cette insoutenable réalité à laquelle sont vraisemblablement confrontées beaucoup plus de personnes qu'on ne le croit, parfois à des âges très jeunes. Comme cela a été souligné, une prise de conscience est nécessaire au niveau collectif et individuel. Elle doit être conjuguée à une volonté sincère, et notamment politique, de faire changer les choses. Deux caractéristiques fondamentales de l'engagement féministe. Merci beaucoup, Mesdames !

L'audition des jeunes et leurs comportements en matière d'exposition sonore en province de Luxembourg

Annick Melchior, chargée de projets

De janvier 2013 à juin 2014, l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg, en collaboration avec le Service de Promotion de la Santé à l'École a réalisé une enquête sur l'audition des jeunes et leurs comportements en matière d'exposition sonore dans le cadre scolaire et des loisirs. Si la thématique des risques auditifs n'est pas nouvelle, elle reste en effet d'actualité : l'écoute de la musique tient une place importante dans les pratiques culturelles des jeunes et les technologies liées à l'écoute de la musique ne cessent d'évoluer.

Le but poursuivi

L'objectif de cette enquête était de récolter des données utiles au développement de projets de prévention des risques auditifs chez les jeunes. Il s'agit de la première enquête de ce type au niveau belge.

La population ciblée

L'enquête a porté sur des élèves de 6^e primaire et de 4^e secondaire scolarisés en province de Luxembourg. Elle a été réalisée dans le cadre des bilans obligatoires de santé. Au total, 1.155 élèves ont participé : 1.141 ont été inclus dans l'analyse du questionnaire et 820 dans l'analyse du test d'audition. Les échantillons étaient dans les deux cas représentatifs au niveau du sexe, de l'année et de la section d'enseignement.

Les données collectées

L'enquête comportait un test d'audition et un questionnaire. Le test auditif visait à établir le seuil d'audition pour les fréquences 500, 1.000, 2.000, 3.000, 4.000, 6.000 et 8.000 Hz. Le questionnaire interrogeait les élèves sur leur connaissance des effets du bruit sur la santé et des risques pour l'audition, sur leurs antécédents de fatigue auditive (acouphènes, hypoacusie, etc.), sur leurs antécédents sur le plan oto-rhino-laryngologique, sur leurs pratiques et habitudes en matière musicale (concerts, bals et boîtes de nuit, pratique d'un instrument de musique, lecteur MP3), sur leur pratique de loisirs potentiellement à risque pour l'audition, sur leur exposition dans le cadre scolaire et sur l'adoption de comportements de protection.



Photo © Fotolia

Les principaux résultats

La grande majorité des jeunes examinés (96 %) présentaient une audition normale. L'enquête a cependant montré que de nombreux facteurs sont associés à de moins bons résultats audiométriques, à savoir : l'âge (les plus jeunes), le fait d'être une fille, l'ignorance des effets du bruit sur la santé, les antécédents ORL, la répétition de signes de fatigue auditive, l'utilisation d'un lecteur de musique personnel à un volume élevé et le port de protections auditives.¹ Certains de ces résultats concordent avec la littérature (antécédents sur le plan ORL, répétition de signes de traumatismes sonores, utilisation d'un lecteur de musique à un volume

élevé), alors que d'autres diffèrent (âge et sexe où l'inverse est habituellement constaté). Cette enquête nous a également permis de dresser une série de constats interpellants : une majorité de jeunes ignorent les effets du bruit sur la santé ; des proportions importantes de jeunes ont déclaré avoir déjà ressenti des signes de fatigue auditive ; une faible proportion de jeunes ont consulté un médecin (généraliste ou ORL) lorsqu'ils ont ressenti de tels signes ; une part non négligeable de jeunes ont déclaré écouter leur lecteur de musique plus d'une heure par jour et/ou à un volume élevé ; une majorité de jeunes ont déclaré ne s'être jamais protégé les oreilles du bruit.

¹ Ce dernier facteur peut sembler paradoxal. L'hypothèse la plus plausible à nos yeux est la suivante : une part des élèves qui déclarent s'être déjà protégé les oreilles ont peut-être déjà connu des problèmes auditifs (liés à une surexposition sonore ou non). Ils seraient plus conscients des risques et donc plus 'ouverts' à la sensibilisation. C'est l'hypothèse formulée dans l'article suivant : Bogoch Isaac I., House Ronald A., and Kudla Irena, Perceptions about hearing protection and noise induced hearing loss of attendees of rock concerts. Canadian Journal of Public Health, 2005. 96(1): p. 69-72.

Nous n'avons cependant pas pu confirmer cette hypothèse : nous avons en effet croisé cette donnée avec l'occurrence à laquelle les élèves ont déclaré avoir déjà ressenti des signes de fatigue auditive, mais l'analyse statistique n'a pas montré de différence significative.

L'autre explication toujours possible est une mauvaise compréhension de la question.

Enfin, cette enquête a également montré que pas mal de jeunes ont des pratiques qui peuvent potentiellement représenter un risque pour leur audition : fréquentation régulière des bals et/ou boîtes de nuit, pratique d'instruments amplifiés, pratique d'instruments en groupe, utilisation régulière d'un lecteur de musique, pratique de loisirs à risque, exposition au bruit dans le cadre scolaire.

Et maintenant ?

Pour diminuer la prévalence des pertes auditives et la prévalence et la fréquence des signes de fatigue auditive, il nous semble pertinent de focaliser les actions de prévention à venir sur les objectifs suivants :

- favoriser une gestion sonore de qualité dans les lieux de diffusion des musiques amplifiées (salles de concert, discothèques, bals...);
- améliorer la connaissance des effets du bruit sur la santé, en particulier chez les plus jeunes, l'enquête ayant montré que les 6^e primaires

- ont une moins bonne connaissance que les 4^e secondaires ;
- favoriser le recours à un médecin (généraliste ou ORL) en cas d'effets ressentis suite à une surexposition sonore, l'enquête ayant montré que ce réflexe est peu répandu alors qu'il est généralement conseillé de consulter dans les 24 heures ;
- diminuer la proportion de jeunes écoutant leur lecteur de musique à un volume élevé, l'enquête ayant montré qu'une proportion non négligeable de jeunes écoutent leur lecteur de musique à un volume important ;
- favoriser l'adoption de comportements de protection, l'enquête ayant montré que plus de la moitié des jeunes ne s'est jamais protégé les oreilles du bruit.

Ces objectifs seront atteints par le développement d'actions visant à améliorer les comportements (actions d'information, de sensibilisation et d'éducation), mais aussi l'environnement dans lesquels évoluent les jeunes (formation des

acteurs du milieu festif, gestion sonore limitant les risques, mise à disposition de protections auditives, salles de *chill out* permettant de faire des pauses, affichage des niveaux sonores, etc.), et la réglementation en la matière. Ces actions seront envisagées en concertation avec les acteurs des secteurs de la santé, de la culture, de la jeunesse et de l'enseignement.

Les résultats sont disponibles sur simple demande auprès de l'Observatoire de la Santé (obs.sante@province.luxembourg.be) ou sur le site internet de la Province de Luxembourg : <http://www.province.luxembourg.be/fr/l-audition-des-jeunes-en-province-de-luxembourg-resultats-de-l-enquete.html?IDC=4347&IDD=76607#.VynlrOlf3IU>

Éducation Santé reviendra prochainement sur un autre aspect de la question, l'aménagement des écoles pour prévenir les pollutions sonores et les difficultés d'apprentissage chez certains élèves.

Se rencontrer, se rassurer, évoluer... Une journée de défis pour l'ONE et la Promotion de la Santé à l'École

Sophie Lefèvre, chargée de communication Direction Santé ONE

La sixième réforme de l'État et ses conséquences au niveau de la répartition des compétences santé intra-francophones, n'ont (presque) plus de mystère pour les professionnels. Ils n'ignorent pas que la vaccination, les dépistages néonatals, la promotion de la santé buccodentaire et la PSE (Promotion de la Santé à l'École) n'ont pas été transférés aux régions.

Ces matières sont restées sous la tutelle du Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles mais sont dorénavant gérées par l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) et non plus par le Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles via sa (défunte) Direction générale de la Santé.

Un nouvel interlocuteur donc pour les professionnels de la PSE, qui a saisi l'occasion, lors d'une première journée de formation organisée le 8 septembre 2016 pour le secteur, de se présenter et de rassurer.

Rien ne change... ou presque

Le rôle de l'Office est, comme l'était celui de la Direction générale de la Santé, de procéder

à l'agrément des services PSE, d'en gérer les subventions et d'en assurer l'accompagnement et le contrôle selon les modalités prévues par les décrets en vigueur et leurs arrêtés d'exécution. Il assure de même le secrétariat de la Commission de la Promotion de la Santé à l'École. Cependant, outre ces aspects administratifs, l'ONE veille également à la formation continuée du secteur et lui fournit un accompagnement, entre autres, au niveau scientifique et de la médecine préventive. Pour ce faire, il continue à collaborer avec les Services communautaires de promotion de la santé (SCPS).

Une nouvelle équipe, issue du personnel transféré de la Fédération Wallonie-Bruxelles, a été constituée au sein de l'ONE pour former la

Direction de la Promotion de la Santé à l'École. Son rôle est de poursuivre les missions liées aux subventionnements, à l'agrément et à la gestion administrative et financière du secteur. Elle trouve sa place dans l'organigramme de l'ONE au sein du Département de l'Accompagnement.

Conjointement à la Direction de la Promotion de la Santé à l'École, la Direction Santé de l'ONE a été renforcée afin d'appuyer le travail des équipes sur le plan médical, scientifique et d'éducation/promotion de la santé.

Un médecin coordinateur, une assistante administrative, une référente éducation pour la santé ainsi que trois médecins conseillers¹ constituent la base de ce pôle ; il est complété par des expertises du pôle 'Recueil de données

¹ Indépendants prestant 12h/semaine.

sanitaires', du pôle 'Politique de vaccination', du pôle 'Communication-formation-information' et du secrétariat de la Direction Santé.

Leurs missions consistent, entre autres, à proposer des orientations en matière de santé publique et de promotion de la santé, à collaborer à l'élaboration de lignes directrices et de recommandations de bonnes pratiques fondées sur les preuves, à rendre des avis sur les questions médicales, à organiser des échanges de pratiques entre services et des journées de formation continuée etc.

L'ONE a la volonté de continuer les partenariats existant précédemment et les différentes collaborations avec le secteur, que ce soit la Commission de la Promotion de la Santé à l'École bien sûr, les différents Services Communautaires, Provac ou la Fondation pour la santé dentaire par exemple.

Le premier défi que l'ONE a dû relever et qui est, il l'espère, sur le point d'aboutir, est de toiletter les textes législatifs afin d'adapter l'existant au nouveau contexte dans lequel la promotion de la santé à l'école s'inscrit maintenant. Le texte du projet de nouveau décret réalisé par l'ONE, en concertation avec la Commission de la Promotion de la Santé à l'École, se trouve actuellement sur la table de la nouvelle ministre en charge de l'Enfance, **Alda Greoli**.

Et qu'en pensent les représentants du secteur ?

La Promotion de la Santé à l'École ne fut pas en reste pour présenter ses inquiétudes et ses espérances.

Car si apprendre à se connaître demandera sans doute un peu de temps, le secteur de la Promotion de la Santé à l'École et l'Office partent avec l'avantage, selon **Fabienne Henry**, présidente de la Commission PSE, de partager des valeurs communes. Elles se traduisent par le souci de veiller à la santé des jeunes et des enfants, le souci de les aider à promouvoir leur capital santé et le souci, autant que faire se peut, de réduire les inégalités sociales de santé. Ayant évolué dans la même direction en passant d'un modèle biomédical à une conception holistique de la santé des enfants et des jeunes, et portant une attention aux déterminants sociaux de celle-ci, il est possible pour les deux partenaires de construire ensemble autour de ces valeurs communes. Néanmoins, selon Fabienne Henry des défis s'annoncent : assurer plus d'homogénéité organisationnelle dans le secteur (tous les



Photo © Fotolia

services et les centres doivent assurer les mêmes missions), trouver des solutions au problème récurrent de pénurie de médecins et d'infirmiers au sein des services PSE, réaliser une évaluation objective pour rendre compte de la diversité des modalités et de l'intensité de la réalisation des missions pour construire et essayer d'améliorer la situation sur le terrain.

Autre défi important, l'actualisation du décret et de ses arrêtés d'application. Plusieurs points doivent être revus : le cadre légal de la visite d'école, l'harmonisation des pratiques (notamment des pratiques vaccinales)...

Enfin, il serait nécessaire de repenser le recueil standardisé des données sanitaires (qui doit s'inscrire dans l'ensemble des systèmes de récolte de données existants), de se donner les moyens d'assurer la continuité du service et de ses qualités de prestation, de remettre au sein des services une direction médicale spécifiquement rémunérée comme référent médical permanent, et de réaliser une analyse des besoins de formations de base et continuée. La population scolaire change, la Promotion de la Santé à l'École doit toujours s'adapter, réfléchir à de nouvelles stratégies !

Se revoir

Cette première journée de formation, organisée en partenariat avec le Service Communautaire Question Santé, avait le triple objectif de rencontrer le secteur, de mieux se connaître et d'aller plus loin sur des thématiques pouvant être utiles aux professionnels.

Pour ce faire, plusieurs intervenants sont venus faire le point sur leur recherche : l'**APES-ULg** a

présenté quelques résultats de ses travaux sur les projets de service ; le professeur **Szmałec** a abordé les caractéristiques des cerveaux bilingues ; le Dr **Sonck** est venu exposer la recherche action réalisée par l'ONE sur le soutien au développement du langage, tandis que le professeur **Maillart** faisait état de l'avancement de ses recherches sur les freins et les soutiens à l'acquisition du langage chez les enfants fréquentant l'enseignement maternel...

Enfin les médecins inspecteurs d'hygiène des deux régions sont venus faire le point sur les modalités de coopération pour les Services PSE depuis la régionalisation de la surveillance des maladies infectieuses.

In fine, la journée, riche en rencontres et en échanges, a permis à chacun d'exprimer ses questionnements mais également ses éventuelles inquiétudes suscitées naturellement par le changement. Chacun a pu retourner chez lui avec à tout le moins l'assurance que l'intégration de la promotion de la santé à l'école dans les missions de l'ONE est au fond un gage d'approfondissement de la cohérence du continuum du suivi des enfants, des consultations prénatals à l'école. Si la nouveauté peut générer des angoisses, la volonté de l'Office est de continuer à offrir un support quotidien au secteur, pas seulement au niveau administratif mais également par un accompagnement de qualité tout en tenant compte de ce qui existe déjà et des partenaires présents. De telles journées sont amenées à se réaliser régulièrement. Elles souhaitent répondre aux attentes de formation continuée du secteur et prendront en compte besoins et suggestions.

RÉFLEXIONS

Tisser les fils de la société

Seconde partie – Justifier l'État-providence¹

Christian Léonard²

Dans un article précédent³, nous avons défendu la thèse que les politiques de réduction du rôle de l'État n'étaient pas directement justifiées par les crises financières et économiques. Ces dernières ne sont que des 'excuses' pour appliquer des recettes d'inspiration dogmatiques.

Nous avons aussi défendu l'idée que ces mesures d'austérité ne pourront être pérennisées sans une forme de légitimation des raisons invoquées par leurs initiateurs. Nous avons identifié le 'primat de la croissance économique' comme première raison et avons repéré trois types de défis (écologique, systémique et anthropologique) auxquels les thuriféraires de la croissance devront faire face même si tous les citoyens ne devraient idéalement pas rester indifférents au déroulement et à l'aboutissement de cette joute. Le présent article est consacré à l'autre justification des mesures de réduction de la place de l'État : la critique de l'État-providence qui va elle aussi s'accompagner de défis à relever. Nous adressons pour terminer quelques recommandations aux professionnels de la science économique qui ne peuvent, au regard de l'enjeu, garder les yeux rivés sur leurs modèles en espérant que la réalité se décide enfin à en respecter les hypothèses fondatrices.

Légitimation d'une solidarité réduite

C'est confronté aux mesures d'austérité que l'individu est susceptible de prendre conscience du rôle que joue la solidarité. Nous avons déjà expliqué que la critique fondamentale néolibérale à l'égard de l'État-providence consiste à réfuter la compatibilité entre solidarité et responsabilité (Léonard, 2015). Le discours est relativement bien rôdé, des individus libres et donc responsables doivent assumer leurs choix et

ne pas en faire subir les conséquences aux autres. Toutefois, chacun pense que ce sont les autres qui méritent d'être 'responsabilisés', sanctionnés pour leur comportement incivique ; les fumeurs, les alcooliques, les sédentaires, les obèses, les chômeurs, les actifs qui pratiquent un sport à risque, les patients 'non-compliants'... En fait pas mal de monde alors que chacun est convaincu de ne pas être concerné, même si cela devrait relever de la mauvaise foi pour celles et ceux qui, par exemple, se verront prescrire une activité physique par leur médecin⁴. Étrange manque de lucidité à l'égard de soi-même quand il s'agit d'admettre nos 'défaillances'.

Tout aussi étrange cette certitude qui nous habite quand nous estimons nos propres mérites 'positifs', quand nous sommes convaincus que nous méritons notre salaire⁵, notre situation sociale, notre conjoint... Les mesures de 'pseudo-responsabilisation' peuvent alors être prises dans tous les domaines de l'existence puisqu'elles ne concernent que les autres. Aussi longtemps que nous ne percevons pas que nous sommes également touchés par les réductions du champ de la solidarité, nous nous contentons de déplorer que les mailles du filet de protection sociale s'élargissent. Vient alors le moment où ce filet ne retient pas un proche, ou nous-mêmes, et la lumière se fait sur le processus qui est à l'œuvre. Nous verrons plus loin qu'une attitude de 'care' des uns vis-à-vis des autres est susceptible de

nous éviter cette désagréable surprise, mais imaginons un instant qu'une masse critique au sein de la population vive ces dénis de solidarité, imaginons alors les défis auxquels la société devra faire face. Les solutions qui émergeront des lieux de confrontations vont, tout comme pour la légitimation de la croissance, constituer les nouvelles bases de la société. Nous allons voir que, tout comme le renoncement à la croissance a un prix, à nos yeux justifié, le maintien de la solidarité exige que nous assumions les réelles responsabilités consubstantielles à une liberté légitimement revendiquée.

Le défi technologico-éthico-médical

Notre analyse est focalisée sur les soins de santé mais c'est bien l'ensemble des domaines de l'existence qui sont touchés par les mesures d'inspiration néolibérales. Les soins de santé, nous l'avons déjà souligné, sont toutefois un 'lieu' particulier où l'on retrouve la plupart des sentiments humains mais aussi la plupart des possibles expérimentations d'ordre politique, économique, sociologique, psychologique... Parce qu'il s'agit d'un des biens les plus précieux avec l'amour, la santé concentre les tensions, les déchirures, les craintes, les espoirs, la vie finalement jusqu'à ses derniers instants. La manière d'entrer en colloque singulier avec son médecin, mais aussi d'en sortir, la relative difficulté ou facilité avec laquelle on passe au travers des tracasseries administratives et financières avec son assureur ou l'institution de soins,

¹ Cet article est fondé sur une communication effectuée lors du colloque 'Recherche et régulation', qui a eu lieu à Paris. Je remercie les participants à l'atelier 'Crise du système de santé' pour les commentaires qui ont permis d'améliorer cet article

² L'auteur est Directeur général adjoint du KCE, Professeur invité à l'UCL, Maître de conférences à l'UNamur et Professeur à la HELHa, il s'exprime en son nom personnel, ses propos n'engagent nullement les institutions auxquelles il appartient.

³ Voir dans le numéro précédent de cette même revue notre article 'Tisser les fils de la société. Première partie – Combattre le primat de la croissance', <http://educationsante.be/article/tisser-les-fils-de-la-societe/>.

⁴ En effet, un amendement à la loi santé française allant dans ce sens, proposé par l'ex Ministre des sports Valérie Fourneyron, a été adopté le 10 avril 2015 à une large majorité (Cabut et Santi, 2015).

⁵ Selon une enquête récente de PwC, 50 % de 882 Belges interrogés estiment qu'ils ne sont pas bien récompensés de leurs effets, ils étaient 40 % en 2013 (PricewaterhouseCoopers (PwC), 2014a).

vont déterminer l'existence qu'il nous est permis de vivre.

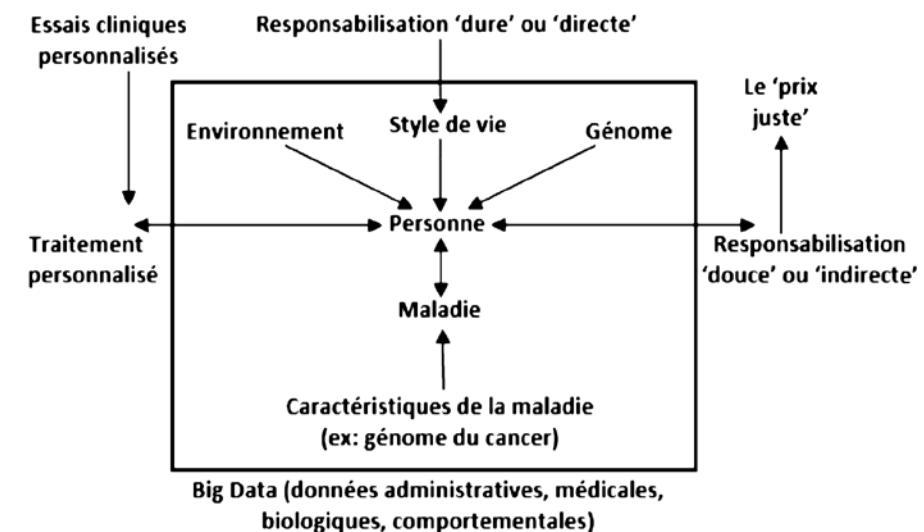
Au centre du défi médical, nous identifions la dyade personne-maladie. Dyade, car il nous semble que les deux éléments sont particulièrement interconnectés mais aussi parce qu'ils doivent, pensons-nous, rester différenciés afin d'éviter que la personne ne soit réduite à un patient, lui-même identifié à sa maladie.

D'essentiellement médical, le défi est devenu 'technologico-médical' en raison des multiples rôles que peuvent jouer les nouvelles technologies dans la détection des maladies, leur prévention et leur traitement. La figure 1 illustre en quoi le traitement de la 'personne-maladie' devient de plus en plus personnalisé. La connaissance du génome humain, objet de nombreuses convoitises⁶, peut-être combinée à celle de la pathologie et dans le cas d'une tumeur, sa caractérisation génomique est de nature à affiner les thérapies proposées.

Avant de penser à traiter, on peut évidemment détecter les risques, c'est-à-dire procéder à des tests de dépistage, qui confirment ou infirment la présence d'une pathologie. On peut également procéder à des tests prédictifs tels que ceux qui ont amené Angelina Jolie à décider de subir une mastectomie bilatérale car elle avait appris que ses gènes BRCA1 étaient l'objet d'une mutation signifiant un risque très élevé de cancer du sein. Si l'on ajoute à ces connaissances extrêmement pointues relatives à la génomique, les informations concernant le style de vie et l'environnement de la personne, on atteint un niveau de connaissance dont certains n'hésitent pas à dire que l'on « pourra faire en sorte qu'un citoyen ne devienne pas un patient»⁷. C'est ce que promet finalement Google qui a annoncé le 18 septembre 2013, la création de Calico, société qui va œuvrer à l'allongement de l'espérance de vie en franchissant les frontières du transhumanisme que Google soutient en parrainant une institution qui forme des spécialistes en NBCI⁸ (Alexandre, 2013).

C'est toujours Google qui va lancer la 'Baseline Study' qui consistera à séquencer le génome de 10.000 volontaires dans

Figure 1 : Schématisation des défis technologico-médical et sociétal liés à la légitimation de la réduction de la solidarité



le monde et à suivre toutes les données possibles sur leur état de santé. À terme, il s'agit de proposer, en partenariat avec Novartis et Biogen, des innovations telles que des lentilles de contact qui en plus de corriger la vue, analysent en permanence le taux de sucre ou des nanocapteurs qui repèrent les cellules cancéreuses dans le sang (Hecketsweiler, 2015b).

Le discours est relativement bien rôdé : des individus libres et donc responsables doivent assumer leurs choix et ne pas en faire subir les conséquences aux autres.

On peut imaginer que les essais cliniques randomisés 'traditionnels' vont laisser la place progressivement à des 'essais cliniques personnalisés' concernant quelques personnes (Cabut et Santi, 2013), chacun devenant finalement porteur d'une 'maladie rare'. Afin de 'parfaire' l'identité médicale

du futur ex-patient les très nombreuses applications informatiques existantes et en développement apporteront demain la touche finale à la levée totale de l'intimité humaine au travers d'un Big Data qui pourrait à terme connecter des données administratives, médicales et comportementales. On nous promet un changement de paradigme du 'curatif' au 'préventif' mais au vu de l'importance du secteur de la e-santé, estimé à 2,4 milliards d'euros en 2012⁹, on ne doit pas s'attendre à une remise en question du paradigme de la croissance et du capitalisme. Mais ne nous laissons pas distraire par des considérations bassement matérielles : comment résister à ce monde merveilleux qui vous promet la vie quasi éternelle pour autant que nous ouvrions notre cœur et tous nos autres organes à l'appétit pantagruélique de super ordinateurs qui, dans le cas très improbable d'une maladie, proposeront à notre médecin le remède sur-mesure à la place des pilules prêt-à-porter actuelles censées convenir à tout le monde, donc à personne ? On serait abusivement optimiste en pensant que la personne, cet humain que **Jean-Jacques Rousseau** distinguait de l'animal grâce à sa liberté¹⁰, refuserait de céder les secrets de son existence contre quelques années de vie.

⁶ Début janvier, Roche a acquis pour 800 millions d'euros une participation majoritaire dans Foundation Medicine <http://www.foundationmedicine.com/>, une société américaine partiellement financée par Google et spécialisée dans l'analyse génétique (Hecketsweiler, 2015a).

⁷ Voir l'interview du Directeur solutions et marchés émergents de l'éditeur de logiciels SAS (Caulier, 2014)

⁸ NBCI – Nanotechnology Business Creation Initiatives

⁹ Ainsi qu'un taux de croissance annuel de 4 à 7 % à l'horizon 2017 (Henri, 2014), p. 7. Document émanant du Think Tank 'Renaissance Numérique' qui se définit comme « un lieu d'échanges, de réflexion, d'expertise et de production d'idées et de projets qui contribue à éclairer les citoyens et les décideurs, dans le sens de l'intérêt commun au travers d'un projet éducatif, scientifique, culturel et social ». <http://renaissancenumerique.org/think-tank/presentation>

¹⁰ Voir notamment (Rousseau, 2008), p. 79.

En effet, selon une enquête de PwC réalisée en mai 2014 auprès de 9.281 personnes au niveau mondial, 67 % des répondants seraient prêts à placer un capteur dans leur voiture ou leur maison si cela pouvait générer une réduction de primes d'assurance. Selon la même enquête, un répondant sur deux serait prêt à fournir des informations additionnelles à son assureur à propos de son style de vie afin qu'il puisse trouver les services les plus adéquats pour sa situation (PricewaterhouseCoopers, 2014b). Quelle éthique peut-on encore espérer pour les applications d'une technologie dont on ne peut limiter l'évolution quand elle se dit au service de la médecine, donc de l'humanité ? Une médecine dont on nous annonce qu'elle ne sera peut-être plus représentée physiquement par des humains mais qu'elle agira au travers de la média-médecine (consultation par skype, chirurgie robotique et monitoring à distance) (Vallancien, 2015) ?

Le défi sociétal

On perçoit très clairement le défi sociétal que ne manquera pas de susciter cette question complexe. Les tendances 'lourdes' à proposer et implémenter des mesures de pseudo-responsabilisation devraient dans un tel contexte devenir quasiment obsolètes. Grâce à l'e-santé, on peut en effet s'attendre à ce que les comportements préventifs deviennent une évidence pour chacun.

Cette prévention qui « *diffère de la prudence, en ce qu'elle repose sur un comportement volontaire, qui se traduit par la pratique d'activités physiques, le contrôle de l'alimentation, le tout rendu particulièrement facile grâce à la pénétration des nouvelles technologies dans notre quotidien* »¹¹ devrait intégrer naturellement la vie de 'l'homme-en-santé' de demain. Les mesures 'dures' et 'directes' de responsabilisation financière pourraient en effet être remplacées progressivement par une pseudo-responsabilisation 'douce' et 'indirecte'. En fait, le vocable 'responsabilisation' pourrait céder la place à celui de 'juste prix', beaucoup moins connoté au niveau moral, signifiant ainsi que chacun couvre les coûts précis que le maintien de son état de santé génère.

Aujourd'hui, au-delà des arguments éthiques qui fondent la solidarité, même à l'égard de celles et ceux qui ne semblent pas tout faire

pour adopter un comportement sanitairement correct, l'argument de l'impossibilité technique se révèle à la fois pertinent et dangereux. Pertinent car il justifie que l'on ne se lance pas dans des processus de responsabilisation sur base de critères peu rigoureux, mal étayés par les données empiriques et tout aussi mal servis par des données personnelles lacunaires. Dangereux, car il invite à la révision des avis à l'égard de la responsabilisation dès lors que les obstacles techniques sont levés, ce que promet l'utilisation du Big Data. Si nous ne sommes pas parvenus à sortir du paradigme néo-classique, que chacun est devenu l'objet d'une attention technico-médicale unique car il s'est totalement mis à nu, afin de bénéficier du meilleur traitement mais aussi de la meilleure assurance, alors le concept même de solidarité devrait apparaître comme dépassé, relevant d'un autre temps. À moins que nous soyons capables de relever un défi démocratique de taille.

Les mesures 'dures' et 'directes' de responsabilisation financière pourraient en effet être remplacées progressivement par une pseudo-responsabilisation 'douce' et 'indirecte'.

Le défi démocratique

Dominique Rousseau propose de radicaliser la démocratie, de « *revenir aux principes, à la racine de la chose démocratique, c'est-à-dire au peuple* » car le peuple a « *été englouti par le marché – le consommateur a pris le pas sur le citoyen – et par la représentation : les représentants parlent à la place des citoyens* » (Rousseau, 2015).

C'est un peu ce qui a été entrepris récemment en Belgique lorsqu'on a demandé à la population de s'exprimer à propos de ses préférences à l'égard des critères à utiliser pour décider du remboursement des biens et soins médicaux (Cleemput et al., 2014) après avoir testé l'idée auprès des décideurs (Cleemput et al., 2015, Cleemput et al., 2012).

Nous avons déjà évoqué ces exemples de mobilisation citoyenne qui permettent d'imaginer la constitution progressive d'un contre-pouvoir légitime. Toutefois, on peut craindre que si la personne est monitorée par une alliance entre la technologie, la médecine et l'assurance, elle soit dépossédée de sa volonté d'expression. Lorsqu'on accepte de se livrer entièrement à un super-ordinateur et de suivre les recommandations qu'il produit pour notre 'meilleure santé', est-on encore capable de contester le système ?

Nous avons développé le concept de 'care capacitant', cette pratique qui consiste à 'prendre soin' de soi d'abord et des autres afin qu'ils puissent accepter leurs vulnérabilités et être progressivement libérés des multiples contraintes liées à une 'obligation de performance'. Être ainsi libéré était selon nous une porte ouverte à une réelle responsabilisation tant individuelle que collective (Léonard, 2012, Léonard, 2013a, Léonard, 2013b, Léonard, 2014a, Léonard, 2014b, Léonard, 2014c, Léonard, 2015).

Face au déterminisme total qui se profile au travers des données rassemblées au sein du Big Data, le 'care capacitant' est peut-être le seul espoir de rendre à chacun des degrés de liberté car si notre dossier informatisé complet peut conclure à l'existence d'une maladie en devenir et qu'il peut proposer un médicament personnalisé, il ne pourra jamais prévoir ce que deviendra notre comportement demain suite à la rencontre de celui ou celle qui aura pris le temps de 'prendre soin de nous'. Un espoir de liberté subsiste donc, un espace demeure pour une vraie responsabilité, le citoyen et donc le peuple ne sont pas encore en état de mort cérébrale. Nous serions alors capables de relever un défi supplémentaire qui consiste à contester le monopole des connaissances aux détenteurs du Big Data.

Le défi épistémologique

Si l'on considère l'épistémologie dans son acception la plus large c'est-à-dire comme la théorie de la connaissance, l'ultime défi que l'on peut identifier est très probablement celui qui concerne le 'quoi' et le 'comment' des connaissances dont la personne et la société de demain auront besoin. L'évolution des technologies est bien en marche et il

¹¹ (Henri, 2014), p. 11.

nous semble indispensable de considérer Big Data et la média-médecine comme des données réelles afin d'imaginer quels types de connaissances alternatives il nous appartient de développer pour conserver, voire redonner vigueur, à l'humain.

Afin de calculer le 'juste prix', dont on peut douter qu'il s'agira d'un 'prix juste', d'une médecine personnalisée, les assureurs de demain devront disposer des mêmes informations que le corps médical, c'est-à-dire des risques de pathologies objectivés aux moyens de données génétiques et comportementales. On ne peut espérer naïvement qu'ils renonceront à en extraire le maximum de profit possible, leur reprocher cette démarche mercantile trahirait d'ailleurs une méconnaissance des rouages de l'économie capitaliste.

Toutefois, si l'on prend au sérieux le rôle des associations de citoyens, si l'on renforce notre sentiment, qui devrait idéalement devenir une conviction, que celles et ceux qui nous gouvernent nous représentent, il faut alors se soucier de la manière de prendre connaissance des valeurs et préférences de la population.

Nous situons l'essentiel de ce défi épistémologique alternatif à ce niveau, rendre compte de ces valeurs de manière objective certes mais aussi en ayant pris le soin d'informer les citoyens, au départ d'une certaine posture philosophique, du contexte et des conséquences de leurs choix.

Recueillir l'avis de la population exige une pédagogie déclinée en fonction des 'capacités' de chaque groupe à intégrer l'information fournie. Il peut paraître paradoxal que nous considérions inévitable le fondement de la démarche par une certaine 'posture philosophique' alors que nous prônons l'objectivité de la restitution des résultats de ces 'enquêtes d'opinion'. N'oublions pas qu'il s'agit de constituer une connaissance utile alternative au développement d'un système de santé dont les soins ne seront pas les seuls à être 'personnalisés', c'est fort probablement aussi la couverture des coûts qui sera 'individualisée', rendant le concept de solidarité obsolète. C'est donc uniquement si l'on croit à une société alternative, si l'on veut, contre la rationalité économique et financière, proposer une rationalité humaniste, que l'on décidera d'entamer cette élaboration d'une connaissance alternative. S'informer auprès des citoyens-

patients et les informer exige la pratique d'un 'care informationnel', une manière de concevoir les questions à poser et les informations à transmettre qui exige le plus grand soin dans le choix des mots, des concepts, des articulations et argumentations afin d'être compris et de recevoir, non pas ce à quoi on s'attend, mais ce qui vit au plus profond des personnes. Ce qui a été réalisé par le KCE pour les règles de bonnes pratiques en ce qui concerne l'accouchement à bas risques (Mambourg et al., 2010), le dépistage du cancer de la prostate (Mambourg et al., 2014), la surveillance active du cancer de la prostate (Jonckheer et al., 2013), les préférences de la population à l'égard des critères de remboursement (Cleemput et al., 2014) sont autant d'exemples de pratique de ce 'care informationnel' susceptibles de montrer une voie pour relever le défi épistémologique auquel chercheurs en santé publique et décideurs sont confrontés.

Conclusion programmatique à l'attention des sciences économiques

L'économie de la santé au sens strict de son acception est fortement impliquée dans les décisions relatives à l'affectation de moyens limités aux fins de soins multiples, essence du problème économique. L'approche d'inspiration utilitariste qui prédomine jusqu'à présent a permis de systématiser des décisions qui pouvaient prendre un caractère quelque peu arbitraire ou du moins manquer d'une certaine cohérence.

Avant d'imaginer évacuer totalement cette approche d'inspiration néoclassique (mais le faut-il vraiment ?), on peut la compléter par des outils d'intégration d'aspects éthiques qui permettent de renforcer, nuancer voire contredire des conclusions d'ordre quantitatif (Cleemput et al., 2015). On entre alors dans l'économie de la santé comprise comme l'organisation des différents éléments de l'ensemble 'système de santé'. Intégrer l'éthique, et notamment les questions d'équité, dans l'économie de la santé répond à un besoin identifié dans de nombreuses disciplines par nature complémentaires : la médecine, la santé publique, la sociologie, la philosophie, la psychologie et l'économie. Toutefois, trop souvent les débats n'associent pas l'économie à ces disciplines, ils les

opposent. Il nous semble que la simple juxtaposition de postures différentes n'est pas de nature à apporter une réponse féconde aux multiples défis que nous avons identifiés, il est indispensable d'opérer une réelle intégration de toutes les approches susceptibles de contribuer à une solution humaniste à des problèmes qui le sont tout autant.

Si le concept de risque se dilue progressivement dans l'avènement d'un déterminisme quasi complet, celui d'assurance deviendra beaucoup moins pertinent et il nous faudra des fondements moraux solidement établis et acceptés au sein de la société pour justifier la solidarité. Le concept d'efficience doit être revu à l'aune de considérations éthiques susceptibles d'apporter des pondérations aux gains de santé pour certains types d'états de santé qui nécessitent certains types de soins (par exemple les soins palliatifs, les soins aux grands prématués, les soins aux personnes lourdement dépendantes ou handicapées).

De la même manière, les concepts d'assurance, hasard moral et sélection adverse doivent aussi être revisités pour tenir compte du degré de certitude qui va de plus en plus entourer les épisodes de maladies et de soins. L'économiste ne doit-il pas adopter une posture éthique forte, pour autant que cela corresponde à ses convictions, afin de redonner un fondement à la solidarité ? Imaginons qu'un assureur annonce à une personne le 'juste prix' qui lui est demandé pour son programme de santé pour les cinq prochaines années. Imaginons, que la personne dispose des moyens financiers pour assumer ce coût. Si elle est mise au courant du 'juste prix' demandé à une personne en situation légèrement moins favorable, elle pourrait estimer que le léger supplément à payer par l'autre est tout à fait acceptable puisqu'elle-même assume un montant à peine inférieur. De manière itérative, elle peut ensuite adopter un raisonnement similaire pour la personne qui devra payer un 'juste prix' très légèrement supérieur à celui réclamé à la personne précédente. Et ainsi de suite jusqu'à atteindre un 'juste prix' rédhibitoire. Mais à partir de quelle différence, la personne de référence est-elle censée réagir et s'exclamer, « *cela suffit, je suis disposée à payer pour cette personne* » ? Si ce raisonnement est suscité chez l'ensemble des personnes d'une société, nous serions probablement surpris de la cohérence

d'ensemble en défaveur de la solidarité que ces approches itératives pourraient susciter. Une économie 'sèche' se contentera de concevoir le modèle qui permettra d'extraire le profit maximum de chacune de ces situations. L'économie alternative devra concevoir un 'produit d'assurance'¹² fondé sur le concept de compassion ou même de pitié si l'on peut suivre Rousseau pour qui un principe a été donné à l'homme pour adoucir la féroceur de son amour propre et tempérer l'ardeur qu'il a pour son bien-être par une répugnance innée à voir souffrir son semblable¹³.

Pourquoi alors ne pas prévoir un 'produit' d'assurance qui intègre cette propension à la pitié et justifier, de manière à nouveau itérative, l'aide financière à apporter à d'autres, beaucoup moins bien lotis que nous et alors réitérer le raisonnement, cette fois à l'égard de personnes qui nous sont de plus en plus proches, et pour lesquelles, chacun ressent suffisamment de pitié pour leur apporter son aide au moyen d'un système de 'péréquation des justes prix' ? Finalement de nombreux outils 'néoclassiques' pourraient être 'récupérés' afin de refonder la solidarité dont nous craignons qu'elle soit mise à mal par les évolutions technologiques dans le prolongement d'une critique déjà bien rôdée de l'État-providence. Si nous ne nous trompons pas trop, l'ampleur des défis à venir est telle qu'il nous faudra inventer une collaboration interdisciplinaire qui n'exclura aucune forme de pensée, aucun type d'approche mais qui au contraire pourra les rapprocher et faire en sorte que les différents concepts et modes de travail soient véritablement intégrés et articulés autour de valeurs morales incontestables si l'avenir de l'humain nous préoccupe encore.

Bibliographie

- Alexandre, L. (2013) Google contre la mort. *Le Monde - Sciences & Technologies*. Paris.
- Cabut, S. & Santi, P. (2013) Essais cliniques des médicaments : la nouvelle donne. *Le Monde (Édition du 09 décembre)*. Paris.
- Cabut, S. & Santi, P. (2015) Sport. Le champion des traitements. *Le Monde (Édition du 22 avril)*. Paris.
- Caulier, S. (2014) Vers une médecine préventive et personnalisée. *Le Monde (Édition du 03 novembre)*. Paris.
- Cleemput, I., Christiaens, W., Kohn, L., Léonard, C., Daue, F. & Denis, A. (2015) Acceptability and Perceived Benefits and Risks of Public and Patient Involvement in Health Care Policy : A Delphi Survey in Belgian Stakeholders. *Value in Health*, (2).
- Cleemput, I., Devos, C., Devriese, S., Farfan-Portet, M.-I. & Van De Voorde, C. (2012) Principles and criteria for the level of patient cost sharing : Reflections on value-based insurance. *Health Service Research Nr 186*. Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).
- Cleemput, I., Devriese, S., Kohn, L., Devos, C., Van Til, J., Groothuis, K., Vandekerckhove, P. & Van De Voorde, C. (2014) Incorporating societal preferences in reimbursement decisions. Relative importance of decision criteria according to Belgian citizens. *Health Service Research (HSR) Nr 234*. Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).
- Hecketsweiler, C. (2015a) L'ADN, nouvel eldorado de la pharma. *Le Monde (Édition du 10 février)*. Paris.
- Hecketsweiler, C. (2015b) « La médecine du futur, c'est le suivi continu des données du patient ». *Le Monde - Économie & Entreprise (Édition du 25 avril)*. Paris.
- Henri, I. (2014) D'un système de santé curatif à un modèle préventif grâce aux outils numériques. 16 propositions pour un changement de paradigme des politiques de santé. *Livre blanc*, Renaissance numérique.
- Jonckheer, P., Van Landeghem, S., Christiaens, W., De Winter, L., Pierart, J. & Mertens, R. (2013) Le processus décisionnel dans le choix pour la surveillance active du cancer localisé de la prostate. *Health Services Research Reports Nr 210*. Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).
- Léonard, C. (2012) La responsabilisation capacitive : un nouveau paradigme pour refonder l'État-providence ? *Éthique et économique/Ethics and Economics*, 9(2), 45-65.
- Léonard, C. (2013a) Être libre et responsable pour refonder la solidarité. *Revue d'éthique et de théologie morale*, 275 (Septembre), 9-35.
- Léonard, C. (2013b) Le care capacitif comme alternative au paradigme néoclassique de la responsabilité individuelle. L'exemple de la consommation de statines. *Revue du MAUSS*, 41, 157-172.
- Léonard, C. (2014a) Concilier priorité de santé et liberté réelle : l'action du "care" capacitif. *Les tribunes de la santé*, (Mars), 51-60.
- Léonard, C. (2014b) Décision, justice et capacitation des patients, Chapitre 21 - Décision, proportionnalité et justice distributive in 4^e édition, éd., Dunod, Juin 2014, pp. 214-236. IN Jacquemin, D. & De Broucker, D. (Eds.) *Manuel de soins palliatifs (4^e édition)*. Dunod. p. 214-236.
- Léonard, C. (2014c) La responsabilisation capacitive. Un paradigme pour refonder la solidarité. IN Thiel, M.-J. (Ed.) *Les enjeux éthiques du Handicap*. Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg - Chemins d'Éthique. p. 249-259.
- Léonard, C. (2015) *Libérer et responsabiliser pour refonder la solidarité*, Namur, Presses Universitaires de Namur - Épistémologie et sciences du vivant.
- Mambourg, F., Gailly, J. & Wei-Hong, Z. (2010) Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque. *KCE Reports. Good Clinical Practice (GCP)*. Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).
- Mambourg, F., Kohn, L., Robays, J., Janssens, S., Albertijn, M. & De Laet, C. (2014) Un outil d'aide à la décision en cas de demande d'un dépistage du cancer de la prostate par PSA. *KCE Reports. Good Clinical Practice (GCP) Nr 224*. Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).
- PricewaterhouseCoopers (Pwc) (2014a) Belgian Reward Barometer.
- PricewaterhouseCoopers (Pwc) (2014b) Insurance 2020 : The digital price - Taking customer connection to a new level.
- Rousseau, D. (2015) « Il faut construire une démocratie continue ». IN Johannès, F. (Ed.) Paris, Le Monde - Culture & Idées (Édition du 25 avril).
- Rousseau, J.-J. (2008) *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, Paris, Garnier-Flammarion.
- Vallancien, G. (2015) « La média-médecine va de plus en plus remplacer les médecins ». in Lacroix, A. (Ed.) Paris, Philosophie magazine N° 89 (Mai), p.17.

¹² Les groupements d'achats d'assurances tels que ceux que l'on connaît pour l'énergie risquent de ne pas suffire pour sauver la solidarité (Voir la Libre Belgique du 23 avril 2015, p. 34 « L'achat groupé gagne aussi les assurances »).

¹³ (Rousseau, 2008), p. 95.

LOCALE - WALLONIE

La Louvière et Manage : une expérience locale de mise en réseau d'acteurs sociaux et de médecins généralistes...

Réseau Médecine-Action sociale, Ensemble face à la précarité¹

Genèse du projet

L'aventure débute le 5 décembre 2009. À cette date l'asbl Promo Santé et Médecine Générale (PSMG) organise un colloque ayant pour thème 'Médecine générale, situations de précarité et interdisciplinarité'.

De cet événement qui rassemble un peu plus de 70 personnes, parmi lesquelles 51 médecins généralistes, ressortent les constats suivants :
- les médecins, par manque de connaissances, et travaillant peu en réseau, font rarement appel aux acteurs sociaux ;
- individuellement, ils sont confrontés à des situations complexes rencontrées notamment au sein des familles précarisées où l'état de santé des personnes est, de manière évidente, influencée par un ensemble de facteurs ne relevant pas exclusivement de la médecine.
Pour pouvoir répondre à ces situations, les médecins généralistes ont donc besoin de collaborer avec les acteurs sociaux locaux présents sur le territoire. Mais qui sont-ils, où sont-ils et comment les contacter ?

Sur base de ces constats, cinq médecins ont souhaité prendre l'initiative d'organiser une rencontre de professionnels s'intéressant à la santé des personnes en situation de précarité dans sept communes de la Région du Centre dans le Hainaut. Pour les aider dans cette démarche, ils font appel à l'asbl PSMG qui, de son côté, y voit une opportunité de développer un projet pilote au niveau local. Pour l'accompagner dans ce projet, l'asbl, financée par la Communauté française de Belgique et plus tard par la Région wallonne et la Cocof, se tourne vers différentes associations. D'une part, une collaboration se met en place avec l'Institut Cardijn, afin de ne pas s'enfermer dans le seul point de vue du médecin généraliste et pour garantir une prise en compte du secteur social et, d'autre part, un partenariat se développe avec les CLPS de Mons-Soignies et de Charleroi-

Thuin, apportant une aide méthodologique et une connaissance spécifique du tissu associatif local.

Constitution du groupe de travail

Le projet se concentre sur deux entités, La Louvière et Manage, car les médecins porteurs du projet sont majoritairement issus de ces deux communes. Tout d'abord les acteurs locaux de ce territoire pouvant constituer le groupe de travail chargé de co-construire le projet sont identifiés et il est décidé de prendre contact avec les organisations suivantes :

- des institutions actives sur le terrain : les CPAS des deux communes, les Plans de cohésion sociale, le Relais Santé de La Louvière, le projet communal Objectif Santé de Manage, les services sociaux des deux hôpitaux de la région (Jolimont et Tivoli) ;
- des institutions de deuxième ligne : La Louvière Ville Santé, l'Observatoire de la Santé du Hainaut. La plupart de ces institutions répondront présentes et le Réseau Local Multidisciplinaire du Centre viendra rejoindre rapidement ce groupe de travail. Cet acteur étant reconnu par les médecins généralistes, il allait être un atout sur le terrain de la communication avec ces derniers. Enfin, pour s'assurer de leur soutien et de la participation des institutions dont ils sont responsables (CPAS, Relais Santé Louvérien, La Louvière Ville Santé, Plans de Cohésion sociale de Manage et de La Louvière), une lettre officielle est envoyée aux bourgmestres et échevins de la santé, co-signée par les médecins généralistes participant au groupe.

Apprendre à se connaître et définir les actions à mener

Les deux premières réunions donnent l'opportunité aux médecins généralistes et aux acteurs sociaux d'échanger, d'entendre les avis des uns et des

autres sur la manière dont ils voient leur rôle social et de comprendre ce que l'un attend de l'autre.

Partant de cas concrets, les constats se confirment : il y a une méconnaissance de ce qui existe au niveau social mais également une mauvaise, voire une absence de communication entre les deux secteurs. Le problème est donc bien réel. Le groupe se définit comme objectif de créer et/ou d'améliorer la collaboration entre médecins généralistes et acteurs sociaux. Une première piste d'action émerge alors de ce constat partagé : éditer un vade-mecum à destination des médecins généralistes comme préalable à une rencontre entre les acteurs sociaux et les médecins généralistes de la région. Ce vade-mecum se voudrait non exhaustif et se présenterait plutôt comme un recueil des associations/institutions clefs pouvant éventuellement orienter le public vers d'autres relais s'ils ne sont pas les plus aptes à pouvoir répondre à la demande.

La réalisation de ce travail a pris un peu moins d'un an, pour identifier les institutions à référencer, définir la forme et la structure du vade-mecum, sélectionner les données qui seront publiées, etc.

Ce travail effectué, la deuxième étape a été d'organiser un événement pour présenter le vade-mecum et pour réunir un maximum d'acteurs locaux. Cette soirée a eu lieu en octobre 2011 et a permis à 22 médecins généralistes et 39 acteurs sociaux de se rencontrer.

La soirée s'est construite autour de trois temps forts :

- présentation en plénière du vade-mecum, de son contenu et de ses objectifs ;
- organisation de moments de rencontre pour permettre aux médecins généralistes et aux acteurs sociaux d'échanger sur leur vision de l'action à mener en direction de personnes en situation de précarité. Ces moments de rencontre ont été organisés en petits groupes, sous la

¹ Le Réseau Médecine-Action sociale, Ensemble face à la précarité est composé de la Centrale de Services à Domicile du Centre et de Soignies, des CLPS de Charleroi-Thuin et Mons-Soignies, des CPAS de La Louvière et Manage, du Service social de l'Hôpital de Jolimont, du projet communal Objectif Santé de Manage, de l'Observatoire de la Santé du Hainaut, du Plan de cohésion sociale de Manage, de l'asbl Promo Santé & Médecine Générale, du Relais Santé de La Louvière, du Réseau Local Multidisciplinaire du Centre et de Jean-Paul Meurant et Jacques Hertsens, médecins généralistes à La Louvière et Manage.

forme de 'speed dating' structurés autour de stands thématiques : aide sociale générale, aide aux étrangers, assuétudes, aide à l'enfance et à la jeunesse, aide aux familles et aux seniors, handicaps, maltraitance, sans-abrisme, santé mentale et surendettement. Cette formule a permis, en un minimum de temps, de générer des discussions entre un maximum de personnes ;

- retour en plénière pour un échange d'avis sur le vade-mecum et son utilisation potentielle, ainsi que sur les perspectives de projets communs.

De nombreuses idées ont été émises et il appartient au groupe de partenaires d'en étudier la pertinence et la faisabilité. En voici quelques exemples : un référent, une personne ou un numéro unique qui pourrait renseigner tous les services ; un site interactif ; l'animation de Glems et Dodécagroupes² ; la concertation entre travailleurs sociaux et médecins généralistes ; l'évaluation du vade-mecum. Suite à cette rencontre et aux perspectives évoquées, la troisième étape portée par les partenaires a été d'organiser des rencontres entre acteurs sociaux et médecins généralistes au sein des Glems locaux. Ces réunions ont eu pour objet de continuer à diffuser le vade-mecum, notamment auprès de médecins qui n'étaient pas présents lors de la rencontre d'octobre 2011, mais également de poursuivre les relations entre ces deux types d'acteurs. La méthode a été de partir d'analyses de cas concrets pour montrer l'intérêt de l'usage du vade-mecum, mais surtout de continuer de créer et/ou renforcer les liens entre médecins généralistes et acteurs sociaux. Le bilan de ces soirées est très positif. La rencontre entre les deux mondes s'étend pour dépasser l'existence du groupe de travail. Les acteurs sociaux découvrent des médecins généralistes plus accessibles qu'il n'y paraît tandis que ces derniers engrangent des informations qui leur seront directement utiles dans leurs pratiques.

Le temps des bilans

Une première évaluation est réalisée 18 mois après la soirée et concerne la pénétration et l'utilisation effective du vade-mecum par les médecins généralistes. Elle s'effectue dans deux groupes de médecins (sur 27 médecins, 26 le connaissent, et 21 le possèdent). Parmi ceux-ci, 8 l'ont utilisé plus d'une fois et 7 d'entre eux ont trouvé un interlocuteur adéquat. Les médecins qui ne l'ont pas utilisé ont leurs propres réseaux,



Photo © Fotolia

ou n'en ont pas eu besoin, ou n'y ont pas pensé, ou ne savaient plus où il était...

Nous avons retenu de ces résultats que le vade-mecum était parfaitement connu et qu'il était utile à ceux qui en avaient besoin. À chaque rencontre avec des groupes de médecins généralistes, nous continuons de le distribuer. Le stock de brochures est épuisé mais le vade-mecum reste accessible sur le site du Réseau Local Multidisciplinaire. Après la réalisation, la diffusion et l'évaluation du vade-mecum, le groupe n'avait plus d'objectif précis de travail et il a souhaité évaluer l'ensemble de la dynamique partenariale.

Un processus d'auto-évaluation est mis en place en 2013 (via un questionnaire individuel et puis discussion sur les données recueillies).

Les résultats de l'évaluation sont sans équivoque. Les membres du groupe veulent poursuivre la collaboration, sous certaines conditions :

- travailler à des réalisations concrètes ;
- mettre à jour le vade-mecum ;
- continuer d'informer et de mobiliser les acteurs sociaux et les médecins généralistes en veillant à ne pas trop solliciter ces derniers.

Sur base de cette évaluation, le groupe décide de mettre en chantier la réalisation d'un carnet de communication entre intervenants sociaux et médecins généralistes, au bénéfice du bien-être du patient et de la qualité des interventions qui le concernent.

Quatre étapes sont identifiées pour la construction de ce projet :

- organisation d'une récolte des besoins des professionnels : médecins généralistes, acteurs sociaux, aides familiales et acteurs exerçant en milieu hospitalier ;
- identification des outils déjà existants. Pour ce travail, le coordinateur du Service intégré de

soins à domicile (SISD) de la région du Centre et Soignies rejoint le groupe ;

- élaboration de l'outil ;
- phase de test.

Suite à un premier constat de l'existence de nombreux supports de communication utilisés avec plus ou moins de réussite, de manière plus ou moins pluridisciplinaire, il est décidé de réaliser un outil de communication simple intégrant les messages de tous les intervenants à domicile : médecins, paramédicaux, aides à domicile ainsi que l'entourage du patient. Cet outil n'avait pas la prétention de remplacer les différents outils existants. Il a été testé sur une période de 3 mois par 80 aides familiales et 10 infirmières d'un Centre d'Aide à Domicile (CSD) auprès de 500 patients. Les travailleurs du CSD et non les autres intervenants au domicile remplissent le document qui reste cependant peu utilisé. L'évaluation du pré-test indique que le questionnaire est vécu comme un rajout, comme un outil de contrôle. Les travailleurs n'en perçoivent pas l'intérêt et ont des difficultés à sortir de leurs habitudes. Quant aux infirmières elles déclarent ne pas avoir le temps. Face à cette sous-utilisation, il est décidé d'abandonner l'outil. Notre souhait d'élargir l'utilisation d'un tel outil de communication à d'autres acteurs que ceux du monde médical et paramédical (le patient et son entourage proche) amenait par ailleurs régulièrement des freins sur la question du secret professionnel.

Face à la diminution importante du nombre de médecins généralistes présents au sein du réseau, les partenaires sont allés à leur rencontre pour mieux cerner leurs attentes et besoins. Une réunion a eu lieu avec le Dodécagroupe de Manage en janvier 2016. Si les médecins généralistes avaient

² Un Groupe local d'évaluation médicale (Glem) est un groupe de pairs, médecins ou pharmaciens biologistes, qui partagent et évaluent de manière critique leurs pratiques médicales (peer review) pour promouvoir la qualité des soins. Les Dodécagroupes sont des petits groupes d'une douzaine de médecins généralistes se réunissant entre six et dix fois par an pour aborder un sujet axé sur leur pratique et dont ils décident eux-mêmes du contenu.

différentes demandes en termes de communication, entre autres, vis-à-vis des CPAS ou des hôpitaux, ils n'étaient pas prêts à s'engager dans un nouveau projet. Une demande a également été faite pour une rencontre avec le Dodécagroupe de La Louvière mais le responsable a décliné la proposition, car aujourd'hui la priorité est mise sur l'e-health. Le réseau s'est réuni une dernière fois en

mars 2016, pour prendre une décision sur son avenir. Il a été constaté que l'objectif initial de créer et/ou d'améliorer la collaboration entre médecins généralistes et acteurs sociaux reste d'actualité. Cependant, sans la présence d'un minimum de médecins, il est difficile de mettre en place des projets spécifiques. Sur les quatre généralistes qui ont été actifs dans le réseau, l'un est décédé et

deux autres ont pris leur pension et avec la pénurie de médecins généralistes dans la région, il est difficile de trouver de nouvelles recrues. Les partenaires ont donc pris la décision de mettre fin au réseau, en s'organisant toutefois pour réaliser une mise à jour du vade-mecum et en se promettant de réactiver le groupe au besoin.

OUTILS

Performance et santé, de l'image aux mots

Description

Matériel

- 68 photographies (figuratives et non figuratives) permettant d'évoquer la performance et la santé
- Livret d'accompagnement (PDF)

Concept

Cet outil pédagogique de type photo expression permet de mieux comprendre et de prendre en compte l'ensemble des déterminants liés à la recherche de performance. Il se compose de 68 photographies et d'un guide d'accompagnement pour engager un travail sur les représentations en lien avec ces thématiques auprès de groupes de jeunes.

Le guide s'organise en trois parties :

- une partie théorique qui propose des repères sur les notions de performance, santé, conduites à risque, prise de risques, représentations sociales ;
- une partie pratique avec une présentation de l'outil, le mode d'emploi et des conseils d'utilisation ;
- une partie qui propose une sélection bibliographique et des lieux ressources.

Objectifs

- Engager un travail sur les représentations avec des adolescents et des jeunes sur la performance et la santé.
- Favoriser :
 - la libre expression de chaque participant,
 - une mobilisation personnelle,
 - l'expression collective des représentations,
 - la prise de conscience de ses propres expériences,
 - la confrontation des points de vue et opinions,

- une dynamique de groupe,
- l'écoute,
- la prise de parole et la structuration de la pensée,
- le développement d'un regard critique sur des situations,
- l'identification de repères différents pour se construire.

Bon à savoir

'Performance et santé' est un outil pédagogique créé par le réseau PREVDOP, Réseau régional d'acteurs de prévention du dopage et des conduites dopantes en Rhône-Alpes.

Où trouver l'outil

Chez l'éditeur : IREPS Rhône-Alpes,
9 Quai Jean Moulin, 69001 Lyon 01, France.
Tél. : +33 (0)4 72 00 55 70.
Courriel : lucie.pelosse@education-sante-ra.org.
Internet : www.education-sante-ra.org.
Au centre liégeois de promotion de la santé.

L'avis de PIPsa (www.pipsa.be)

Appréciation globale

Cet outil permet d'interroger la recherche de performance et les risques éventuels pour la santé, dans une logique de promotion de la santé. L'outil aborde le thème dans la complexité de ses différentes facettes : consommation de médicaments, de produits dopants, prise de risque. Les photographies (figuratives et non figuratives) proposent des images de qualité, variées, illustrant divers aspects d'une société qui a inscrit la performance à de nombreux étages du vivre ensemble (école, entreprise, sexe, sport, consommation...).



Le déroulé synthétique de l'animation, bien concis (pp 9-14), pourrait aisément être transposé à d'autres photoexpressions. L'utilisation du photolangage permet de réaliser un état des lieux, un inventaire des besoins auprès du public et peut donc servir d'amorce à un projet spécifique. Des pistes sont proposées mais non développées dans le guide de l'utilisateur. L'outil ne fournit pas d'information sur la réalité de la problématique chez les jeunes.

Objectifs

Faire émerger les représentations relatives à la performance, la santé et les conduites à risques.

Public cible

14 à 30 ans
Dans les écoles ayant une section scolaire sportive.

Utilisation conseillée

- Première étape d'un projet, sert à identifier des besoins au sein d'un groupe
- Voir méthodologie proposée

Sommaire

INITIATIVES

- 2 Femmes victimes de violences sexuelles : comment les aider à vivre après 'ça' ?, par *Colette Barbier*
 Lors d'un colloque international sur les pratiques mises en œuvre pour promouvoir l'empowerment des femmes fragilisées par les violences sexuelles, six interlocutrices très engagées ont présenté leurs associations respectives, ainsi que leurs modes spécifiques de prise en charge.
- 5 L'audition des jeunes et leurs comportements en matière d'exposition sonore en province de Luxembourg, par *Annick Melchior*
 De janvier 2013 à juin 2014, l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg, en collaboration avec le Service de Promotion de la Santé à l'École, a réalisé une enquête sur l'audition des jeunes et leurs comportements en matière d'exposition sonore dans le cadre scolaire et des loisirs.
- 6 PSE et ONE, se rencontrer, se rassurer, évoluer... par *Sophie Lefèvre*
 À l'issue de la sixième réforme de l'État, l'ONE et les Services PSE apprennent à se connaître et à s'apprivoiser lors d'une journée de formation.

RÉFLEXIONS

- 8 Tisser les fils de la société
 Seconde partie : justifier l'État-providence, par *Christian Léonard*
 Les politiques de réduction du rôle de l'État ne sont pas directement justifiées par les crises financières et économiques. Ces dernières ne sont que des 'excuses' pour appliquer des recettes d'inspiration dogmatiques.

LOCALE-WALLONIE

- 13 La Louvière et Manage : une expérience locale de mise en réseau d'acteurs sociaux et de médecins généralistes, par le *Réseau Médecine-Action sociale*

Les médecins, par manque de connaissances, travaillent peu en réseau et font rarement appel aux acteurs sociaux. Ils sont pourtant confrontés à des situations complexes, notamment au sein des familles précarisées. Pour pouvoir y répondre, un partenariat avec le réseau local a été mis en place dans les villes de Manage et La Louvière.

OUTILS

- 15 Performance et santé, de l'image aux mots

Mensuel (11 numéros par an, ne paraît pas en août).

Abonnement : gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

Réalisation et diffusion : Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

Ont collaboré ce mois-ci : Colette Barbier, Conseil Supérieur de la Santé, FCPS-FPS, Sophie Lefèvre, Médecins du Monde Belgique, Annick Melchior, Maxime Prévot, Réseau Médecine-Action sociale.

Rédacteur en chef : Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

Secrétariat de rédaction : Christian De Bock

Journaliste : Carole Feulien (carolefeulien@gmail.com).

Relectures : Danielle Beeldens, Carole Feulien.

Recherches iconographiques : Danielle Beeldens.

Site internet : Octopus et Unboxed-Logic (design et développement), Carole Feulien (animation).

Réseaux sociaux : Carole Feulien.

Lettre d'information : Carole Feulien.

Contact abonnés : Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

Comité stratégique : Gaëtan Absil, Hervé Avalosse, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Émilie Delferrière, Martin de Duve, Damien Favresse, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Denis Mannaerts, Vladimir Martens, Marie-Noëlle Paris, Marianne Prévost, Karin Rondia, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

Comité opérationnel : Pierre Baldewyns, Christian De Bock, Carole Feulien, Julien Nève, Anne-Sophie Poncelet, Thierry Poucet.

Éditeur responsable : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

Maquette et mise en page : Muriel Logist.

Impression : Hayez.

Routage : St John.

Tirage : 1 350 exemplaires. **Diffusion :** 1 300 exemplaires.

Diffusion électronique : 1 700 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par *Éducation Santé* n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction.

La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans *Éducation Santé* peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires :

Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles ou Éducation Santé, c/o Centre d'Éducation du Patient, rue du Lombard 8, 5000 Namur.

Internet : www.educationsante.be.

Courriel : education.sante@mc.be.

Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé : www.pipsa.be

Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be.

Notre site adhère à la plate-forme www.promosante.net.

Sur notre site www.educationsante.be

À la parution de chaque numéro, *Éducation Santé* vous propose des articles disponibles uniquement sur son site internet. Ce mois-ci :

- Recommandations nutritionnelles pour la Belgique, par le *Conseil Supérieur de la Santé*
- Le Plan prévention santé wallon, un peu de patience... par *Maxime Prévot*
- Même pas vrai, déconstruire les stéréotypes en matière de sexualité, par la *FCPF-FPS*
- Enquête de consommation alimentaire 2014-2015 : activité physique et sédentarité, par *Christian De Bock*
- Médicaments : le prix de la vie, par *Médecins du Monde Belgique*

Surfez donc sans plus attendre sur www.educationsante.be pour en prendre connaissance !
Éducation Santé est aussi présente sur les réseaux sociaux. Vous pouvez y suivre toutes les actualités du secteur, que ce soit sur Facebook ou sur Twitter :
www.facebook.com/revueeducationsante ou www.twitter.com/EducationSante



Wallonie
Avec le soutien financier de la Wallonie



Imprimé sur papier blanchi sans chlore
Emballage recyclable.

