



Les cahiers de
PROSPECTIVE
Jeunesse

Numéro d'agrégation : P405048
Bureau de dépôt - 1050 BRUXELLES 5

Cahiers - Volume 10 - n° 4 - 4ème trimestre 05

Cahier numéro 37

Dossier :
**“Pauvreté, contrôle
social et
(dé)stigmatisation”**

**Tome 2 : vers d'autres
regards ... du côté des
professionnels**

**Borinage et cinéma : télé-réalité ou
étiquetage figé (docu - menteur)?**

**Pères, impasses et manques. Le jeu
de risques en milieu populaire.**

**Et la réduction des risques dans tout
ça ?**

“L.S.T.” ... Quand l'union fait la force

**Solidarité transculturelle, les Peuls
importent l'accueil.**

Rédacteur en Chef

Henri Patrick CEUSTERS

Secrétaire de Rédaction

Claire HAESAERTS

Relecture et correctionsDanielle DOMBRET et Christelle
VERSLUYS**Comité de Rédaction**Henri Patrick CEUSTERS
Claire HAESAERTS
Martine DAL
Bernard DE VOS**Comité d'Accompagnement**

- Sébastien ALEXANDRE,
Responsable de Projets, Modus
Vivendi.
- Philippe BASTIN, Directeur
d'Infor-Drogues, Bruxelles.
- Line BEAUCHESNE, Professeure
agrégée, Département de Crimino-
logie, Université d'Ottawa,
Canada.
- Emmanuelle CASPERS, ULB-
PROMES, Ecole de Santé
Publique, Unité de Promotion
Education Santé, Université Libre
de Bruxelles.
- Alain CHERBONNIER,
Philologue, Licencié en Education
pour la Santé, Question Santé
asbl.
- Tony DE VUYST, Chef de service,
collections thématiques et
cyberespaces de la Médiathèque
de la Communauté Française de
Belgique.
- Manu GONÇ ALVES, Assistant
social, Coordinateur du Centre de
Guidance d'Ixelles.
- Ludovic HENRARD, Coordinateur
de la Fedito bruxelloise .
- Pascale JAMOULLE,
Anthropologue au LAAP/UCL et au
CSM Le Méridien, Bruxelles.
- Tatiana PEREIRA, Attachée
Direction Promotion Santé,
Ministère de la Communauté
française.
- Micheline ROELANDT, Psychiatre.
- Gustave STOOP.
- Jacques VAN RUSSELT,
Coordinateur Alfa, Liège,
Président de la Fedito wallonne.
- Christelle VERSLUYS,
Consultante-Formatrice,
Prospective Jeunesse.

Illustration de couverture

Etienne SCHREDER

Illustrations

Jacques VAN RUSSELT

Mise en page

Claire HAESAERTS

Henri Patrick CEUSTERS

Impression

Nuance 4, Naninne

Editeur Responsable

Raymond VERITER

N° ISSN : 1370-6306

Les articles publiés reflètent les opinions de leur(s) auteur(s) mais pas nécessairement celles des responsables des "Cahiers de Prospective Jeunesse".

Ces articles peuvent être reproduits moyennant la citation des sources et l'envoi d'un exemplaire à la rédaction.

Ni Prospective Jeunesse asbl, ni aucune personne agissant au nom de celle-ci n'est responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations reprises dans cette publication.

Publication trimestrielle**Abonnement annuel****Frais d'envoi compris**

	Belgique	CEE	Autres pays
Institution	22.31	24.79	27.27
Personnel	18.59	21.07	23.55
Etudiant	14.87	17,35	19.83

Prix au numéro: 6.20Numéro de compte bancaire : **210-0509908-31****Prospective Jeunesse asbl**

144 chaussée d'Ixelles - 1050 Bruxelles

Tél: 02/512.17.66 - Fax: 02/513.24.02

E-mail : cahiers@prospective-jeunesse.beSite Internet : <http://www.prospective-jeunesse.be>

Avec le soutien de la Communauté française de Belgique et de la
Commission communautaire française de la région de Bruxelles-Capitale.



E D I T O R I A L

Selon l'avis et le rapport du CES, «la grande précarité est un obstacle aux droits de l'homme car à travers l'irrespect des droits fondamentaux, il est porté atteinte au droit de vivre dans la dignité». Ainsi, Danielle BILLY-ROUIS (spécialiste française en Santé publique) pointe dans un article une série de droits fondamentaux qui se révèlent, si pas sciemment bafoués, tout au moins fortement écornés par le regard «bienveillant» des professionnels porté sur la personne, ses ressources et son mode de (sur)vie. Elle relève entre autres différentes répercussions négatives concernant :

- La dignité de la personne et ses droits élémentaires : le respect de la famille dépend des qualités attribuées aux parents par les services sociaux, administratifs et judiciaires. Plus les familles sont pauvres, moins elles ont la possibilité de se défendre, souvent «elles sont livrées à bien des abus de pouvoir de la part d'autorités, même parfois à un niveau administratif très modeste». Les souffrances physiques et morales qui en découlent menacent l'intégrité familiale, leur volonté d'assumer leurs responsabilités éducatives et leur liberté de conscience.

- Le droit à l'habitat et à un minimum de mobilier : les variations et faiblesses de ressources peuvent être à l'origine d'une exclusion du parc social ou privé. Ces populations connaissent l'expulsion, les logements de fortune, voire l'errance. Les saisies peuvent conduire à la déposssession de biens nécessaires à la vie et au travail.

- Les libertés civiles et politiques : le domicile contribue à définir une personne au regard de ses droits et obligations : communication des décisions administratives, judiciaires, droit au travail, à la scolarisation et à la vie associative.

«Ces atteintes aux droits et libertés élémentaires de l'individu portent préjudice à l'intégrité familiale et favorisent sa dégradation», avec en corollaire l'éclatement de la sphère intime. La vie privée de ces familles «dysfonctionnantes», «à la marge» est étalée aux yeux des intervenants et se transforme dès lors en un espace public, un champ d'investigation parcouru par tous ceux qui sont venus voir, s'informer, observer, enquêter, évaluer (...) et donc... juger.

Or, agir dans une logique de promotion de la santé n'est-ce pas contribuer à avoir un impact positif sur l'estime de soi des personnes reconnues aussi pour leurs compétences ?

Porter un autre regard, tenter le «désétiquetage», la déstigmatisation, accompagner des personnes dans leur histoire plutôt que se centrer sur des «problèmes», oser une globalité plutôt qu'un morcellement... tel est le pari dont témoignent des professionnels dans ce numéro.

Le premier article propose de déplacer le regard porté sur la désinsertion sociale, ne plus laisser entendre qu'elle est seulement le fait d'individus incapables ou malades mais prendre en compte qu'elle peut aussi être le produit d'une certaine organisation du social.

Serge Zombek, co-président du SMES-B tente la passerelle entre les deux secteurs

d'intervention (et de compétences politique et budgétaire différentes) que sont l'aide sociale aux plus démunis et la santé mentale. Et ce, afin de réduire l'injustice sociale majeure que constitue la difficulté, voire l'impossibilité d'accéder à des soins adaptés pour ces personnes cumulant les étiquettes «sans abri malades mentaux».

Dans cette question d'accès aux soins, Christian Léonard critique la logique néo-libérale de la responsabilisation et du droit (mérité?) aux soins. Entre capitalisme débridé et décroissance unilatérale, il ouvre une troisième voie : celle de la sobriété universelle.

Pour Yvan Mayeur, dans son ouvrage «Pauvres de nous» et lors de son entretien avec Christelle Versluys, les combats sociaux sont avant tout des combats politiques. Il est temps de remettre la pauvreté au centre des débats, c'est au Parlement que l'amélioration des conditions de vie des citoyens doit être défendue. Il y a cependant aussi une voie socioculturelle, la voie de la réaffiliation des gens qui sont très loin dans l'abandon, très loin dans l'exclusion, très loin dans la désaffiliation.

Pour clôturer ce dossier, une équipe de Promotion de la santé à l'école se questionne sur son travail avec les élèves «primo-arrivants» et tente d'introduire du sens dans le non-sens. Comment promouvoir la santé face à un public que les prescrits et les représentations des professionnels associent à la mauvaise santé, au mal-être ou au risque, en l'enfermant dans une identité de «demandeur» ?

Bonne lecture... et merci de nous aider à mieux cerner notre revue en complétant le questionnaire ci-joint avant de passer d'excellentes fêtes.

A l'année prochaine!

Henri Patrick Ceusters



DÉSINSERTION SOCIALE ET SANTÉ MENTALE

Luc COLINET, Bénédikte De VEUSTER et Annie NÉLISSSENNE¹

Avec la contribution de Charles BURQUEL, Nadine DEMOORTELE, Manu GONÇALVES, Françoise HERRYGERS et Eric MESSENS.

La reconnaissance de l'importance de la dimension sociale dans la compréhension et l'appréhension des personnes rencontrées dans le champ de la santé mentale n'est pas chose nouvelle. Ce qui est plus récent, ce sont toutes les réflexions autour d'une désinsertion sociale dont on laisse entendre qu'elle est le fait d'individus incapables ou malades, sans prendre en compte qu'elle peut être aussi le produit d'une certaine organisation du social.

Partant de l'axe Santé Mentale, il paraît judicieux d'aborder ce concept de désinsertion sociale sous deux angles.

Pour commencer, le préfixe *dés-* fait référence à l'idée d'une *perte* ou à l'idée d'un *manque* (cfr. déséquilibre, désespoir, déstabilisé, désenchanté, désemparé,...).

Dés-insertion fait donc référence pour certains à une perte d'insertion. L'insertion a été perdue... Mais suite à quoi ?... Une maladie physique ou psychiatrique, une spirale de surendettement, une perte d'emploi, une faillite, une séparation ou divorce, un accident... ? Sans doute le plus souvent un cumul de plusieurs circonstances...

Pour d'autres (comme les individus ou les familles qui sont dans la précarité depuis plusieurs générations, ou encore certaines personnes handicapées de naissance), il n'y aurait jamais eu d'insertion sociale.

Dans le champ de la santé mentale, les intervenants sont particulièrement interpellés par les personnes en perte d'insertion suite à des épisodes de

difficultés psychologiques, sociales, économiques ou suite à la maladie mentale.

A l'hôpital psychiatrique, on constate que les personnes souffrant de maladie mentale peuvent entrer dans un mécanisme de désinsertion sociale qu'il est généralement très difficile d'enrayer. En effet, il n'est pas rare qu'en un très court laps de temps, les patients se retrouvent sans revenu, sans logement, sans réseau social... Il faut insister sur le fait qu'il s'agit d'une évolution et non d'un état dont le patient ne peut s'extraire.

En dehors de l'hôpital, les personnes présentant des troubles mentaux ou des difficultés psychosociales passagères se trouvent prises dans ce même mécanisme de désinsertion, surtout lorsqu'elles sont isolées ou pauvres en liens sociaux ou familiaux.

La notion de désinsertion sociale telle que l'aborde le sociologue Vincent de Gaulejac, à savoir comme un processus qui se décompose en quatre dimensions principales et interdépendantes donne parfaitement corps à nos observations sur le terrain :

Mots-clés

- santé mentale
- désinsertion sociale
- pauvreté

1. Ligue bruxelloise francophone pour la Santé mentale.

1. Sur un plan économique

- Le cursus scolaire est souvent inachevé. La personne éprouve des difficultés à trouver un emploi et, souvent, n'a pas droit aux prestations sociales classiques. Dès lors, la seule possibilité restant offerte est d'en appeler avec patience et opiniâtreté aux régimes résiduaux pour assurer des ressources financières. Une part importante du travail des intervenants consiste à remettre la personne dans ses droits.
- Généralement, la personne a peu d'années d'expérience professionnelle et/ou elles sont très lointaines, ce qui rend sa remise dans le circuit du travail très hypothétique. Le monde professionnel a des exigences telles qu'elles peuvent le rendre inaccessible à certains. A cela, on peut ajouter l'intolérance à la différence et le manque de temps consacré à l'intégration des travailleurs dont on exige, dès le premier jour, rentabilité et performance.
- Les ressources financières s'avèrent souvent trop faibles pour assurer les besoins basiques essentiels, tels le logement, l'alimentation, les soins de santé,..., avec pour conséquences une diminution de la qualité de vie et une dévalorisation massive de l'estime de soi.

2. Sur le plan symbolique

Contrairement à un passé encore proche où le "fou du village" avait place et fonction (cfr. Geel), aujourd'hui, l'étiquette de "malade mental" marque profondément la vie de celui/celle qu'elle catégorise, l'isole, touche également son entourage et se répercute sur les représentations de la société dans sa globalité. Cette stigmatisation dévalorise l'individu et ne le rend guère enclin à se confronter à

la réalité... Ce qui n'est pas sans conséquences, pour lui, du point de vue économique. Un travail d'encouragement et de renarcissisation est, dès lors, primordial.

La prise de conscience de cette dimension symbolique prend surtout de l'importance dans l'"après-crise", et plus particulièrement lors des essais de réinsertion.

3. Sur le plan social

Cette perte de la réalité, cette image de soi dévalorisée entraînent une perturbation, voire une rupture du lien social, et amènent inévitablement à une situation de repli sur soi. Les personnes se marginalisent alors très vite. Une part du rôle des travailleurs sociaux, tant à l'hôpital psychiatrique que dans les Services de Santé Mentale de l'ambulatoire, consiste à retisser des liens sociaux porteurs de sens pour ces personnes, sur lesquels elles pourront s'appuyer une fois sorties de l'institution.

4. Sur le plan spatial (donnant accès à un environnement urbain de qualité)

Pour la plupart de ces personnes, avoir un logement "privé" a du sens, un sens de normalité et d'insertion. Y accéder s'apparente pourtant souvent au parcours du combattant et pour plusieurs motifs : financiers, intolérance du voisinage, pragmatisme des patients,... De plus, les personnes sortant d'institutions psychiatriques ont, la plupart du temps, une capacité de mobilisation réduite dans un environnement perçu comme anxiogène. Le travailleur social visera alors une reprise d'autonomie de celles-ci, avec comme visée de les réinscrire dans leur projet de vie.

Les intervenants du terrain peuvent, à leur tour témoigner que :

- Le désir de la plupart des gens ainsi rencontrés est d'avoir, dans la Cité, une place à part entière, avec les mêmes droits et devoirs que tout un chacun.
- Des lieux de vie, de parole, où les personnes peuvent "se déposer", exister pour elles-mêmes et être reconnues par l'autre, sont aujourd'hui trop peu nombreux.

Un deuxième groupe de personnes pour lesquelles le risque de désinsertion sociale est majeur est celui formé par les personnes précarisées, et en particulier ces personnes qui s'inscrivent dans une histoire de pauvreté depuis plusieurs générations, ceux du "quart monde", comme on dit souvent.

Ces personnes et familles nous interpellent singulièrement parce qu'elles vivent très souvent en situation d'exclusion (mauvaise réputation au niveau des voisins, des commerçants du quartier, de l'école, de la police, de la justice, des services sociaux,...) alors même qu'elles mobilisent souvent un grand nombre d'intervenants sociaux.

Elles présentent un certain nombre de "non-maîtrises" qui seront autant d'obstacles à l'insertion sociale et au changement.

Parmi celles-ci, les plus importantes semblent être :

1. La non-maîtrise du "savoir"

Certains ne savent ni lire, ni écrire, ni calculer. Ils ont parfois juste assez de connaissances pour masquer ces déficits...

2. La non-maîtrise des moyens d'action sur la réalité

Le pauvre est souvent maîtrisé par les événements extérieurs. Les décisions se prennent en dehors de lui. Il est en situation de dépendance. Il développe un sentiment de fatalité.

3. La non-maîtrise du temps

Même si le temps peut s'inscrire dans une certaine durée (projet de fonder une famille, attente du retour d'un enfant placé,...), la préoccupation essentielle est celle de l'immédiat, de la survie.

4. La non-maîtrise de l'activité

Quand il y en a, le travail est mal rémunéré et instable. Le plus souvent, il est cyclique, il permet de couvrir un besoin immédiat, ou encore il s'agit d'un système de "combines" qui ne tient pas longtemps.

5. La non-maîtrise des relations avec autrui

Comme tout homme, le pauvre a besoin d'être reconnu, mais il a beaucoup de difficultés pour créer de vraies relations. Il a souvent peu confiance en lui. Il a honte de sa situation.

La majorité des enfants se retrouvent dans l'enseignement spécialisé dès les premières années primaires. Très souvent les parents ont été placés au cours de leur enfance, et les enfants connaissent eux-mêmes des périodes plus ou moins longues de placement dans des institutions ou des familles d'accueil.

Même si différentes études, surtout nord-américaines, montrent que dans les régions économiquement les plus défavorisées, on compte une plus grande quantité de personnes présentant des troubles mentaux, nous pensons qu'il n'y a pas une corrélation simple entre pauvreté et santé mentale. Il faut faire intervenir différents facteurs parmi lesquels deux sont importants :

- Le premier serait un facteur de concentration. Les milieux pauvres

seraient des "lieux de refuge" pour les personnes à problèmes.

- Le deuxième est le processus de chronicité. La période de guérison serait plus longue car les conditions de vie empêchent de reprendre le dessus ou favorisent les rechutes. Les durées d'hospitalisation sont beaucoup plus longues quand il y a des problèmes sociaux.

La pauvreté économique en tant que telle n'est pas responsable de l'apparition de troubles mentaux, mais les conditions de vie, liées aux "non-maîtrises" dont nous parlions plus haut, peuvent entraîner un nombre important de problèmes existentiels et une souffrance psychique non négligeable (stress quotidien, vulnérabilité psychique, dépression, résignation, déni,...). C'est en particulier sur le *plan symbolique* que les choses sont peut-être le plus difficile, du fait d'une confrontation aux normes stigmatisantes, invalidantes, qui entraînent l'intériorisation d'une identité négative, une mauvaise estime de soi, un sentiment d'infériorité et de honte.

Le rapport de ces personnes avec les institutions chargées de les aider est très souvent négatif. Il y a un double sentiment de rejet et d'impuissance. Il nous semble important d'évoquer ici le développement de plus en plus important de ce que J.F. Lavis (Docteur en Sociologie, Coordinateur de la Plate-Forme de concertation de la région du Centre pour la santé mentale) et S. Faelli (Psychiatre décédé récemment, qui a travaillé de nombreuses années au Centre de Guidance de La Louvière ainsi qu'au Centre de Guidance de Binche) appellent le **collectif abstrait** qui peut se définir comme un ensemble de lois et réglementations classant les personnes en catégories administratives prédéterminées. Les rubriques sont nombreuses : chômeurs, minimexés, invalides, handicapés,... Si l'assignation

officielle de la catégorie donne droit à des avantages et des protections, elle ne va pas sans stigmatisation et entraîne une énorme dépendance et un sentiment d'inutilité.

Illustration s'il en est besoin, que dans toute société, un système d'assistance ne peut se structurer qu'à partir d'un clivage entre "bons" et "mauvais" pauvres (cfr. R. Castel).

L'individu est donc pris entièrement dans ce collectif abstrait. Il est dépendant.

Parallèlement, la société actuelle l'individualise d'avantage. L'air du temps a changé. Il est plus à la fixation d'objectifs individuels que collectifs. Ce qui amène de plus en plus d'organismes d'aide tels que CPAS, Aide à la jeunesse, Ecoles et Centres PMS,..., à "contraindre" les personnes à voir un psychologue, à se faire "soigner". On glisse alors vers une condition supplémentaire pour "avoir droit à...". Mais comment la personne prise dans ce collectif abstrait peut-elle retrouver une *parole authentique*, une *parole à soi* qu'on essaie de faire émerger dans un processus psychothérapeutique ? D'autres questions aussi viennent à l'esprit : qu'en est-il du secret professionnel dans ces conditions ? Comment peut-on "soigner" sur injonction d'un organisme d'aide ?

De plus, bien souvent, les pauvres ont un préjugé défavorable vis-à-vis des psychologues et psychiatres. Ce qui est bien compréhensible au vu des circonstances dans lesquelles se passent généralement les rencontres : échec scolaire, orientation en enseignement spécialisé, décision de justice suivie de placement, internement pour alcoolisme,...

Il y a aussi le risque du **regard psychiatrique** dont parle A. Piquard, lorsque le psychiatre ou le psychologue sélectionnent dans le discours de l'autre des éléments qui prennent sens

pour eux en oubliant que certaines choses explicitées ou non par le patient peuvent faire référence à une réalité que le thérapeute ignore et parfois ne peut même pas imaginer.

L'évolution actuelle de la société, l'apparition de l'Etat social actif redéfinissent la pauvreté avant tout comme un problème individuel. On ne parle plus d'égalité mais d'égalité des chances. On repense l'équilibre entre responsabilités individuelles et collectives. Le réseau de sécurité des droits doit être un tremplin vers la responsabilité personnelle. On remet en question la séparation entre responsabilité (volontaire) et circonstances (involontaires), l'idée d'accident de parcours est réduite à portion congrue. La tendance à la psychologisation de l'aide sociale va dans le même sens, c'est-à-dire à une individualisation des problèmes, comme si la pauvreté était le résultat d'une somme de facteurs individuels isolés sous forme de manques et de carences. On imagine ce que l'application, sans réflexion ni débat, de telles références sur des interventions de santé mentale peut amener en définitive comme charge supplémentaire sur des personnes en détresse.

Or, nous savons que la pauvreté est avant tout l'expression d'un rapport social, d'une relation entre les hommes. Elle s'inscrit dans l'ordre économique libéral. Elle n'est pas sans raison ni fonction. D'où la nécessité d'une analyse sur ce qui socialement la produit. Nécessité d'interpeller aux différents niveaux politiques, nécessité de mettre en question ce rapport social. Mais est-ce à la "santé mentale" à faire ce travail ? Sans doute, car trop souvent notre façon de travailler risque de maintenir un système social qui produit la pauvreté et la désinsertion. Dans de nombreuses circonstances, nous nous voyons obligés de valoriser le système

d'assistance-réparation (collectif abstrait) car nous n'avons pas d'alternatives. Sans doute aussi et surtout si l'ouverture à ces questions permet une réflexion et une mise en place de modèles de bien-être progressistes, aussi éloignés que possible d'une aide conditionnée.

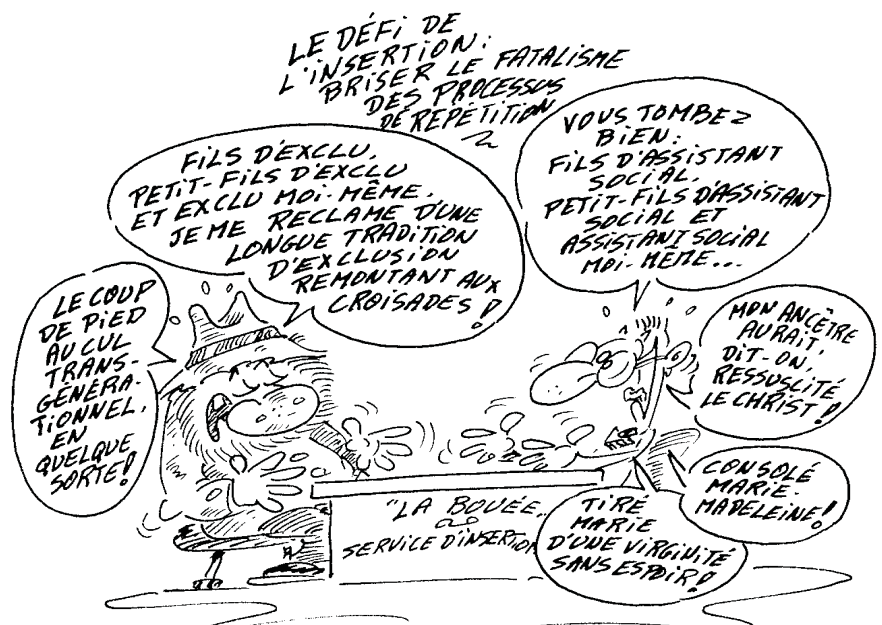
Nous ne pouvons terminer sans faire mention des initiatives locales qui existent sur le modèle du développement communautaire. Modèle suffisamment opérant dans le travail avec les familles les plus pauvres. Ce type d'action vise à augmenter la socialité, c'est-à-dire la qualité relationnelle du tissu social (participation, meilleure estime de soi, confiance, changement du regard de l'autre, élargissement des relations,...). Il nous semble urgent que les pouvoirs publics soutiennent efficacement ces initiatives et en suscitent de nouvelles. Des études pourraient aussi être faites sur l'impact suscité par les modes d'attribution des aides du CPAS ou des appartements dans les habitations sociales, impact sur les structures familiales et les relations entre les membres de la famille (situation conjugale, la place du père,...). Le père dés-inséré dans sa famille peut-il s'insérer socialement ? ■

Bibliographie

CASTEL Robert, "Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat", Coll. Folio Essais.

FAELLI Serge et LAVIS Jean-François, "La psychiatrie sociale : langages et exercice dans la transition culturelle", Actapsychiatria, 1998.

PIQUARD A. et coll., "A la rencontre de l'enfant très défavorisé ou ambiguïté du regard psychiatrique sur 'ces gens là'", Psychiatrie de l'enfant, XXX, 1. 1987.



DÉRIVE SOCIALE ET SANTÉ MENTALE : 10 ANS DE TRAVAIL DU SMES-B

Docteur Serge ZOMBEK¹

Il y a bientôt 10 ans, à Bruxelles, à la suite du deuxième séminaire du SMES-EU, une passerelle était jetée entre le secteur de l'aide sociale aux plus démunis et celui de la santé mentale afin de tenter de réduire l'injustice sociale majeure que constitue la difficulté, voire l'absence, d'accès à des soins adaptés des "sans-abri malades mentaux", comme on les appelait alors.

Le constat qui soutenait cette initiative n'était pourtant pas nouveau (avec le recul, il est loin de s'être évaporé) et peut ainsi s'énoncer : "il est difficile de produire des réponses adéquates aux difficultés des personnes qui cumulent une situation d'exclusion sociale extrême (cf. les "sans-abri") et des problèmes médico-psychologiques".

En même temps que les services sociaux et les maisons d'accueil voient se détériorer l'état de santé mentale de leur public, les services d'urgences psychiatriques, les centres de santé mentale, les hôpitaux peinent à trouver les bonnes réponses pour aider cette population pour des raisons qui tiennent autant à la structure de l'institution qu'à la présentation particulière de ces tableaux cliniques.

Quelques acteurs des deux secteurs se prennent à rêver d'une rencontre professionnelle, concertante, régulière, vouée à l'exploration commune de cette marge à double entrée, de ce no man's land pourtant bien habité, en laquelle se concentrent ceux que la souffrance psychique et ses conséquences comportementales ont écarté des relations sociales "nutritives", et aussi ceux que l'exclusion des réseaux

sociaux plongent dans les marécages des mille douleurs morales.

De ces partages d'expériences naîtront ainsi des espaces communs de nouvelles pratiques, des habitudes de "penser et agir de conserve", des connivences au profit de clients un peu moins en perdition, dès lors, grâce à cette passerelle "psycho-sociale" lancée en leur direction.

Dix ans après, la "passerelle" a levé l'ancre et établi, au beau milieu de la "baie des naufragés"², une "plateforme" à partir de laquelle se sont développés trois axes d'activités :

- L'élaboration collective de nouvelles pratiques par le biais d'un dispositif d'échanges "cliniques" de type intervision
- L'intervention individuelle et systémique auprès des usagers par le biais d'une cellule d'appui médico-psycho-sociale mobile
- L'interpellation sensibilisante et mobilisante des acteurs politiques régionaux

L'intérêt du Séminaire de 1993, à Bruxelles, a été de deux ordres : d'une part, il a autorisé un certain nombre de

NDLR : cet article a déjà été publié dans le dossier "Déresse sociale & Santé mentale" de l'Observatoire (n° 39, année 2003). Nous remercions l'auteur et l'Observatoire de nous avoir autorisé à le reproduire.

1. Co-Président du SMES-B (Santé Mentale Exclusion Sociale-Belgique). Responsable du Service Médico-Psychologique du CHU-Saint-Pierre.

2. Patrick Declerck, "Les naufragés. Avec les clochards de Paris", Paris, Plon, 2001, collection Terre Humaine.

professionnels à ériger en postulat le constat de ce que la clinique qui découle de rencontres avec ces malades mentaux qui vivent aux confins de la cité présente une spécificité à nulle autre pareille; d'autre part, la rencontre intense et cathartique des deux secteurs de l'aide aux personnes, la santé mentale et l'aide sociale, a été à ce point forte, qu'ils ne se sépareront plus aussi facilement et qu'ils n'auront plus de cesse de cultiver cette "croisée des chemins" que nous appelons "intersection".

Voilà, le mot-clef est lancé, le mot-pivot autour duquel les réflexions et les actions du SMES-B ne cessent de s'articuler, de s'accrocher, parfois de façon crispée face aux "tendances" naturelles des professionnels de n'adosser leurs cliniques qu'à un seul secteur de préoccupations.

"Intersection", s'il fallait ne retenir qu'un mot caractéristique du SMES-B, ce serait celui-là.

"Intersection", un terme dont la racine latine, "secare", nous renvoie certes à la notion de coupure, de limite, de frontière mais en même temps, et c'est bien ce qui nous occupe à Bruxelles, depuis 10 ans, un terme qui définit la communauté d'intérêts et de souci pour une même population. L'intersection de deux ensembles, c'est un nouvel ensemble composé des éléments appartenant à la fois à l'un et à l'autre et qui s'oppose à la réunion; c'est partager en gardant sa spécificité. L'intersection entre les deux secteurs, c'est une "siamoiserie secondaire".

Le SMES-B est donc, à l'origine, un espace à la frontière, à une extrémité, à la marge de chacun des deux secteurs de la santé mentale et de la grande exclusion sociale, un espace forcément décentré et qui est habité par les usagers les plus démunis, les plus aliénés

(au sens où ils ne cultivent que peu de liens avec leurs semblables).

Cet espace-frontière réunit des acteurs désireux de ne pas abandonner à la rue, à l'errance, ceux qui ne se laissent guère "enfermer" dans des "catégories" nosographiques supposées "traitables", les réputés "intraitables". Ils acceptent, ce faisant, de réformer peut-être leur conception de la "maladie mentale", à coup sûr les modalités d'entrée en contact et d'aide à ces personnes souvent farouches, donc peu demandeuses de soins. *Peu ou mal*. Car ces gens là, Monsieur, quand ils concèdent à se fier à un interlocuteur, ils ont coutume d'adresser leur demande dès lors ambiguë à ceux qui, de prime abord, ne sont pas en mesure d'y accéder ! Pis encore, ils tolèrent fort peu la référence à un supposé "spécialiste" : ne pas se laisser découper, pour ne pas voler en éclat, en tous les sens, au moindre risque d'intrusion douloureuse.

Le SMES-B se préoccupe de ces hommes, de ces femmes qui sont porteurs du stigmate de la "maladie mentale", parce qu'ils empruntent, sous une forme inédite, l'une ou l'autre catégorie de l'inventaire DSM IV; on rencontrera parmi eux, certainement, des personnes dites schizo-phrènes, des paranoïa chroniques, des mélancoliques, mais encore, et fréquemment parce que ces troubles sont presque systématiques en raison de la pression de l'environnement hostile, les troubles liés à l'usage de substances (drogues licites et licites, comme l'alcool).

Nombreuses parmi elles auront subi quelque traumatisme psychique ou physique et présenteront des troubles dépressifs et anxieux plus ou moins chroniques.

Mais ces personnes souffrantes ont la très mauvaise habitude de résister

autant qu'elles peuvent à se laisser "transférer" vers les professionnels de la santé mentale. De même qu'elles voyagent dans la ville avec l'entière confiance de leur avoir dans leurs sacs, de même lâchent-elles bien difficilement la proie du soutien social pour l'ombre de l'aide psychologique.

Le passage d'un secteur à l'autre est donc toujours de notre fait, rarement du leur. C'est d'ailleurs de cette situation que découle, encore trop souvent, cette propension que les professionnels ont à s'adonner à ce que nous avons identifié comme un sport typique de la rencontre brutale des deux secteurs : le ping-pong psycho-social.

Quelles sont les règles de ce sport qui est encore très populaire à Bruxelles et ce, malgré le décroisement de longue date annoncé ?

Deux joueurs (ou équipe de joueurs, parce que ça se joue aussi en équipe), appartenant chacun à un secteur d'activités bien différent (pour qu'il n'y ait pas la moindre confusion) : la santé mentale, d'un côté, et le secteur social, de l'autre, décide de jouer ensemble une partie de ping-pong psycho-social.

Le terrain des opérations est séparé en deux terrains distincts, chaque joueur demeurant dans son camp sauf pendant les pauses (que l'on appelle concertation, séminaire, congrès, etc...) au cours desquelles ils donnent parfois l'illusion qu'ils se parlent et échangent quelques bons mots.

Entre les deux camps (pas encore l'intersection, et pour cause), est érigé un filet qui s'élève à la verticale, plus ou moins haut comme pour indiquer la différence de nature des interventions dans les deux camps, et qui est tout à fait imperméable à l'objet qui va être

mis en jeu, le "sans-abri malade mental", l'oncle SAMM.

Le médiateur de leur opposition, c'est l'objet volant bien identifié, le SAMM, qui va être régulièrement envoyé, au gré des crises qu'il traverse, par-dessus le filet, d'un terrain à l'autre, avec plus ou moins d'adresse, plus ou moins de force, d'à propos.

Il va sans dire que, tôt ou tard, à ce petit jeu-là, l'usager se retrouve arrêté net par le filet, et échoue lourdement soit d'un côté, soit de l'autre, au grand bonheur d'un des secteurs qui crie momentanément victoire (bon débarras), face à l'autre qui pense déjà à la revanche et la belle. Puis, une fois le match terminé, chacun s'en va de son côté, laissant l'usager épuisé, jusqu'à la prochaine partie.

Dispositif d'échanges "cliniques" de type intervision

Le SMES, constitué de transfuges de ces deux secteurs, a décidé de modifier les règles de ce jeu cruel en s'installant à l'intersection des deux camps en y installant un filet de sauvetage propre à amortir les chutes les plus douloureuses de ces sujets errants peu identifiés.

Et qu'est-ce qu'on y fait, dans cette intersection : se raconter des histoires, des rencontres difficiles, des préoccupations communes, faire connaissance, apprendre à se connaître, à se fréquenter pour le meilleur et pour le pire, tout au bénéfice des usagers dont on partage le souci.

Les questions sont posées à chacun, en miroir : comment intervenir sans rompre le peu de lien laborieusement confectionné, comment donner à l'usager un statut de partenaire d'un projet de santé, comment soigner dans le lieu d'accueil et/ou accueillir dans le

lieu de soins; c'est autour de ces questions que la nécessité d'une pratique d'intersection continuée s'est imposée, que le SMES-B organise, régulièrement, sous la forme de groupes d'intervision, un espace de travail permanent, propre à construire un discours, des représentations, des valeurs communes à propos des situations ainsi partagées quant à la responsabilité.

Cet espace permet de créer liens et cohérences dans une continuité qui excède les besoins immédiats des usagers.

Tout au long de l'année, chaque mois, ces ateliers réunissent une soixantaine de professionnels des deux secteurs et les invitent à penser ensemble leurs pratiques à l'adresse de ces usagers itinérants; en même temps que sont partagées les habiletés, se tissent des liens qui fonderont, le moment venu, le support d'une intervention, d'une démarche, d'une véritable rencontre.

Ne plus être seul à penser une histoire qui semble pour une part excéder nos compétences, telle est la première fonction de l'atelier d'intervision; offrir aux pratiques de chacun une assise suffisamment large pour qu'elle s'autorise des innovations, voilà encore une des fonctions de ces ateliers.

Mais cet atelier d'intervision est aussi un espace virtuel, artificiel, un laboratoire d'autant plus propice à cette construction collective qu'il n'est contingenté par aucune contrainte du réel (pas d'institution).

S'il permet d'explorer, in vitro, de nouvelles pistes de travail, de mettre à jour les obstacles, il s'agit encore d'un espace protégé. Entre chaque séance, bien-sûr, chacun s'en retourne vers son espace de pratiques organisé par des rythmes et des modes d'action

différents.

Cellule d'appui médico-psycho-sociale mobile

Il reste que les usagers auxquels nous pensons continuent à poser toutes leurs questions, à montrer toutes leurs difficultés à l'endroit-même où ils sont et pas là où la cité et les professionnels aimeraient les voir posées ou montrées. Et de même que certains dispositifs ont été développés pour permettre aux professionnels d'aller à leur rencontre afin d'établir un contact, un lien, une certaine alliance de travail, de même, l'évidence s'est imposée au SMES-B de ce que l'accès aux soins des plus aliénés imposait une certaine mobilité à cette pratique d'intervision, qu'il fallait qu'elle soit doublée d'une dimension d'intervention et de liaison entre les divers intervenants.

C'est à partir de cette présumée nécessité que le SMES a créé, en ce début d'année 2002, un petit dispositif, de type recherche-action, mobile, la cellule d'appui médico-psycho-sociale.

Différente par principe d'un pseudo-pode, d'une antenne, d'une "ambulance" issue du secteur de la santé qui interviendrait, une fois alertée par un secteur social, de l'existence d'un usager en perdition, pour le ramener dans les droits chemins, il s'agit au contraire d'un dispositif qui vient compléter autour de l'usager, en contact avec lui cette fois, l'offre locale et y mettre en pratique, de façon à la fois plus intensive et plus directe, les principes de l'intervision (cellule d'intervision mobile) : construire avec l'entièreté des professionnels impliqués et avec l'usager cette fois, un scénario d'aide et de soins crédible pour toutes les parties, créer et maintenir dans le temps des liens entre les intervenants de toutes les instances

convoquées pour la circonstance "critique", créer un réseau sur mesure qui excède le temps de la crise et ainsi redonne à chacun une perspective sécurisée, au long cours.

Cette cellule d'appui, cellule sur laquelle s'appuie l'intervention, la conception, le scénario d'aides et de soins, est à disposition des usagers des services au travers des professionnels qui ont gagné sa confiance, sa complicité. Les professionnels ainsi reliés et adossés à cet atelier mobile expérimentent des pratiques qu'ils n'avaient jusqu'alors qu'effleurées (de trop loin ou trop peu de temps); ils ne sont plus seuls avec leurs questions et leurs craintes et ne travaillent plus sans filet; ils peuvent enfin envisager de travailler cette situation dans le long terme, ensemble... même s'ils savent que ce terme sera probablement fractionné par l'histoire de l'utilisateur qui occupe leur intérêt.

La cellule promeut enfin une formation continuée car elle est composée de professionnels issus des institutions partenaires du SMES, qui en sont détachés quelques heures afin qu'en retour, leur expérience, semaine après semaine, soit de nature à percoler de manière lente et progressive jusqu'au plus profond des pratiques de l'institution détachante.

C'est ainsi que le SMES compte, année après année, augmenter l'espace d'intersection.

L'interpellation sensibilisante et mobilisante des acteurs politiques régionaux ou la mobilisation par le financement

Cette cellule coûte un peu d'argent et c'est pourquoi le SMES-B a eu à convaincre les pouvoirs publics, non seulement du bien-fondé de sa

démarche, mais encore, ce qui est plus difficile, du "sacrifice" financier que cette option représentait.

La quête des moyens financiers est extrêmement intéressante dans la mesure où elle impose de redessiner les contours de votre projet en fonction non seulement de la clinique au service des usagers, mais encore des contradictions du paysage institutionnel de la région.

Plusieurs Ministres ont donc été entrepris, interpellés, mobilisés, pour soutenir le projet; dans un premier temps, ils ont tenté de se le renvoyer, comme nous le faisons jadis de l'utilisateur malade mental sans abri; "ceci ne relève pas de ma compétence", dit le Ministre des Affaires Sociales; "nous ne sommes pas disposés à suppléer ce que le secteur de la Santé Mentale devrait assumer avec ses institutions"; de même avons-nous pu entendre pareille réserve de la part de la Santé Mentale; fidèles à ses thèses, le SMES-B a proposé aux différents ministres compétents de se situer à l'intersection de leurs territoires et de co-financer de manière égale un projet qui rompt, partiellement au moins, avec les traditions *morcelantes*.

La résistance des pouvoirs publics à soutenir financièrement un projet d'intersection, une fois la mauvaise humeur passée, a été considérée comme un gage de pertinence.

En effet, dans un paysage institutionnel où il est de tradition de morceler les problématiques en autant de "compétences" politiques et, dans un même temps, de revendiquer celles de son voisin, sous une forme tantôt critique ("il ne fait pas son boulot"), tantôt phagocytaire ("je le ferai à sa place et mieux que lui")³, il est finalement encourageant de devoir batailler pour que deux ministres (voire

3. Tendance dont le secteur de la santé mentale a souffert lors de la mise en place des contrats de sécurité et de société, au cours des années 90.

4. "Création et consommation culturelles", premier congrès : la Wallonie au Futur, Charleroi, Jean-Paul Schyns, 1987.

plus à Bruxelles, divisée en tous sens) co-financent un projet hybride.

Cette hypothèse nous confirme également que cette population, parmi la plus difficile à aborder selon les modèles jusqu'ici développés, a fonction d'analyseur de nos cités dont elle est issue et qu'elle interroge quant à leur fonction d'inclusion sociale.

Parce que cette problématique complexe pose de façon caricaturale la question du morcellement des analyses et des actions des secteurs de l'aide aux personnes, le SMES-B prétend ainsi

apporter une contribution supplémentaire à la construction d'une cité cohérente, "matricielle"⁴, c'est-à-dire qui prend en compte l'homme, a fortiori l'homme en souffrance, en interaction, en osmose avec son environnement, même si celui-ci se situe dans la marge.

Dis-moi combien tu produis de SAMM et comment tu les "traites", je te dirai qui tu es ! C'est probablement cette question que le SMES-B désire poser à ceux qui ont la responsabilité d'une ville pour tous.

THS : LA REVUE DES ADDICTIONS
(publication trimestrielle de la Société Européenne Toxicomanies, Hépatites, Sida)
Sommaire du volume VII, n° 26, septembre 2005

Numéro spécial art, culture et addiction

Editorial

Art, culture et addiction - Jean Marie Guffens

Art et addiction ou l'esthétique de la répétition - Patrick Lemoine

L'opium est peintre en trompe-l'esprit - Jean Cocteau et Jacques Maritain (correspondance 1923-1963)
Texte choisi par Lise Thiry

Tanguy, un destin et une addiction - Bernard Filoche

Baudelaire et la drogue : une liaison ambiguë. Une lecture des Paradis artificiels - Yannick Fourot

Gérard de Nerval : psychose toxique ou psychose sous toxique - Jean-Pierre Jacques

Antonin Artaud (1896-1948) : sa folie, sa maladie, sa toxicomanie - Vincent Jaury

Marguerite Duras, l'alcool et "la permanence de la blessure" - Vincent Jaury

"Le vin compose pour eux des chants et des poèmes".
Alcool et littérature : une liaison passionnelle - Michel Antoni

Sous l'amandier - Yves Léglise et l'équipe de l'UTTD de Montpellier

Infos (administration et abonnements) : SETHS, Le Vieux Mûrier, F - 83 990 Saint Tropez, France, tél : 04.94.97.09.56, fax : 04.94.97.75.80, e-mail : seths2@wanadoo.fr, web : <http://seths.org>

LOGIQUE NÉO-LIBÉRALE DE LA RESPONSABILISATION ET ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

ENTRE CAPITALISME DÉBRIDÉ ET DÉCROISSANCE UNILATÉRALE : LA TROISIÈME VOIE DE LA SOBRIÉTÉ UNIVERSELLE

Christian LÉONARD¹

Nous proposons une approche critique de la vague de responsabilisation individuelle qui touche les bénéficiaires des assurances sociales telles que l'assurance maladie ou l'assurance chômage. La responsabilisation fondée sur une forme de méritocratie remet complètement en question le principe même de l'assurance sociale, car il ne suffit plus de cotiser pour bénéficier d'une couverture d'un risque social, encore faut-il prouver que l'on a adopté un comportement socialement ou sanitaire correct pour mériter l'usage du bien collectif au financement duquel l'utilisateur a, d'autre part, participé par le paiement de ses cotisations et de divers impôts. Nous explicitons quelques exemples de responsabilisation individuelle des patients qui montrent les dangers que ces réformes comportent pour l'accès aux soins de santé. Nous montrons en quoi cette responsabilisation du consommateur de biens collectifs constitue un réel paradoxe quand la dictature du PIB oblige le consommateur de biens privés à acquérir de nouveaux objets sans remettre en question les injonctions de la publicité. Enfin, nous proposons une autre voie de développement compatible avec la solidarité mondiale, le respect de la planète et le retour à un mode de vie plus respectueux du sens de notre existence, nous engageons chacun à vivre plus simplement, plus sobrement pour lutter contre l'influence de la pensée dominante néo-libérale.

Doit-on réellement s'indigner de la vague de responsabilisation qui touche notamment les chômeurs et les malades, ou s'agit-il d'une nécessaire procédure de conscientisation des consommateurs de biens publics ? Pour ceux qui sont, souvent par naissance, du bon côté de la barrière, ce concept d'inspiration néo-

libérale permet de faire utilement la chasse aux profiteurs et d'éliminer les poches de dysfonctionnement. En outre, la responsabilisation assurerait la position compétitive de nos économies en réduisant les dépenses sociales, et donc les "charges" qui pèsent sur le travail. Toutefois, cette réflexion de

1. Economiste. Chef du département Recherche & Développement à l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes et Professeur de politique de santé à l'Institut Cardijn.

Mots-clés

- mondialisation
- médicalisation
- méritocratie
- responsabilisation
- décroissance
- développement
- sobriété

2. Nous analysons de manière détaillée ce processus de privatisation implicite qui touche les systèmes de sécurité sociale dans Léonard Christian, "La privatisation de la protection sociale : un phénomène croissant et multiforme", MC-Informations, n° 212, avril 2004, pp. 3-16.

3. Définie par Durkheim comme l'absence ou la disparition des valeurs communautaires et sociales.

4. Voir Bourdieu Pierre, "L'essence du néolibéralisme", Le Monde Diplomatique, mars 1998, p. 3.

5. On lira avec intérêt l'excellent article que Philippe Defeyt consacre à la pensée de Ivan Illich, un penseur prêtre et philosophe dont les écrits restent d'une actualité angoissante. Ses œuvres complètes sont rééditées chez Fayard. Defeyt Philippe, "Sortir de la société de consolation", Démocratie, n° 9, 1^{er} mai 2005, pp.1-5.

6. Bénilde Marie, "Des marques au fer rouge dans nos consciences", Le Monde Diplomatique, mai 2000, pp. 10-11. Le Monde Diplomatique de mai 2001 consacre un dossier complet à la publicité intitulé "La pieuvre publicitaire", pp. 9-14.

7. On peut en effet s'étonner, mais est-ce réellement étonnant, que certaines maladies

privilegiés ignore les influences des nombreux déterminismes dont nous somme tous l'objet, elle est inéquitable et même inefficace, mais présente l'avantage de conforter les nantis dans leur certitude des mérites dont ils ont fait preuve pour atteindre et conserver la position qu'ils occupent.

Mondialisation et compétitivité

On ne peut véritablement comprendre les tensions que subissent les systèmes sociaux sans faire un détour par le processus de mondialisation qui donne à la concurrence une nouvelle dimension d'expression. Le raisonnement est à présent bien connu, les échanges commerciaux avec les pays où un niveau très satisfaisant de la qualité de production s'accommode d'un faible coût salarial, contraignent les producteurs des pays industrialisés à délocaliser si la "charge" salariale n'est pas réduite de manière drastique. Imperceptiblement, on est ainsi entré dans une vague de privatisation implicite dont la justification est également idéologique. Les réductions de recettes n'ont en effet pas pour seul but le rétablissement de positions concurrentielles, mais sont aussi la conséquence de volontés affichées plus ou moins ouvertement par les théoriciens de l'offre, voire par les adeptes d'idées libertariennes.² Ce passage au néolibéralisme est d'autant moins perceptible qu'il s'accompagne des résistances qu'il suscite. Il s'agit d'un véritable paradoxe, énoncé par Pierre Bourdieu, pour qui la chute dans l'anomie³ est justement évitée par toute une mobilisation d'institutions et agents de l'ordre ancien, dont l'action se fonde sur des valeurs de solidarités sociales ou familiales⁴, en d'autres termes l'exercice de la solidarité empêche de percevoir les attaques dont elle est l'objet.

La dictature du produit intérieur brut

Comment est-il possible que nous acceptions presque tous d'entrer dans ce cycle infernal de la production-rémunération-consommation ? A quel dieu sacrifions-nous ce qui devrait être notre bien le plus cher, notre liberté ? La réponse se décline sous la forme d'un acronyme, PIB, cet outil dont on nous dit qu'il mesure la prospérité d'une nation. Il ne dit en fait rien de la manière dont chaque bien est produit, si sa production respecte l'environnement ou si elle en augmente l'empreinte écologique. Il est tout aussi muet sur la manière dont il est réparti, certains affirment et expérimentent le caractère inégal de sa répartition comme condition nécessaire de sa croissance. Dans un souci d'objectivité normative, il se garde bien de faire la différence entre les activités qui participent à la promotion du principe d'humanité, et celles qui dégradent jusqu'à l'image que l'homme se fait de lui-même.⁵ Le moteur de cette frénésie productiviste et consumériste est constitué par la masse informe de nos innombrables besoins et alimenté par ce qui est devenu un secteur d'activités propre, la publicité. Aucun fragment de notre existence n'y échappe et elle trouve un support sur le moindre élément de notre environnement. Il semble que dorénavant ce ne soit "plus le consommateur qui commande le rythme de la production, mais le producteur qui orchestre le désir de consommation". La publicité est une industrie de transformation de la conscience sociale⁶ et, sans doute, morale. Cette dictature du PIB, magnifiquement orchestrée par l'omniprésence de la publicité, repose sur un extraordinaire paradoxe. En effet, toute critique de ce processus autosuffisant qui viserait à remettre en question la croissance économique serait perçue comme de la sédition, le

consommateur de biens privés étant voué à s'abstenir d'esprit critique avant de s'adonner à son activité d'achat. Toutefois, lorsqu'il fait usage de son droit aux biens collectifs et notamment sociaux, il est tenu d'adopter un comportement responsable susceptible d'économiser les deniers publics qui sont pourtant les siens. On ne s'étonnera pas que dans un monde où il doit se comporter de manière irresponsable dans le champ privé et responsable dans le champ public, où des messages dont le nombre est sans cesse croissant lui imposent d'avalier tout et n'importe quoi, tant au propre qu'au figuré, l'individu soit pris de sentiments schizophréniques.

La médicalisation des problèmes sociaux

La mécanique est cependant bien huilée et ne laisse pas se perdre des éventuelles niches de production. C'est ainsi que la dislocation des liens sociaux, l'anxiété de se retrouver responsable de ses échecs, alors que la publicité présente en exemple des êtres parés de toutes les qualités, et l'impérieuse nécessité de conserver une image de jeunesse et de beauté, vont précipiter les victimes du système dans un état qui sera qualifié de dépressif. Il est en effet essentiel de trouver un mot pour couvrir ce concept de mal-être, et ce concept présente une connotation pathologique, car il permet ainsi de faire entrer notre individu dans la catégorie des patients. La dépression est une maladie, il en est donc malade mais il peut être rassuré, car à chaque maladie correspond un remède, et peut-être même un médicament, pour autant que le marché potentiel soit suffisamment rentable.⁷

L'obésité est un autre problème de société dont nombre se réjouissent qu'il obtienne le statut de maladie. Il est vrai que le nombre de personnes concernées

augmente à un rythme inquiétant et que le combat en amont du processus de la prise de poids s'avère des plus difficiles. C'est pourtant sur le terrain de la prévention, de la promotion de la santé, de l'éducation à la santé, que la bataille devrait être menée en priorité. Cependant, ceux qui osent affronter le très puissant lobbying agro-alimentaire semblent être des héros des temps modernes. Quelques exemples récents illustrent parfaitement l'incompatibilité entre production alimentaire et promotion de la santé. Lors de l'assemblée générale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) tenue à Genève, du 17 au 22 mai 2004, les experts de cette organisation ont demandé aux pays membres de promouvoir l'exercice physique et les régimes alimentaires plus sains. Dans un projet de résolution l'OMS soulignait qu'il était de la responsabilité des industriels de réduire "la part de graisses, du sucre et du sel dans les aliments préparés". Un projet vivement critiqué par le lobby du sucre, qui a accusé les experts ne n'avoir pas assez réfléchi aux conséquences économiques de leurs recommandations.⁸ En France, l'élaboration et le vote particulièrement difficiles des articles 29 et 30 de la loi santé du 9 août 2004, prouvent que la volonté politique s'émousse au contact de la rugosité des contraintes marchandes. L'article 29 prévoit l'obligation d'une information sanitaire lors de la diffusion télévisée ou radiodiffusée de messages publicitaires en faveur de boissons auxquelles ont été ajoutés des sucres, du sel ou des édulcorants. Le législateur a choisi cette réglementation plutôt qu'une interdiction et a, en outre, dû prévoir une manière de s'y soustraire. En effet, le message sanitaire pourra être évité par le versement d'une contribution au profit de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.⁹ L'article 30 prévoit l'interdiction des distributeurs automatiques de boissons

continuent de tuer par dizaines ou centaines de milliers de personnes dans des pays où, il est vrai, le niveau de vie est extrêmement faible. Selon l'OMS, le paludisme tue entre 1 et 3 millions de personnes par an. L'Afrique paie le plus lourd tribut avec 90 % des cas et, à titre de comparaison, la France connaissait en 1999, 7.000 cas dont une vingtaine de décès.

8. Voir Bassir Pour Afsané, L'OMS rappelle la "nécessité absolue" de développer les traitements antisida dans les pays pauvres, *Le Monde*, 21 mai 2004, p. 4.

9. Cette contribution s'élève à 1,5 % des sommes destinées à l'émission et la diffusion des messages publicitaires.

10. Voir Blanchard Sandrine, "La lutte contre l'obésité se heurte au lobby agro-alimentaire", *Le Monde*, 30 avril 2005, p.8.

11. Mamou Yves, "La pilule miracle de Sanofi Aventis contre le tabagisme et l'obésité", *Le Monde*, 27 juillet 2005, p. 9.

12. Les derniers exemples en date sont ceux du laboratoire californien Avanir qui considère que rire et pleurer sans raison est une pathologie et qui a, comme par hasard, développé un médicament appelé Neurodex pour traiter cette labilité émotionnelle "pathologique". Le laboratoire américain Cephalon est lui prêt à offrir un remède à la somnolence diurne excessive avec le Nuvigil. Voir Bader Jean-Michel, "Des maladies pour vendre des médicaments", *le Figaro*, 14 juillet 2005, p. 10.

13. Illich Ivan, "Némésis médicale" in *Œuvres complètes*, volume 1, Fayard, 2004, pp.

581-786. Illich y illustre magistralement le caractère relatif des gains d'espérance de vie consécutifs à la mobilisation de la technologie médicale. Il rappelle fort opportunément que les gains les plus importants ont été obtenus grâce aux améliorations de l'hygiène de vie, de l'hygiène dans les actes médicaux simples et à l'amélioration de la nutrition.

14. Nous abordons les effets, notamment éthiques, de l'application des progrès technologiques dans la médecine dans Léonard Christian, "Du progrès technique dans le champ d'action de la médecine", *MC- Informations*, n° 214, août 2004, pp. 5-19.

15. Voir par exemple Bourdieu Pierre, "La distinction, critique sociale du jugement", Editions de Minuit, Paris, 1979.

16. Voir par exemple Maurin Eric, "Le ghetto français. Enquête sur le séparatisme social", Seuil & La République des idées, Paris, octobre 2004 et Maurin Louis, "Que sait-on des inégalités en France ?", *Futuribles*, n° 307, avril 2005.

17. En Belgique, globalement, la valeur moyenne de l'Indice de Masse Corporelle s'élève à 24,9 alors que 46 % de la population présente un poids "normal", 33 % présentent un excès de poids et 12 % sont obèses. A l'opposé, 8 % sont maigres et 2 % souffrent de maigreur extrême. Si seuls 5,6 % des personnes qui ont obtenu un diplôme de niveau universitaire sont obèses (IMC moyen de 24,0), la proportion atteint 15,6 % chez celles qui n'ont pas de diplôme (IMC moyen 26,0). L'IMC- Indice de Masse Corporelle ou Body Mass Index est le rapport entre le

et produits alimentaires dans les établissements scolaires à partir du 1^{er} septembre 2005. Une mesure qui a fait monter au créneau les défenseurs du secteur qui ont vanté le rôle de renforcement de la "sociabilité" de ces distributeurs ou la perte d'emplois que la mesure allait inévitablement générer. Toujours dans le secteur de l'alimentation, le 21 avril 2005, les membres de la commission environnement, santé publique et sécurité alimentaire du Parlement européen ont suscité la colère des associations de défense de consommateurs en "édulcorant" un projet de règlement concernant les allégations qui fleurissent sur les emballages de produits présentés comme de réels passeports pour la bonne santé. Les parlementaires européens ont rejeté le principe selon lequel toute allégation devait reposer sur les qualités nutritionnelles du produit, et les fabricants en seront quitte avec une simple notification avant de recevoir l'autorisation de mentionner ces allégations "alléchantes" pour le consommateur obnubilé par la santé parfaite.¹⁰

La pression productiviste ne se manifeste pas seulement en amont du processus qui mène au surpoids ou à l'obésité, il est également présent en aval, au travers de la médicalisation du phénomène qui, nous en sommes convaincus, est majoritairement social, voire sociologique. Les associations de lutte contre l'obésité sont très souvent financées par des firmes pharmaceutiques qui produisent des médicaments qui pourraient devenir rapidement des "blockbusters", ces fameux médicaments dont le chiffre d'affaire dépasse un milliard de dollars. Chez Sanofi Aventis on prétend même avoir trouvé la pilule miracle qui lutte à la fois contre l'obésité et le tabagisme. Le Rimonabant pourrait obtenir le feu vert de la Food and Drug Administration (FDA) aux Etats-Unis dès 2007, une

affaire en or au vu du marché potentiel. Le marché de l'obésité est estimé à 10 milliards de dollars dans les pays développés, où 15 à 20 % des personnes sont obèses, et le tabagisme concerne 1,3 milliard de personnes dans le monde.¹¹ Les laboratoires semblent même parfois chercher la pathologie qui correspondra aux médicaments qu'ils ont produits.¹²

Cette médicalisation est évidemment contestable, car elle participe à l'inadéquation entre les problèmes et les solutions, mais elle est également dommageable pour la santé collective et individuelle. Par exemple, la surconsommation d'antibiotiques est néfaste collectivement en raison de la capacité de résistance des bactéries qu'elle induit. En outre, l'usage systématique de médicaments ou d'actes médicaux peut s'avérer contre-productif, donnant naissance à une "iatrogénèse" que le philosophe Ivan Illich avait déjà mise en évidence il y a quarante ans.¹³

La responsabilisation face aux déterminismes

Invoquer les déterminismes invite à la prudence, il faut en effet éviter de donner une justification à l'attitude paternaliste de ceux qui "savent" ou renforcer le découragement structurel qui menace ceux qui se sentent posés sur des rails médicaux ou sociaux. Au-delà des caractères héréditaires ou génétiques que nous supposons irréversibles pour la simplicité du propos, les enquêtes de santé ou les évaluations que l'on peut faire des effets de l'enseignement sur la mobilité sociale montrent qu'il n'est pour le moins pas aisé de sortir de son milieu et d'échapper aux "marques" qui en sont caractéristiques.¹⁴ Les constats de Pierre Bourdieu il y a une quarantaine d'années à propos de la limitation du "champ des possibles"¹⁵ qui résultait

principalement de l'héritage culturel sont confirmés aujourd'hui par des études qui attestent de la ghettoïsation consubstantielle aux inégalités d'accès au logement, à l'enseignement ou à la culture.¹⁶

On sait également que la santé, exprimée par l'espérance de vie ou le niveau de morbidité par type d'affections, est caractérisée par un gradient socio-économique qui induit de fortes inégalités. Les enquêtes de santé réalisées en Belgique par exemple illustrent de manière lumineuse ces inégalités qui se manifestent tant dans le mode et la quantité de consommation médicale que dans la prévalence d'affections chroniques. Les caractéristiques physiques de la personne, telles que le surpoids ou l'obésité, sont également associées à un tel gradient.¹⁷ Même l'état de leur tissu relationnel n'y échappe pas.¹⁸ Malgré ces nombreuses preuves d'inégalités "déterminées", le politique cherche à réaliser des économies en reportant une part sans cesse croissante des coûts collectifs sur l'individu, en le responsabilisant individuellement. Nous puisons ici dans l'actualité quelques exemples qui illustrent ce processus qui ne semble pas susciter une grande indignation.

Parcours de soins et contrats responsables en France

La France s'est engagée dans le voie de la responsabilisation du patient par l'introduction au 1^{er} janvier 2005 d'un montant forfaitaire d'un euro à charge du patient qui consulte un généraliste ou un spécialiste ou qui bénéficie d'un acte technique auprès de l'un de ces prestataires. Par la loi du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie, nos voisins ont également prévu une responsabilisation financière supplémentaire du patient en introduisant des pénalités financières pour ceux qui ne respecteraient pas les règles du "parcours de soins coordonné". Il

incombe en effet au patient de se choisir un médecin traitant par lequel il s'engage à passer avant de consulter un spécialiste.¹⁹ En dehors de ce "parcours de soins", le patient paiera un ticket modérateur supérieur et devra supporter la "liberté" tarifaire des spécialistes. Il s'agit du volet "responsabilisation" du patient qui est doublé d'un volet "responsabilisation" des assurances complémentaires de santé.

En effet, la mise en oeuvre de la réforme de l'assurance maladie se poursuit actuellement avec la définition de ce que l'on appelle les "contrats responsables". Ce concept complet, fort logiquement²⁰, la responsabilisation financière du patient qui doit suivre le parcours optimal. Un contrat offert par une assurance complémentaire est qualifié de responsable s'il exclut, au moins partiellement, la couverture des dépassements d'honoraires qui frappent le patient "irresponsable". La reconnaissance comme "contrat responsable"²¹ est essentielle, car elle permet à la mutuelle ou la compagnie d'assurance de bénéficier d'avantages fiscaux, mais est également une condition pour que l'accès au dit-contrat soit favorisé par un système de crédit d'impôt. En outre, les complémentaires qui n'offrent pas de "contrats responsables" seront redevables d'une taxe de 7%.²² On peut cependant craindre que ce crédit d'impôt²³ ne permette pas d'acquiescer une complémentaire qui pallie réellement les insuffisances sans cesse croissantes de l'assurance obligatoire. Il est d'ailleurs interpellant que le pouvoir public trouve les moyens financiers pour allouer des crédits d'impôts octroyés pour compenser l'insuffisance des recettes affectées à l'assurance obligatoire. Comme le soulignent Catherine Mills et José Caudron dans une critique très pertinente de la réforme de Douste-Blazy, "le crédit d'impôt prévu apparaît

poids exprimé en kilos et la taille exprimée en mètres et élevée au carré (P/T^2). On parlera d'obésité pour un IMC supérieur à 30, d'excès de poids pour un IMC entre 25 et 30 et d'un poids normal pour IMC entre 20 et 25. On parlera de maigreur lorsque l'IMC s'établit en dessous de 20 et de maigreur extrême lorsqu'il atteint une valeur inférieure à 18.

18. Nous avons présenté les résultats des enquêtes réalisées en 1997 et 2001 dans les articles suivants : Léonard Christian & Van Winckel Hilde, "Le Belge et sa santé", M-Info, n° 186, février-mars 1999 & Léonard Christian, "La nouvelle enquête sur la santé des Belges, une grille de lecture des inégalités de santé", MC-Informations, n° 207, pp. 16-24, 2003. Une nouvelle enquête a été réalisée en 2004, les résultats sont attendus pour la fin de l'année 2005.

19. A l'exception des chirurgiens-dentistes, des pédiatres, des ophtalmologistes et des gynécologues.

20. Logiquement, car si le but de cette partie de la réforme est plus de modifier le comportement du patient que de réduire l'intervention de la sécurité sociale, on comprend que des précautions soient prises afin d'éviter que les complémentaires annulent l'effet incitatif de la mesure.

21. Au moment où nous écrivons cet article, le gouvernement doit encore publier deux décrets portant sur la modulation des tarifs par l'assurance maladie et les assurances complémentaires.

22. Voir Allard Laurence, "Soins médicaux : ce qui restera à la charge des

assurés", Le Figaro Patrimoine, 30 avril 2005, pp. 12 et 14. Trois types d'incitations sont donc prévues : l'exclusion de l'assiette de cotisations sociales de la contribution des entreprises à la prévoyance complémentaire, l'exonération de la taxe spéciale de 7 % sur les conventions d'assurance et le droit de déductibilité du revenu net imposable des cotisations ou primes versées, tant par les salariés que par les professionnels indépendants. Voir également Beau Pascal, "Contrats responsables, que des inconvénients ?", Espace Européen, n° 721, 22 au 28 avril 2005, pp. 4-5.

23. Ce crédit d'impôt s'élève à 75 euros pour les moins de 25 ans, à 150 euros pour les 25-59 ans et à 250 euros pour les 60 ans et plus. Il bénéficie aux personnes dont les revenus se situent entre 576,13 et 662,55 euros, c'est-à-dire 15 % au-delà du seuil de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

24. Caudron José & Mills Catherine, "Le système de santé. Résistances et alternatives. Critique de la contre-réforme Douste-Blazy et perspectives", ESPERE, Le temps des Cerises, Paris, 2004, p. 52.

25. Un système similaire est d'application en France sous le nom de "forfait de remboursement" ou "tarif forfaitaire de responsabilité" depuis septembre 2003. Comme le montre une étude du CREDES, de tels systèmes ne sont pas suffisants pour infléchir véritablement l'évolution des dépenses pour médicaments qui est liée aux volumes prescrits d'une part, et au prix des médicaments couverts par des brevets et innovants, d'autre part. Voir le Pape Annick, Paris Valérie &

plus comme un instrument de désolidarisation du système de santé, alors qu'on nous prétend l'inverse".²⁴

Le prix de référence en Belgique

Ce système a été introduit en Belgique le 1^{er} juin 2001 pour stimuler la consommation de médicaments moins coûteux. Le législateur a en fait choisi d'agir sur le patient pour inciter le médecin à prescrire des médicaments génériques dont l'action se fonde sur les mêmes principes actifs que le médicament "original" et dont le prix est inférieur. C'est ainsi que lorsqu'un médicament original est prescrit et qu'il existe un médicament générique qui lui correspond, l'assurance maladie intervient sur la base d'un pourcentage du prix du médicament générique et non plus du médicament original. C'est donc le patient qui paie la différence de prix, il est donc financièrement responsable de la prescription médicale.²⁵

Le no-claimteruggaveregeling aux Pays-Bas

Depuis le 1^{er} janvier 2005, l'assuré hollandais peut bénéficier d'une "ristourne" s'il adopte un comportement responsable comme consommateur de soins de santé. En effet, à l'issue d'une année civile, l'organisme assureur ristournera la différence entre 255 euros et la somme de toutes les interventions dont l'assuré aura bénéficié. Dans le cadre de la réforme du système de santé hollandais²⁶, cette "ristourne" va donner lieu à des calculs dont le résultat va (devrait) selon les initiateurs du projet, induire un comportement d'optimisation tenant compte de la prime versée à l'organisme assureur et des coûts générés par la consommation de soins. En effet, pour une couverture identique, les organismes assureurs exigent une prime qui varie d'environ 240 euros à plus de 455 euros. Les plus chers arguent du fait

que leur service est meilleur et que leur portefeuille d'assurés présente un risque moyen plus élevé. Cela signifie que la ristourne peut être supérieure à la prime versée, ce qui ne correspond peut-être pas à l'esprit de bonne gestion financière des assurances. Plus important, et même plus grave, les assurés qui, à l'approche de la fin de l'année, auront généré des interventions de leur organisme assureur pour un montant inférieur au montant de la ristourne maximale, 255 euros, ne seront-ils pas l'objet d'une propension à sous-consommer ? Cette propension ne risque-t-elle pas d'être d'autant plus forte que la situation financière de la famille concernée est précaire ? Les Pays-Bas ne vont sans doute pas s'arrêter là, car le Ministre de la Santé Publique Hoogervorst a fait savoir qu'il souhaitait que les personnes qui sont touchées par une maladie qui est la conséquence de leur style de vie supportent une charge financière supplémentaire.

L'imposture de l'antériorité de la croissance pour atteindre le développement

La responsabilisation est rendue possible par une certaine forme d'individualisme et par une sorte d'inféodation au PIB, mais elle est également considérée comme indispensable à la croissance qu'il est devenu redondant de qualifier d'économique. Dans la logique néolibérale, la croissance est elle-même indispensable au développement et les défenseurs d'une croissance modérée, voire d'une certaine forme de décroissance²⁷, éprouvent des difficultés à dissocier les deux concepts quand ils ne doivent pas se résoudre à récuser les deux.²⁸

On ne peut cependant confondre la recherche d'une voie durable de "vie bonne" et une querelle sémantique qui

ferait oublier que l'on doit assurer un développement autonome des pays qui ne disposent pas actuellement du minimum vital alimentaire et sanitaire. Sans aucune volonté d'imposer une culture ou des valeurs, il nous appartient de promouvoir le principe d'humanité aux confins de ses limites géographiques.

Pour en sortir : la troisième voie de la sobriété

Que ce soit pour des raisons sociales, humaines ou écologiques, une autre voie s'impose à nous. Le paradigme de la croissance qui fournit l'emploi et le bien-être et qui est économe des énergies non renouvelables est devenu, non seulement intellectuellement, mais aussi pratiquement obsolète. Notre planète ne pourrait supporter que chaque pays ait la même empreinte écologique que les États-Unis ou même que la Belgique, les processus de production sont de plus en plus économes mais cela restera insuffisant.²⁹ La prise de conscience qu'une troisième voie est indispensable doit être mondiale, car c'est ensemble que nous pourrions la suivre, en adoptant un rythme de croissance adapté à chaque pays, afin d'atteindre le niveau de vie qui assure l'essentiel des ressources

pour atteindre l'objectif d'une "bonne vie".³⁰ Comme l'écrit Jean-Marie Harribey, "on peut faire l'hypothèse que la baisse du temps de travail peut contribuer à débarrasser notre imaginaire du fantasme d'avoir toujours davantage pour mieux être, et que l'extension des services collectifs, de la protection sociale et de la culture soustraits à l'appétit du capital est source d'une richesse incommensurable avec celle que privilégie le marché".³¹

Indiscutablement, cette voie est celle de la sobriété, non pas de la pauvreté ou de l'austérité, mais bien d'une réelle prise de conscience que notre liberté ne consiste pas à consommer et à travailler pour gagner les moyens indispensables à cette consommation. Notre liberté passe par un renoncement volontaire à la frénésie de l'acquisition, au remplissage de notre existence pour mieux célébrer le quotidien. Si nous réfutons le caractère équitable et même efficace de la responsabilisation individuelle, nous proposons l'exercice pour chacun d'une prise de conscience du rôle à jouer dans le cadre d'une responsabilité collective du "mieux vivre" ensemble, du respect de la planète, de la solidarité de tous pour chacun. Comme le disait Gandhi, apprenons à vivre plus simplement afin que, simplement, d'autres puissent vivre. ■



Sermet Catherine, CREDES, "Les politiques de forfaits de remboursement des médicaments en Allemagne et aux Pays-Bas", Questions d'économie de la santé, n° 28, avril 2000.

26. Voir notamment Wierinck Marie, "Plus de marché pour sauver la solidarité ? Le pari néerlandais de la réforme de l'assurance maladie", Chronique Internationale de l'IRES, n° 91, novembre 2004, pp. 65 - 78.

27. Voir par exemple Latouche Serge, "Pour une société de décroissance", Le Monde Diplomatique, novembre 2003, pp. 18 - 19.

28. Voir Latouche Serge, "En finir, une fois pour toutes avec le développement", Le Monde Diplomatique, mai 2001, pp. 6-7 & Latouche Serge, "Et la décroissance sauvera le Sud...", Le Monde Diplomatique, novembre 2004, pp. 18 - 19.

29. L'empreinte écologique d'un pays peut être définie comme la surface de terre productive et d'écosystèmes aquatiques nécessaires à produire les ressources utilisées par ce pays et à assimiler les déchets qu'il produit. Il est ainsi possible de calculer le différentiel, pour chaque pays, entre son empreinte écologique et la surface dont il dispose réellement.

30. Selon l'expression de Serge Latouche, novembre 2004, op. cit.

31. Harribey Jean-Marie, "Développement ne rime pas forcément avec croissance", Le Monde Diplomatique, juillet 2004, pp. 18 - 19.

"PAUVRES DE NOUS : PRATIQUES DE LA PAUVRETÉ URBAINE", UN OUVRAGE DE YVAN MAYEUR¹

Extraits choisis et propos recueillis par Christelle VERSLUYS²

On "fabrique" aujourd'hui des générations de pauvres, avec une reproduction de sans-emploi de père en fils. Si l'on veut casser le retour à une certaine forme d'assistanat, il faut aller plus loin dans ce sens et soutenir un projet émancipateur beaucoup plus large.

A Bruxelles, en collaboration avec d'autres pouvoirs publics et avec le tissu associatif, nous jouons la carte de la proximité et du développement de quartier.

Il est temps de remettre la pauvreté au centre du débat et de relancer comme il y a douze ans, un programme d'urgence de lutte contre l'exclusion.

C'est au Parlement que l'amélioration des conditions de vie des citoyens doit être défendue. Les combats sociaux sont avant tout des combats politiques.

La Belgique connaît 580.000 chômeurs, 88.000 personnes vivant du revenu d'intégration sociale, parfois activé, et une masse considérable de "working poors", des travailleurs à temps partiel involontaire, alternant périodes d'emploi et de non-emploi, de travail précaire ou de pseudo-statut d'indépendant, etc. Toute cette population constitue la classe sociale des "plus défavorisés", des "exclus", des pauvres en réalité. Même si, et il est essentiel de le souligner, le système de sécurité sociale belge est des plus performants et sauve du naufrage social et de la misère, des milliers de familles dans notre pays.

Les demandes d'aide sociale ne cessent de progresser. Environ 13.000 personnes, au moins une fois sur l'année, ont reçu une aide du CPAS de Bruxelles, en 2004. 25.000 personnes font appel aux CPAS de la Région bruxelloise sur un total de plus de 100.000 en Belgique.

Je voulais voir, je voulais savoir. J'arrivais au CPAS de Bruxelles en avril 1995. On peut avoir des idées, connaître des théories, lire des rapports, mais rien n'y fait : il faut aller voir, se rendre compte par soi-même. Il me faut m'imprégner des situations, des lieux de survie pour comprendre avant d'agir.

Nous avons fait le constat que les mécanismes traditionnels d'intervention, souvent exclusivement financière, ne suffisaient plus à répondre aux besoins. Il faut mener de véritables actions sociales qui rencontrent les problèmes concrets des gens comme le surendettement, la santé, le logement, l'emploi. D'où une décentralisation du service social du CPAS au cœur des quartiers, l'amélioration de l'accueil dans la salle d'attente, le recrutement de personnel supplémentaire et permettant une représentation multiculturelle en accord avec la population des quartiers.

Mots-clés

- ré-affiliation
- émancipation sociale
- estime de soi
- solidarité
- modèle de protection sociale à exporter
- entraide internationale ou la misère du monde dans les CPAS
- responsabilité collective
- acteurs sociaux

1. Président du CPAS de Bruxelles, Député fédéral. Son ouvrage "Pauvres de nous : pratiques de la pauvreté urbaine (entretiens avec Christian Cession)" est paru aux Editions Luc Pire en mai 2005.

2. Consultante-formatrice à Prospective Jeunesse.

Citation extraite de l'ouvrage

"Dans un contexte de chômage de masse et de croissance de l'exclusion, la (cette) vision des droits comme droits compensateurs d'un dysfonctionnement passager (maladie, chômage de courte durée,...) devient inadaptée. Conçue pour traiter des situations appréhendées comme des risques conjoncturels, elle ne convient plus pour gérer des états hélas plus stables. Les phénomènes actuels de l'exclusion ne renvoient pas aux catégories anciennes de l'exploitation. Une nouvelle question sociale a ainsi fait son apparition" (Pierre Rosanvallon, "La Nouvelle question sociale", Seuil, 1995).

Une approche plus globale des difficultés sociales doit être développée. Le but est, en effet, de donner à chacun les moyens spécifiques d'infléchir le cours d'une vie, de surmonter une rupture, d'anticiper une panne avec l'aide de la société qui s'engage à prendre ses droits au sérieux. Il s'agit donc d'obligations positives et d'implications réciproques. La personne qui demande de l'aide doit être considérée comme un citoyen qui a des droits et qui doit s'impliquer dans un projet de réinsertion pour actionner ces droits. Cette configuration impose à la société, représentée par le CPAS et son assistant social, un devoir d'aide en faveur de la personne mais aussi le droit d'exiger de celle-ci qu'elle respecte une forme de contrat défini avec elle et lié à cette aide. **Elle instaure un véritable droit à l'insertion.** Au-delà du droit au revenu (forme de salarisation de l'exclusion), le projet d'insertion produit un droit à l'utilité sociale.

Si, avant, les gens devaient apporter la preuve de leurs démarches auprès des employeurs et prouver qu'ils étaient disponibles sur le marché du travail, maintenant, c'est au CPAS qu'il incombe de proposer un emploi ou un projet d'insertion dans les 3 mois. Il reste que l'assistant social représente l'autorité publique face au citoyen qui sollicite l'aide du CPAS.

L'insertion ne doit pas prendre la seule voie de la remise au travail, même si celle-ci est privilégiée dans le cadre de ce projet global. Le contrat d'insertion sociale constitue un outil essentiel de resocialisation et de (ré)apprentissage professionnel, apportant une réponse aux trois facteurs catalyseurs du délabrement du système social, en ce qu'il :

- considère les personnes de manière plus individualisée en les responsabilisant et en les amenant à

devenir des partenaires plutôt que demeurer assistés,

- réconcilie l'économique et le social en revoyant le concept de contrat social et le droit au travail,
- tend à mettre fin à l'exclusion indemnisée en élargissant la notion classique de droits sociaux à celle du droit à l'insertion.

On doit se battre pour le plein emploi. Mais il faut aussi trouver les moyens de donner aux gens leur identité et leur estime de soi par une utilité sociale en dehors de l'emploi, si c'est impossible autrement. Ils ne sont pas l'armée de réserve des entreprises, tenus dans l'ombre, en marge de l'évolution technologique et à l'écart du progrès social. Parce que les gens qui se replient sur eux-mêmes, en victimes, qui n'ont pas le bagage culturel pour s'en sortir tout seul, ont un droit sur la société. En faire un droit, c'est affirmer qu'ils ne s'en sortiront pas seuls. Et donc, les CPAS ont l'obligation de travailler avec eux pour qu'ils retrouvent une utilité sociale. L'utilité sociale, c'est également pour soi-même. C'est aussi culturel. C'est reconstruire des formes de vie en commun où les gens trouvent leur place autrement que par le boulot. D'autres identités et d'autres fiertés porteuses d'une valeur sociale reconnue sont possibles. Et si les gens y ont droit, c'est que la société a une obligation : celle de s'organiser pour y répondre.

En effet, le CPAS est confronté à certaines personnes plus déstructurées psychologiquement et socialement. Elles ont besoin de retrouver d'abord la confiance et l'estime de soi. Ce n'est pas uniquement en les remettant au travail que l'on réussira leur réintégration. Le risque d'échec est trop important. Celui qui a perdu l'estime de soi et à qui on dit : "Tu vas travailler. Tu vas voir, ça ira", puis qui se casse la figure, tombe encore plus bas. Bien sûr, ça passe par l'emploi pour la

grande majorité des gens. Mais il y a certains publics auxquels il faut proposer d'autres modes de réaffiliation que l'emploi, et bien sûr, des modes de réaffiliation également émancipateurs.

Cette terminologie de réaffiliation s'inspire des analyses de Robert Castel, à propos des exclus. Il y parle de "désaffiliation". Alors que l'exclusion désigne l'état de ceux qui sont hors de la vie sociale et de ses mécanismes de protection, la désaffiliation définit un parcours, un processus et son aboutissement, à savoir "l'absence de participation à toute activité productive et l'isolement relationnel".³ "Les formes contemporaines de la désaffiliation sont dues à l'ébranlement de la société salariale au terme d'un processus qui concerne d'anciens travailleurs devenus chômeurs de longue durée, des jeunes qui ne trouvent pas d'emploi, des populations mal scolarisées, mal logées, mal soignées, mal considérées, etc. Il n'existe aucune ligne de partage claire entre ces situations et celles un peu moins mal loties des vulnérables, qui, par exemple, travaillent encore mais pourront être licenciés le mois prochain, sont plus confortablement logés mais pourront être expulsés s'ils ne paient pas leurs traites, font consciencieusement leurs études mais savent qu'elles risquent de ne pas aboutir... Les exclus sont le plus souvent des vulnérables qui étaient "sur le fil" et qui ont basculé. Les exclus se retrouvent désaffiliés, et cette qualification leur convient mieux que celles d'exclus : ils ont été dé-liés, mais restent sous la dépendance du centre (où s'organise la société), qui n'a peut-être jamais été aussi omniprésent pour l'ensemble de la société. C'est pourquoi dire que la question posée par l'invalidation de certains individus et de certains groupes concerne tout le monde n'est pas seulement faire appel à une vague solidarité morale, mais

constater l'interdépendance des positions travaillées par une même dynamique, celle de l'ébranlement de la société salariale". A propos de cette désaffiliation, Robert Castel évoque "l'individualisme négatif", imposé, un individualisme par le repli, "un individualisme par défaut de cadre et non par excès d'investissements subjectifs".

Depuis la nouvelle loi sur le revenu d'intégration sociale, l'emploi mais aussi les études et les formations sont devenus les outils principaux des CPAS pour permettre aux personnes aidées de quitter la condition sociale qui était la leur. Et pour la première fois, il incombe au CPAS, c'est à dire à la société, de proposer ces projets d'insertion aux personnes ou de faire droit aux projets présentés par elles. Le nouveau système sort le pauvre de la culpabilité et reconnaît qu'il ne peut s'en sortir que si la société, la collectivité, s'engage à ses côtés.

On ne peut pas sacrifier les gens, les laisser survivre avec "un peu de sous" tous les mois, terrés chez eux... Non, non et non ! L'utilité sociale, ce n'est pas seulement par rapport à l'entreprise et au profit, non... bien sûr que non. L'utilité sociale, c'est également pour soi-même.

Comme alternative, des expériences intéressantes ont été menées avec des théâtres. Des personnes à charge du CPAS, des non-professionnels, ont ainsi participé au montage d'une comédie et à tout le processus de création avec le Théâtre des Tanneurs.

Je les ai vus sortir de leur coquille. Tout à coup, c'est un nouvel horizon qui s'ouvre, avec un impact incroyable sur leur vie et leur développement personnel. Avant, ces personnes restaient à la maison, repliées sur elles-mêmes, ne parlaient plus à personne. Sur

3. Robert Castel, "Les métamorphoses du lien social", Folio, Essai 2003, pp. 17-19.

scène, elles rencontraient d'autres personnes, surtout, leur parlaient, retrouvaient plus de confiance en soi, s'intégraient à des groupes. C'est la première étape d'un projet émancipateur. Ensuite, les conditions personnelles seront peut-être réunies pour accéder à l'emploi... Nous travaillons la réaffiliation.

On n'est pas là pour dire aux gens comment ils doivent vivre. Il faut laisser à chacun une part de liberté la plus grande possible. Par contre, les conditions de pauvreté dans lesquelles doivent vivre beaucoup de gens, ça, on sait que ce n'est pas digne. Trop de gens sont aliénés par des conditions de misère. Il y a un mieux-être possible et sa réalisation dépend de décisions politiques et économiques. Une fois ce mieux-être acquis, à chacun de choisir librement comment "vivre ses 70 ou 80 ans" sur terre.

Parce qu'il existe plusieurs publics, parce qu'il existe plusieurs types de difficultés, nous avons besoin d'une batterie d'interventions dites transversales, qui viennent compléter l'approche individuelle sur le terrain.

Dans ce contexte, défendre ou rétablir la nécessité et la pertinence d'une intervention sociale de qualité et rendre la dignité aux individus sont des missions désormais aussi essentielles pour notre institution publique.

Les règles de fonctionnement des services publics offrent des garanties importantes aux citoyens comme l'égalité d'accès aux services, l'égalité de traitement, la possibilité de recours contre une décision, et la continuité du service. Ces critères-là sont essentiels, et plus encore lorsqu'il s'agit de l'aide sociale aux personnes en difficulté.

Après les conceptions successives de charité, d'assistance, d'aide,

d'intégration sociale, nous pensons que **l'émancipation sociale** est l'exigence que nous devons nous fixer en faveur des personnes qui viennent frapper à notre porte. Il s'agit d'une autre manière de voir et de comprendre la situation des pauvres. Ensuite, nous aurons à proposer des réponses qui tiennent compte de la diversité des situations, tout en tendant vers l'égalité de traitement qui doit rester la règle. Nous ne pourrions la limiter exclusivement aux plans social ou économique, comme nous pensions devoir aider les gens jusqu'à présent.

Notre méthode d'approche consiste, devant chaque situation, chaque cas particulier, à se poser les questions qui touchent les personnes sur 5 points : social, économique, culturel, écologique et politique. Parce que les inégalités aujourd'hui n'affectent pas seulement les niveaux de revenus, le fait d'avoir ou non un emploi, mais aussi l'accès à la formation, la qualité sanitaire et environnementale des lieux de vie, et bien sûr les types de participation à la vie sociale et politique. Le CPAS n'a pas pour mission de remplacer tous les intervenants sociaux, mais bien de veiller à une adéquation des politiques menées en faveur des personnes exclues. La vision du CPAS doit donc être plus transversale, reliant les différents ingrédients nécessaires à l'émancipation de l'individu. Il faut tenir compte de cela, tant dans l'approche de la situation individuelle que dans les démarches communautaires.

Le service public doit apprendre, lui aussi, qu'il ne peut travailler seul. Aujourd'hui, des tas d'initiatives associatives se sont développées dans tous les quartiers de Bruxelles. Des asbl se sont créées pour aider les gens à défendre leurs droits face au propriétaire, à la justice, aux factures d'énergie, etc. Il est indispensable de

travailler ensemble, services public et privé, pour permettre aux gens les plus en difficulté de s'en sortir un peu mieux. C'est pour cette raison que le Plan global social nécessitait également, à côté de l'aide individuelle apportée aux personnes, de développer des actions communautaires : ce travail s'attaque aux causes de l'exclusion et ne se satisfait pas de la soulager. Il est réalisé avec les coordinations sociales, existantes ou à développer, avec l'associatif et d'autres partenaires publics dans les différents quartiers de Bruxelles. Le travail communautaire, dans le jargon du service social, est un travail en partenariat avec d'autres acteurs, sur les causes des phénomènes sociaux.

Il faut reconnaître aux associations leur très grande disponibilité et une réelle efficacité. Jusqu'à présent, je n'ai pas encore réussi à injecter la nécessaire souplesse dans les horaires d'accueil du CPAS. Un exemple de lourdeur : du vendredi 17h au lundi à 8h, il ne faut pas espérer une aide du CPAS. Ca veut dire que pendant les week-ends, on est prié de ne pas être pauvre ? C'est absurde, évidemment.

La solidarité, organisée comme nous la connaissons, sécurité sociale, CPAS, est la plus à même de produire du bien-être et du bonheur collectif aux femmes et aux hommes à l'échelle la plus large.

Mais cette solidarité existe parce qu'elle fut conquise. Face à l'atomisation de pauvres qui ne sont pas organisés et dont les revendications ne sont pas collectivisées, il est indispensable de repenser les relais politiques de leurs aspirations, exprimées ou non.

Des associations de défense des "minimexés" naissent dans certaines communes ou régions. Tant mieux, cette vigilance-là est indispensable. Mais elle

est insuffisante. Les syndicats, les mouvements d'éducation populaire et les partis, le PS, doivent devenir ces relais.

Inlassablement, nous devons mettre en avant ce que le système libéral-capitaliste produit de misère et de pauvreté, et rappeler, si nécessaire, au travers des luttes et des mouvements sociaux, que ces conditions de vie sont indignes et inacceptables. **Comment va-t-on vivre dans l'Europe des 25, s'il y a un 26^{ème} Etat qui est celui des 65 millions de pauvres répartis entre les différents Etats ?** Ca, c'est la question fondamentale. L'esprit solidaire doit se maintenir. L'égoïsme, le repli identitaire, le rejet de l'autre responsable de son propre déclin, seront alors les levains de l'extrême droite politique ou d'autres formes d'extrémismes.

Nous avons les moyens de nous opposer à ces dérives en restant les alliés et le relais politique des pauvres et de ceux qui sont tributaires de la solidarité pour vivre décemment. Nous devons donc proposer une nouvelle frontière à notre contrat social. Et porter en avant le droit à l'émancipation comme étape suivante de ce qui doit être acquis à chacun qui naît ici ou décide de s'y établir et d'y bâtir son destin. Là, c'est l'objectif qui est redéfini : aider les pauvres à sortir de leur condition sociale, en intégrant leurs besoins culturels au-delà de leurs besoins économiques. On ne doit pas seulement offrir aux pauvres "un peu de sous" pour soulager les problèmes économiques, ou une formation et un travail pour se caser dans un coin de la société. L'enjeu, c'est qu'ils accèdent à la culture et redeviennent des acteurs sociaux. Le rôle des politiques est de faire en sorte que les hommes vivent dans des conditions telles qu'ils pourront faire leurs choix propres. Il n'y a pas à modeler l'homme nouveau.

Solidarité

Le CPAS doit les aider à construire un projet d'émancipation personnelle et à s'y engager. Et les accompagner dans sa réalisation. La méthode est la même que pour l'intégration sociale, mais l'objectif d'émancipation est plus ambitieux. Les contraintes sociales sont moins lourdes quand on a un bagage intellectuel et économique, des moyens financiers adéquats, un boulot épanouissant. Bref, quand on peut prendre en charge sa propre émancipation. Il s'agit donc d'organiser la solidarité. La solidarité est un acte politique essentiel. Il se concrétise par un modèle assuranciel et de droits : la sécurité sociale.

Avec 613 par mois, on ne peut pas vivre une vie d'homme ou de femme debout. Le revenu permet juste de reproduire sa force d'inertie pour ne pas se révolter le lendemain.

A mes yeux, la question de fond, c'est la nécessité d'augmenter le pouvoir d'achat des minimexés, des personnes que nous prenons en charge avec le revenu d'intégration sociale. Mais aussi des allocataires sociaux et des bas salaires. Leur pouvoir d'achat est largement insuffisant. Ce sont des catégories de gens qui vivent à l'euro près. Et le moindre incident, un problème de santé, même minime, ou une panne de voiture, pas grand-chose, une pièce à remplacer, bref, le moindre incident ayant un impact sur le budget et c'est la catastrophe. Ces personnes plongent rapidement dans l'endettement puis le surendettement. Il est inconcevable que les gens doivent vivre à l'euro près, sans pouvoir se projeter dans l'avenir. Sans pouvoir construire un projet, enfermés dans le quotidien, au jour le jour, dans la même situation de fait que les journaliers d'hier. Cette précarité-là est pour moi inadmissible

et représente un enjeu politique, économique et social qui est crucial pour les politiques de gauche, les syndicats et les organisations sociales de gauche. C'est un enjeu vraiment central.

Conséquence de cette situation : les gens ne vivent pas. Ils survivent. Ils se débrouillent.

Ce n'est pas la société que je veux.

C'est cela qui est inacceptable. Les belges sont-ils tous égaux devant la cherté de la vie ? Non, en fonction de la ville où ils habitent. Une pseudo-égalité ne répond pas à une inégalité bien réelle. A Bruxelles, la moyenne des loyers est de 400 par mois.

Trop de gens n'ont pas les moyens de faire leurs choix. Ils sont aliénés par une série de contraintes et de violences, celles de l'économie, de la société, du propriétaire, de l'école. L'économie leur renvoie leur inutilité : c'est une violence. La société leur demande des comptes pour obtenir une aide : c'est une violence. Le propriétaire de leur appartement leur impose des charges léonines : c'est une violence. Il y a aussi la violence de l'école pour les enfants qui n'ont pas les moyens économiques et culturels d'être au niveau des autres. Toute cette violence sur les gens, ça ne les rend pas libres.

Mais je m'interroge aussi sur la violence institutionnelle, celle qui résulte de la manière dont les CPAS doivent intervenir en imposant des exigences qui conditionnent les aides. Qu'est-il normal de demander comme réponse de la part du bénéficiaire ? Toutefois il faut une réponse, sinon c'est de l'assistanat ou de la charité publique. Et je refuse l'un comme l'autre.

Nous ne sommes pas sur terre pour survivre, avec la fin du mois qui commence dès le premier jour du même mois.

Mes coups de gueule s'adressent à ceux qui ont le pouvoir d'y changer quelque chose, aux décideurs économiques et politiques. Je veux que l'on s'attaque aux causes. Le combat qui doit être mené en faveur des personnes qui vivent à l'euro près, représente à mes yeux, la priorité de l'action politique. Ça signifie augmenter les salaires, les allocations et les modes d'interventions sociales. Pour ça, il faut redéployer complètement les programmes sociaux. C'est bien un programme politique complet qui doit être développé. Ces catégories sociales sont victimes de la non-redistribution des richesses. Nous avons donc intérêt à créer une nouvelle alliance entre les socialistes et les mouvements sociaux, syndicats et autres, autour d'un projet social alternatif.

Il ne faut pas oublier d'aimer les gens au-delà de leur condition, fut-elle indigne à nos yeux "d'émancipateurs".

Au niveau de la santé

La santé est une priorité pour que les pauvres puissent sortir de leur condition. Le coût de la santé a explosé pour les gens, ces dernières années. Combien de fois ai-je vu des gens faire le tri des médicaments sur leur ordonnance en fonction de ce qu'ils estimaient indispensable et de ce qu'ils pouvaient payer. Nous avons donc passé deux accords : avec les médecins généralistes et avec les pharmaciens. Pour expliquer l'accord avec les médecins généralistes, il faut connaître l'habitude culturelle à Bruxelles qui est de "consommer de l'hôpital". Or les médecins des hôpitaux sont des spécialistes. Leurs consultations sont plus coûteuses. Pour y remédier, le CPAS a conclu, dès 1998, une convention avec 120 médecins généralistes pratiquant dans les quartiers de Bruxelles et mis sur pied le système des

cartes santé. Et lorsqu'une personne vient s'adresser au CPAS avec des problèmes de santé, elle est invitée à choisir un de ces généralistes. C'est lui qui l'orientera vers le spécialiste adéquat. Or la loi prévoit tout un système administratif : si quelqu'un à charge du CPAS doit se rendre à l'hôpital, il doit obtenir du président la signature d'un réquisitoire pour que l'intervention soit payée. L'application stricte de la loi générerait un circuit administratif paralysant. La convention crée donc un système de délégation. Et ce sont les généralistes conventionnés qui vont signer le réquisitoire en lieu et place du président du CPAS. De plus, ce système préserve la discrétion sur la santé du patient et le secret médical. Les pauvres y ont droit comme les autres citoyens. Il n'est vraiment pas nécessaire que le président du CPAS soit informé du type de pathologies dont souffrent les bénéficiaires de ses interventions. Evidemment, le système ne peut fonctionner que s'il est assorti d'un contrôle intelligent. C'est une question de saine gestion. Il faut éviter les surprescriptions ou la surconsommation de certains produits pharmaceutiques. Cette organisation doit bénéficier tant au patient qu'au système de soins. C'est là toute la difficulté : combiner à la fois la logique gestionnaire (le service public gère des fonds publics) et l'exigence, pour le CPAS, d'y injecter de l'humanité et un projet social.

Pour compléter l'accord avec les généralistes, le CPAS a conclu une convention avec les pharmaciens, en 2004. Elle implique une série de partenaires : non seulement la plupart des pharmaciens de Bruxelles mais aussi les hôpitaux publics et les médecins généralistes concernés parce qu'ils sont les prescripteurs de médicaments. Une liste des médicaments "D", dits de confort, et qui seront pris en charge par les 19 CPAS de la Région de Bruxelles

Capitale a été établie par les médecins. L'accord préconise la priorité aux médicaments génériques, sensiblement moins chers que les produits d'origine. Les médecins généralistes et les hôpitaux sont ainsi invités à prescrire en priorité, chaque fois que c'est possible, les génériques en ambulatoire. Encore une fois, cet accord comporte de la pédagogie, un objectif économique et un but social.

Au sujet des pratiques des CPAS, je propose la création d'un "Observatoire des pratiques des CPAS". Cet outil pourrait soutenir les responsables locaux en leur faisant partager d'autres expériences et en leur fournissant de l'aide pour interpréter les nouvelles règles. Parce qu'il ne suffit pas de décider des avancées importantes dans la loi pour qu'elles s'appliquent ipso facto sur le terrain.

Sécurité sociale et politique européenne

Notre modèle (sécurité sociale, CPAS, initiatives associatives) doit être exporté, en priorité, à l'intérieur des 25 pays de l'Union européenne, si on ne veut pas importer la pauvreté vers les régimes les plus sociaux d'Europe, si on ne veut pas d'une Europe au rabais pour ses citoyens. Au-delà, l'Europe toute entière doit devenir un modèle d'économie sociale et de démocratie, ainsi qu'un soutien solidaire pour les misérables de la planète qui aspirent au changement.

Progressivement la convergence se construit en Europe. Convergence pour dire : attention, notre modèle social, qui fait l'identité de l'Europe est remis en cause. C'est ça, l'Europe : un modèle fait de protections sociales, de mécanismes de solidarité, de concertations sociales, de redistribution des richesses et d'interventions régulatrices du

pouvoir politique. L'Europe n'existe pas s'il n'y a pas d'Europe sociale.

Les CPAS sont confrontés à des flux de pauvres qui nous viennent d'autres pays du Sud ou de l'Est. La pauvreté circule et prend une dimension internationale. Cette préoccupation internationale est née avec la problématique des sans papiers. Nous avons été confrontés à des demandes d'aide de personnes qui étaient des illégaux en Belgique, parfois depuis longtemps. L'Etat nous interdisait de les aider puisqu'ils "n'existaient pas légalement". En attendant, ils étaient bien là, devant nous.

Il y avait face à face, une réalité humanitaire, des gens qui sont à notre porte, et une réalité administrative. Faire comme si ces personnes n'existaient pas, ne tenir compte que de leur inexistence légale, pour nous ce n'était pas tenable. Nous avons décidé de privilégier la réalité et le droit humanitaire. En dehors des textes, face à un droit social parfois excluant. Nous avons vraiment beaucoup aidé ces personnes sur fonds propres, c'est-à-dire sans être remboursés par l'Etat. C'est la décision qu'ont pris le CPAS et la Ville de Bruxelles.

L'aide était attribuée sur base de raisons objectives, propres à la situation du demandeur et à celle de son pays d'origine. C'est ce raisonnement qui nous a permis de donner la priorité aux principes humanitaires sur les principes administratifs. Pour les intervenants sociaux, la question est de voir que ces gens sont là, qu'ils sont dans une situation de détresse et qu'on doit donc les aider.

Il fallait mettre fin à une discrimination entre les personnes, discrimination basée sur la nationalité et le titre de séjour. Nous avons décidé de considérer les personnes en fonction de

leurs problèmes et non pas de leurs documents administratifs. Et ce fut particulièrement nécessaire pour les personnes sans-papiers. Seule la loi de régularisation du séjour des sans-papiers nous a permis d'agir dans des conditions d'égalité pour les personnes aidées.

Nous avons dû constater que les tensions internationales s'imposaient au CPAS, à cause des facilités de déplacement entre les pays. Toute notre action sociale était concernée. Le CPAS recevait des gens qui avaient traversé la mer ou le mur, venant d'Afrique ou d'Europe de l'Est.

La réalité internationale s'impose au CPAS parce que des gens viennent aux permanences, en parlant des langues qu'on ne comprend pas. Il faut pouvoir parler de nombreuses langues et dialectes. Nous devons faire appel aux interprètes du Centre d'insertion pour les réfugiés et les étrangers (CIRE), que ce soit à la garde des urgences de l'hôpital Saint-Pierre ou dans nos services sociaux.

L'exclusion sociale dans les grandes villes fait l'objet d'un programme européen (Fonds social européen). Le CPAS de Bruxelles s'y est impliqué. Les problèmes dans les autres grandes villes sont assez identiques aux nôtres mais avec des acuités différentes et des réponses différentes.

Certains eurocrates imaginent que ce qui fonctionne à Copenhague doit être implanté de la même manière à Barcelone ou ailleurs. C'est faux. Mais s'inspirer de ce qui se passe dans d'autres grandes villes, échanger nos savoirs et nos expériences en matière sociale, ça, c'est intéressant. Et puis l'adapter chez nous, en tenant compte des spécificités de notre société et de notre système de sécurité sociale.

Mais il faut aller encore plus loin, et forcer l'Union européenne à se doter d'un véritable outil d'action sociale au plan européen. Il n'en existe pas encore parce que ce n'est pas dans les compétences de l'Union. C'est un de ses points faibles. Le modèle du CPAS est suffisamment fort et performant pour que nous puissions le faire grandir à la dimension européenne en l'enrichissant de ce que font de mieux les autres Etats. Plus encore, exporter notre modèle de protection sociale, avec un niveau de sécurité sociale, premier outil pour lutter contre la pauvreté, et un second niveau d'action complémentaire, les CPAS. Faire converger toutes ces pratiques et créer un outil qui incite les Etats membres, les pouvoirs locaux et les Régions à développer des projets soutenus par l'Europe, en partenariat avec les Etats, c'est l'avenir dans lequel il faut que nous nous projetions.

La pauvreté s'exporte. Si on compare les seuils de pauvreté entre les différents pays, il est "intéressant" de venir chercher le revenu d'intégration sociale en Belgique. Donc, on va créer un appel d'air porteur de destruction de notre système de sécurité sociale et de notre modèle social.

Notre modèle a été conçu pour résister à la misère de notre pays, même si elle augmente, mais pas à la montée de la misère dans la population pauvre des 25 pays européens. Autre conséquence, si rien n'est fait : la Belgique devrait accepter un niveau inférieur de protections sociales.

Nous devons, au contraire, nous battre pour diffuser notre modèle social en Europe et harmoniser les politiques sociales à la hausse, c'est-à-dire pour que les pays qui ont moins de protections accèdent progressivement au même niveau que le nôtre. Il est urgent de soutenir des convergences

sociales, comme les convergences économiques et financières privilégiées jusqu'ici. Les convergences sociales et les politiques d'emploi doivent être aussi exigeantes que celles imposées pour la stabilité de l'euro.

La réalité, c'est d'abord la montée de la pauvreté et de la précarité. Il s'agit d'un phénomène massif. Mon objectif est que les politiques s'en saisissent et que cette réalité revienne au centre d'une stratégie des pouvoirs publics pour sortir les pauvres de leur condition sociale.

Éléments de l'entretien entre Yvan Mayeur et Christelle Versluys

Deux réflexions

"Au fond, le bonheur individuel naît de la projection qu'on peut faire de soi-même, de la sécurité d'existence qu'on a acquise grâce au salariat, à la protection sociale, au salariat différé qu'est la pension".

"Je suis convaincu qu'il y a une voie socio-culturelle, la voie de la réaffiliation des gens qui sont très loin dans l'abandon, très loin dans l'exclusion, très loin dans la désaffiliation. Je suis convaincu que c'est la voie la mieux adaptée, la plus malléable, la plus flexible et la moins exigeante en termes de résultat compétitif. En effet, même si ce n'est pas bon du premier coup, on peut recommencer, réessayer. Nous allons avancer vers ça en complément des démarches plus classiques d'insertion socio-professionnelle pour aider les gens à réinvestir le marché du travail".

Entretien

Christelle Versluys (CV) : Par rapport à "l'estime de soi", qui est, pour vous, un

élément fondamental, on peut observer que le processus de réaffiliation s'effectue dans des interactions et dans le regard de l'autre, ici le travailleur social. Y a-t-il au niveau des intervenants "assistants sociaux" du CPAS, ayant chacun des valeurs propres à leur histoire personnelle, un retour sur soi qui prépare la rencontre avec d'autres personnes, elles-mêmes porteuses de valeurs parfois bien différentes, dans une relation d'aide, d'accompagnement à l'insertion, de soutien à l'émancipation ?

Yvan Mayeur (YM) : C'est un travail à faire ou qui n'est pas suffisamment fait, un travail indispensable. Pas suffisamment, pourquoi ? Pour une raison objective et contraignante : notre premier métier, ici, c'est d'octroyer le revenu d'intégration sociale, avec une lourdeur de boulot vu l'accroissement des demandes, réduisant le temps pour tout ce travail de supervision.

Depuis mon arrivée, on a plus que doublé le nombre d'assistants sociaux. Et j'ai eu une politique de recrutement d'assistants sociaux avec, pour objectif, de diminuer le nombre de dossiers par assistant social, de manière à dégager du temps pour la supervision, l'évaluation, un travail communautaire au-delà du travail individuel. Mais la demande sociale a continué à progresser, on a été rattrapé par la crise, par l'internationalisation du travail avec des situations de plus en plus complexes, éclatées. Il nous faut faire face à ces nouvelles réalités. On doit faire preuve d'imagination.

C'est une considération qu'on peut renvoyer vers les écoles sociales, au niveau de la formation des travailleurs sociaux. Le lien avec les écoles sociales est extrêmement ténu. Nous avons, en tant que présidents de CPAS, un rôle pivot dans la société, en matière sociale. Les écoles sociales y gagneraient à se rapprocher des réalités des CPAS.

CV : Comment faire en sorte qu'il y ait de la dignité, du respect du service rendu au public et faire en sorte que les gens ne se sentent pas dans une situation de soumission à quelqu'un qui va décider pour eux ? **Dans ce contrat d'intégration sociale, comment faire du partenariat en dynamisant la participation des premiers concernés ?**

YM : Progressivement, avec le monde associatif, on commence à travailler comme ça et je trouve que la relation est de plus en plus équilibrée mais avec des personnes aidées dans l'individuel, c'est quasi impossible. Toutefois, je suis convaincu qu'il faut une approche respectueuse des situations des gens, pour comprendre, pour s'imprégner pour savoir au fond, quand on décide, comprendre la conséquence de l'acte qu'on pose en faveur ou en défaveur d'une personne. Et je ne suis pas toujours sûr que les travailleurs des CPAS, que ce soit du mien ou des autres, soient toujours conscients qu'ils représentent symboliquement, cette autorité publique, collective, qui appartient aussi aux individus (individus qui ont cédé cette autorité par délégation, par le vote, par leurs impôts). La collectivité, l'ensemble des citoyens leur ont délégué une mission.

Les gens n'ont pas connaissance de leurs droits. Ça fait aussi partie de la violence institutionnelle. Il y a un tas de mécanismes qui sont mis en place, d'instances, d'institutions auxquels les gens ne comprennent rien. Et les intermédiaires pour y arriver (par exemple, les avocats,...) sont, pour beaucoup, inaccessibles financièrement mais aussi culturellement. Je suis convaincu qu'il y a là un champ énorme pour le travail social, qui est d'être cet interface entre les individus, leurs droits et les institutions censées activer ces droits.

CV : Vous proposez d'exporter le modèle social belge, de le développer au plan

européen. Pouvez-vous nous en dire plus ?

YM : On a commencé à tisser des liens internationaux au niveau de l'Europe par l'intermédiaire de réseaux qu'on a dû créer. Nous nous sommes joints à un réseau qui rassemble des universités en Europe et qui travaille sur le social. La Belgique y est représentée par la VUB et l'UCL. Cela nous a ouvert des perspectives européennes. Cela nous a permis d'aller à Rome, Barcelone, aux Pays-Bas. Dans les grandes villes européennes, les problèmes sont les mêmes : logement, emploi, personnes en séjour illégal, santé... Cela nous a permis de voir, sur un même objet, comment font les autres et lequel est le plus pertinent. Ce sont des comparaisons internationales qui ne sont bien sûr pas toujours transposables mécaniquement. De plus, on a fait un travail beaucoup plus approfondi en intégrant les 10 nouveaux pays dans nos recherches et analyses. Et bien, c'est le jour et la nuit. On est donc loin de la cohérence en matière sociale. On a comparé les seuils de pauvreté dans les différents états : le seuil de pauvreté le plus élevé est au Luxembourg (de plus de 1.000) et le plus bas, est de 49 en Lettonie. Nous plaçons donc pour des convergences sociales européennes et un plan de convergence sociale européen qui reconnaît des droits équivalents et qui les met en œuvre dans ces pays qui en ont bien besoin. Il faut tirer vers le haut et faire en sorte que les gens vivent dans de meilleures conditions. Mais ce plan de convergence sociale n'existe pas au niveau européen, ce n'est pas un objectif des instances européennes. Toutefois, il ne faut pas rester les bras ballants, il y a des convergences sociales à établir, ça c'est un choix politique qu'il faut poser. Il faut permettre un développement dans les 10 nouveaux pays. Je vais même plus loin, je crois que l'Europe devrait s'étendre à terme sur le Nord de

l'Afrique et le pourtour méditerranéen mais c'est encore un autre débat.

CV : Dans l'ouvrage, vous parlez de travail transversal, de partenariats, d'approche communautaire selon laquelle la personne bénéficiaire aidée est acteur social et partenaire. C'est assez nouveau pour un CPAS.

YM : D'abord, au travers des outils existants, dans tous les quartiers, il y a des coordinations sociales où sont présents des partenaires associatifs et publics. C'est le premier lieu dans lequel j'ai demandé que le CPAS s'investisse, ce qu'on a fait. Maintenant, chaque antenne du CPAS est présente dans les coordinations sociales.

CV : Comment ces personnes peuvent se grouper en tant qu'acteurs sociaux dans

une démarche communautaire, quand elles sont à ce point "désaffiliées" ?

YM : Oui, et là, j'ai une difficulté parce que je pense que nous, CPAS, ne pouvons pas l'organiser. En effet, nous représentons l'autorité. Je suis convaincu que c'est nécessaire. Il faut organiser le "contre-pouvoir", avec des lieux d'expression, de défense des intérêts des gens : les syndicats, les partis politiques, des associations de défense des droits des minimexés, les parlementaires...

Pour suivre la pensée de Marx : "l'émancipation des travailleurs sera l'œuvre des travailleurs eux-mêmes", l'émancipation des pauvres doit aussi venir, pour une part, des pauvres eux-mêmes en s'organisant... et cela, c'est un combat politique. ■

REGARD D'UNE ÉQUIPE DE PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE SUR SON TRAVAIL AVEC LES ÉLÈVES PRIMO-ARRIVANTS : DU SENS DANS LE NON SENS !

Mauricette VAN DER SNICKT, Véronique HUYPENS, Sophie ROMMELAERE¹, Emmanuelle CASPERS, Geneviève HOUIOUX et Danielle PIETTE.²

Au sein de l'Unité PROMES³ de l'École de santé publique de l'ULB s'est développé depuis août 2004, un programme⁴ visant à soutenir et à accompagner les équipes de médecine scolaire dans la mise en œuvre des missions définies par le Décret 2001 relatif à la Promotion de la santé à l'école.⁵ Articulées autour de deux grands pôles, les activités médicales "classiques" d'une part, et la mise en place dans les écoles de programmes de promotion de la santé d'autre part, les missions des ex-IMS⁶ reposent désormais sur la définition globale et positive de la santé.⁷ Dans ce contexte relativement novateur et propice à l'analyse, certaines équipes de Promotion de la Santé à l'École (PSE) croisent leur questionnement général avec des interrogations plus particulières, relatives par exemple à ce public "spécifique" pour lequel, en Communauté française (CF), on a inventé le terme de "primo-arrivant". Construit au départ d'un échange avec l'équipe du PSE communal Louis Bertrand de Schaerbeek, cet article éclaire notamment la difficulté de maintenir le cap de la promotion de la santé face à un public que les prescrits et les représentations des professionnels associent à la mauvaise santé, au mal-être ou au risque, en l'enfermant de surcroît dans une identité (?) de "demandeur".

Au croisement de plusieurs dispositifs de discrimination "positive"

En CF, le public primo-arrivant bénéficie d'une attention particulière dans les Décrets relatifs à l'Enseignement et à la Promotion de la Santé. Le Décret visant à l'insertion des élèves

primo-arrivants dans l'enseignement organisé ou subventionné par la Communauté française (14.06.01)⁸, propose une définition de l'élève primo-arrivant qui pour être officiellement considéré comme tel doit réunir trois conditions : (1) Être âgé de 2 ans et demi au moins et de 18 ans au plus. (2) Être arrivé sur le territoire national depuis moins d'un an. (3) Avoir introduit une

Mots-clés

- Promotion santé à l'école
- primo-arrivant
- discrimination
- normes de santé
- cultures et santé
- approche globale

1. Infirmière sociale en chef et infirmières sociales au Service PSE 2110, av. Louis Bertrand 31-35, 1030 Bruxelles.

2. Chercheuses et Directrice à l'Unité Promes (ULB-PROMES), Ecole de Santé Publique de l'ULB, route de Lennik, 808, CP596, 1070 Bruxelles.

3. PROMES pour PROMotion Education Santé.

4. "Coordination, Accompagnement des services PSE dans la mise en place des projets-santé et recherche-action".

5. Décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école (M.B. 17.01.02) modifié par les décrets du 16 mai 2002 (M.B. 07.06.02) et du 20 juin 2002 (M.B. 16.07.02), consultable sur www.ulb.ac.be/esp/promes/pse/.

6. IMS pour (agents de l') Inspection Médicale Scolaire.

7. Voir (1) Charte d'Ottawa (OMS, 1986) : "(la santé est)... la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci" ; (2) Programme quinquennal de Promotion de la santé 2004-2008, Ministère de la Communauté française, Direction Générale de la Santé, p. 2 : "(...) : la promotion de la santé s'inscrit donc dans le courant holistique : la santé est comprise dans sa globalité, c'est-à-dire dans ses aspects médico-psycho-sociaux mais aussi environnementaux au sens large".

demande de reconnaissance de la qualité de réfugié ou apatride (ou s'être vu reconnaître cette qualité) ou être mineur accompagnant une personne ayant fait cette demande ou encore être ressortissant d'un pays en voie de développement⁹ ou de transition (selon la nomenclature de l'OCDE).

A partir de cette définition, le même Décret prévoit l'organisation de "classes passerelles" comprenant un minimum d'heures d'apprentissage du français, et pour lesquelles les écoles perçoivent un soutien en termes de "périodes-professeurs". Si un tel mécanisme doit favoriser un accueil pédagogique adapté, il constitue aussi un incitant nécessaire pour permettre aux élèves primo-arrivants d'être tout simplement acceptés dans une école. A noter néanmoins que l'on aura été attentif à ne pas considérer les CLAD (classes d'adaptation) ou autres classes de FLE (français langue étrangère) comme des entités isolées et indépendantes, en effet, il n'est pas question de soustraire l'élève primo-arrivant du groupe-classe.

Autre secteur, autres dispositions, la réforme de l'Inspection Médicale Scolaire et le Décret Promotion Santé à l'École (20.12.2001) abordent notamment (en lien avec les missions de prophylaxie et de dépistage des maladies transmissibles assurées par les services PSE) le dépistage de la tuberculose en milieu scolaire. De nouvelles orientations lui sont données, visant un meilleur rapport coût/efficacité. Il s'agit désormais de cibler le dépistage uniquement vers des sujets à haut risque de tuberculose, à savoir : (1) les élèves séjournant régulièrement dans des pays à haute prévalence¹⁰, (2) les élèves fortement précarisés et, plus loin, (3) les élèves primo-arrivants originaires de pays à haute prévalence inscrits pour la première fois dans l'école et dont l'arrivée dans notre pays

remonte à moins de six mois.

Première dissonance qui perturbe la communication, voire la collaboration, entre écoles et acteurs PSE : les uns parlent de primo-arrivant à propos d'un élève arrivé sur le territoire belge il y a moins d'un an, les autres considèrent les élèves primo-arrivants dès lors que leur présence en Belgique date de moins de six mois. Dans un cas comme dans l'autre, il s'agit d'informations "importantes". Elles permettront aux écoles de disposer du soutien nécessaire à l'organisation de classes-passerelles, et de leur côté, aux services PSE de bénéficier du forfait social octroyé pour tout élève primo-arrivant¹¹ comme le prévoit le nouveau mode de financement de la médecine scolaire. Mais à partir de ces cadres qui répondent à des logiques de secteur et discriminent pour le bien (protection de la santé, accès à l'éducation etc.) du plus grand nombre, on peut se demander quelle place est laissée à l'individu et son histoire. Histoire et trajectoire dont on sait combien elles fondent l'humain dans sa capacité à être (et aussi à "bien-être") et combien ce sont précisément ces éléments que la grande machine administrative omet ou réduit/catégorise entre autres chez les demandeurs d'asile.

Questions de culture et de contexte

En ouvrant la discussion avec le service PSE Louis Bertrand, l'équipe a d'emblée évoqué des doutes, voire parfois un certain malaise, quant à l'utilisation de critères de santé normatifs et "occidentaux" lors des examens médicaux. En regard de l'appréciation de la Santé Publique, quelle place accorde-t-on à d'autres normes culturelles (mais aussi familiales, sociales, etc) qui valorisent par exemple un certain "embonpoint", préconisent

des périodes de jeun ou refusent la vaccination ? Comment aborder ces points sans adopter la position haute du professionnel mais en ne renonçant pas pour autant à certains objectifs de Santé Publique ? Cette question valable à l'égard de n'importe quel public, et qui renvoie directement à la difficile articulation entre médecine préventive et approche globale de la santé, doit être encore nuancée quand il s'agit de personnes en attente d'une reconnaissance de statut ou vivant dans la crainte de l'expulsion. Si la Santé Publique met le doigt sur le nécessaire dépistage de maladies transmissibles vis-à-vis desquelles les primo-arrivants seraient a priori plus à risque, elle néglige de considérer le stress, l'anxiété, la dépression et les plaintes psychosomatiques, la perte de repères identitaires et la baisse d'estime de soi, ainsi que les troubles liés à l'isolement, qui affectent de manière récurrente les personnes demandeuses d'asile ou menacées du retour forcé vers leur pays d'origine.¹² Une enquête récente réalisée à l'UCL¹³ auprès d'adolescents réfugiés dans la Région de Bruxelles, montre par exemple "une dégradation de la qualité de vie" de ces jeunes "selon le temps écoulé depuis l'installation en Belgique". Face à de tels constats et devant concilier finalités de santé publique, de prévention et de promotion de la santé, les acteurs PSE ne peuvent manquer de s'interroger. Comment en effet protéger la santé du plus grand nombre (la communauté scolaire en général) sans stigmatiser une minorité (les primo-arrivants) déjà fragilisée en risquant de nuire davantage au bien-être de celle-ci ? On l'aura deviné, impossible de trouver une réponse couvrant la complexité de ce questionnement. Par contre, quelques pistes émergent découlant des recherches-actions et surtout des pratiques d'acteurs de terrain. "Réseautage", travail en partenariat, réponse aux besoins prioritaires et

accueil de (toute) la personne sont les clés (co-)activées par l'équipe du PSE Louis Bertrand, histoire d'opposer un pertinent et humain "bricolage" aux paradoxes des systèmes (légal, de santé, scolaire, etc.).

Réseau et partenariat

Quand d'aucuns remettent en question l'utilité et l'efficacité de la visite médicale scolaire (travail à "la chaîne", tests et matériel inadaptés, absence de suivi réel et de dialogue avec l'enfant/la famille, etc.), il est peut-être important de rappeler que le bilan de santé peut constituer, dans certains cas, la seule opportunité pour l'enfant de bénéficier d'un suivi médical gratuit. Opportunité d'autant plus précieuse dans le cas d'enfants issus de familles primo-arrivantes, dans la mesure surtout où le PSE peut constituer un relais vers les professionnels et services qui apporteront une réponse concrète aux besoins relatifs à la santé globale de l'enfant et de ses proches. L'équipe du PSE Louis Bertrand a ainsi mis en place (suite à un travail de recherche, des contacts réguliers et grâce à diverses rencontres) un fonctionnement en réseau avec Médecins sans Frontières, Médecins du Monde, la Médecine du Peuple, le CPAS, des Centres et Services de santé mentale. En fonction des besoins et des demandes, il peut s'agir de communiquer une adresse et les coordonnées d'une personne de confiance, d'établir un contact téléphonique entre la famille et une institution, d'accompagner un parent vers un service spécifique, etc. Une collaboration efficace avec le FARES et la mise à disposition d'un bus communal pour les élèves, garantissent que le dépistage de la tuberculose s'effectue en toute discrétion et sans que les familles en séjour illégal ne s'exposent au risque d'un contrôle policier lors du déplacement en transport en commun.

8. Consultable sur www.cdadoc.cfwb.be/cdadocrep/pdf/2001/20010614s25914.pdf

9. Selon le décret, le Gouvernement de la Communauté française peut ajouter, pour une période déterminée, d'autres pays à cette liste lorsqu'il estime que ces pays connaissent une situation de crise grave.

10. Une liste de ces pays est mise à jour par le FARES (Fonds des Affections Respiratoires), organisme en charge du programme de dépistage de la tuberculose en Communauté française.

11. Voir Décret PSE du 20.12.2001.

12. Eléments mis en évidence par la Recherche inter-universitaire (UCL, ULB, ULG, UM-H) Unisol, "La santé des primo-arrivants", recherche-action initiée et coordonnée par le Fonds Houtman et l'Office de la Naissance et de l'Enfance, juin 2005.

13. Renard (F), Martin (E), Cueva (C), Deccache (A), "Santé et qualité de vie des adolescents récemment immigrés en Belgique : dépistage et prévention en médecine scolaire", article à paraître dans les Archives de Pédiatrie, juin 2005.

14. "La résilience, c'est l'aptitude des individus et des systèmes (les familles, les groupes et les collectivités) à vaincre l'adversité ou une situation de risque. Cette aptitude évolue avec le temps ; Elle est renforcée par les facteurs de protection chez l'individu ou dans le système et le milieu ; Elle contribue au maintien d'une bonne santé ou à l'amélioration de celle-ci". Définition de Mangham (C), McGrath (P), Reid (G) et Stewart (M) in "Résilience, Pertinence dans le contexte de la promotion de la santé", Document de travail - Analyse détaillée présentée en 1995 à Santé Canada, Atlantic Health Promotion Research Centre, Université Dalhousie.

15. Cyrulnik (B), "Les vilains petits canards", éd. Odile Jacob, 2001.

Autre partenaire essentiel qui favorise l'ancrage des familles dans la communauté locale : l'école. La mobilisation des équipes pédagogiques et la mise en place de permanences par les infirmières sociales dans les écoles, garantissent une appréhension globale du bien-être des enfants primo-arrivants et de la communauté scolaire dans son ensemble.

Pas à pas vers plus et "mieux" de santé !

En pointant le public primo-arrivant (loin d'être une réalité homogène) et ses besoins spécifiques, il faut être attentif à ne pas porter le regard et l'intervention exclusivement sur les difficultés et les problèmes. La mise en place de projets (alimentation, relations affectives, estime de soi, etc.) et dispositifs collectifs (crèches, café/accueil des mamans/papas, rencontres festives, formation professionnelle, etc.) dans les écoles et les quartiers doivent également

favoriser l'émergence et l'activation des ressources de ce public et de "ses histoires". A ce titre, l'équipe du PSE Louis Bertrand, comme d'autres professionnels de la santé, de l'éducation ou du social, est particulièrement attentive au concept de "résilience".¹⁴ Définie entre autres par Boris Cyrulnik comme "la capacité à se développer quand même dans des environnements qui auraient dû être délabrants"¹⁵, la résilience doublée des repères de la promotion de la santé (approche positive, prise en compte des représentations et demandes du public, compréhension des facteurs déterminants, etc.) permet de décaler le point de vue et de visualiser l'éventuelle contre-productivité (stigmatisation, paternalisme, normativité, etc.) des interventions. Plus loin, l'équipe aimerait approfondir, à travers la formation continue, les apports de l'ethnologie et de l'anthropologie de manière à développer des pratiques professionnelles en santé qui intègrent véritablement les dimensions culturelles. ■

Les Cahiers de Prospective Jeunesse : titres parus

1996

Cahier 1 : pratiques judiciaires en matière de consommation de produits illicites (épuisé : copie disponible)

1997

Cahier 2 : privé ou public : quels espaces de liberté ?

Cahier 3 : école et prévention (tome 1) (épuisé : copie disponible)

Cahier 4 : école et prévention (tome 2) (épuisé : copie disponible)

Cahier 5 : situations des jeunes adultes (18 - 25 ans)

1998

Cahier 6 : école et prévention (tome 3)

Cahier 7 : la question du plaisir, le plaisir en question (tome 1)

Cahier 8 : la question du plaisir, le plaisir en question (tome 2)

Cahier 9 : la question du plaisir, le plaisir en question (tome 3)

1999

Cahier 10 : la question du plaisir, le plaisir en question (tome 4)

Cahier 11 : économie souterraine ou économie des exclus ? (tome 1)

Cahier 12 : économie souterraine ou économie des exclus ? (tome 2)

Cahier 13 : drogues et prison (tome 1)

2000

Cahier 14-15 (numéro double) : drogues de synthèse : de la prévention des risques aux risques de la prévention (actes de la journée d'étude d'Eurotox du 3.12.1999)

Cahier 16 : drogues et prison (tome 2) et Economie souterraine ou économie des exclus (tome 3)

Cahier 17 : drogues et cultures

2001

Cahier 18 : cannabis et autres drogues : la dépénalisation en questions (tome 1)

Cahier 19 : les alicaments : entre nutriments et médicaments

Cahier 20 : cannabis et autres drogues : la dépénalisation en questions (tome 2)

Cahier 21 : cannabis et autres drogues : la dépénalisation en questions (tome 3)

2002

Cahier 22 : la famille (tome 1)

Cahier 23 : le secret professionnel

Cahier 24 : la famille (tome 2)

Cahier 25 : radioscopie du monde enseignant (l'école - tome 1)

2003

Cahier 26 : monde du travail et psychotropes

Cahier 27 : la réduction des risques (tome 1)

Cahier 28 : la réduction des risques (tome 2)

Cahier 29 : à l'école des jeunes (l'école - tome 2)

2004

Cahier 30 : contextes et consommations

Cahier 31 : santé et prévention : braderie ou promotion ?

Cahier 32 : actes du colloque "Jeunes et alcool" du 18.05.04 à Louvain-la-Neuve

Cahier 33 : Promotion de la Santé et Réduction des Risques : la question du tabac... toujours avec filtre ?

2005

Cahier 34 : santé et communication : info ou intox ?

Cahier 35 : vive la fête ! (fête et psychotropes)

Pour commander l'un de ces numéros ou vous abonner, contactez Claire Haesaerts, Secrétaire de Rédaction, à Prospective Jeunesse (tél. : 02/512.17.66, fax : 02/513.24.02, e-mail : claire.haesaerts@prospectivejeunesse.be).

Editorial

Henri Patrick CEUSTERS

1

Luc COLINET, Bénédikte De VEUSTER et Annie N LISSENNE

?

Serge ZOMBEK

La revue de presse de Prospective Jeunesse

ERROR: stackunderflow
OFFENDING COMMAND: pop

STACK: