

# Bonjour

Pourquoi « Refonder les pratiques sociales et les pratiques de santé » ? L'impact du social sur la santé est devenu déterminant et envahit les pratiques : la démonstration est faite que l'amélioration de la santé des populations tient à l'activation de leviers sociaux, culturels et environnementaux. Dès lors, les métiers du social et de la santé ne trouvent sens que dans une perspective politique. Alors la réponse à notre pourquoi est à la fois simple et infiniment complexe : parce que, dans notre société productrice d'exclusions et d'inégalités, nous croyons qu'un autre monde est possible. Nous vous invitons à en débattre au congrès de la Fédération des maisons médicales que Jacques Morel vous présente en page 2.

Le menton relevé, yeux mi-clos et lèvres pincées, il est de bon ton de toiser le syndicalisme médical en le réduisant à une défense professionnelle de riches. Si un certain syndicalisme médical prête le flanc à cette description, ce n'est pas le cas (n'ayons pas peur de nos opinions) du Groupement belge des omnipraticiens (GBO) dont le combat pour une médecine humaine et respectueuse prime sur les considérations d'intérêt sectoriel et le tout à l'hôpital. Au prix de 40 ans d'efforts, ignoré, méprisé, vilipendé, le GBO a réussi à faire entendre l'importance de la médecine de première ligne. Début 2006, des élections syndicales auront lieu pour les médecins. En page 4, Anne Gillet, vice-présidente du GBO nous trace une « ligne du temps » qui éclaire les enjeux de cette élection.

Evaluer ses pratiques de santé représente pour tout soignant un outil de base mais souvent difficile à con-

struire. Les kinésithérapeutes de la maison médicale le Goéland ont mis sur pied une recherche sur les pathologies de l'épaule qui a mis en évidence les bienfaits d'une prise en charge clinique et préventive et réorientera leurs interventions. En quelques mots, en page 7.

Banalisé par les uns, diabolisé par les autres, le cannabis est l'objet de bien des tensions dans les familles. S'en tenir à des prises de position inspirées du gros bon sens conduit souvent à une déclaration de guerre où chaque génération campe dans sa tranchée. Et comme dans toute guerre, le prétexte, le *casus belli*, ensevelit le fond du problème, empêchant ainsi sa solution. Que dit en fait l'adolescent qui fume, que disent sur eux-mêmes les parents quand ils affirment : « sans sa drogue nous serions si heureux », que se disent-ils les uns et les autres quand ils n'arrivent plus à se parler ? Une réflexion de Serge Hefez en page 9.

Depuis deux ans, le centre local de promotion de la santé de Bruxelles réfléchit aux rapports de l'art et de la santé. Un travail qui ne fait que commencer et qui vous est présenté en page 15.

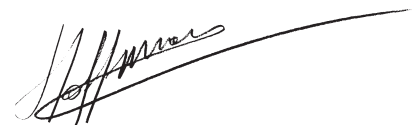


Ils ne font parler d'eux que quand ils meurent ou mettent leur vie en danger. Naguère accueillis comme des héros rescapés d'odieuses dictatures, les

demandeurs d'asile sont aujourd'hui reçus comme des suspects, des profiteurs, des fraudeurs. A l'heure où les frontières s'ouvrent au capital et aux marchandises, elles se ferment devant les hommes, surtout s'ils sont pauvres ou pourchassés. Pourtant,

*Puisque les mers ourdissent  
d'obscurs échanges  
Et que la planète est poreuse,  
il est permis  
D'affirmer que tout homme s'est  
baigné dans le Gange<sup>1</sup>*

Faisant la nique au poète, nos sociétés nanties n'ouvrent leurs portes à l'étranger que contre garantie de malheur certifié par l'administration. Le dogme de l'immigration zéro contamine le droit d'asile, confondant l'accueil de ceux qui fuient pour sauver leur vie avec une régulation des mouvements de population, ne leur laissant parfois que la grève de la faim comme seul recours. Choqués par ces grèves qu'ils ont accompagnées ces dernières années, un certain nombre d'intervenants ont voulu mieux comprendre les enjeux de la politique d'asile et, au delà, ceux de la politique d'immigration dans lesquels leur générosité les avait embarqués. C'est à partir de leurs réflexions et avec l'apport d'éclairages extérieurs que nous avons réalisé ce cahier de *Santé conjugulée*.



(1) Jorge Luis Borges, extrait du *Poème du quatrième élément*.

# Refonder les pratiques sociales, refonder les pratiques de santé

## Un itinéraire... des objectifs

Un congrès les 3 et 4 février 2006

Jacques Morel, médecin généraliste, secrétaire général de la Fédération des maisons médicales

*Si le social m'est supportable, c'est parce que j'ai gardé la capacité de m'indigner !*  
P. Bourdieu (entretien avec M. Sapir)

La démarche que nous proposons vise bien à entretenir et outiller cette capacité. Professionnels du social, il nous paraît important de poser la question du sens, du sens du travail social dans notre société productrice d'exclusions et d'inégalités.

Parce que les interrogations des plus jeunes, sans doute moins soutenues ou moins enfermées par un contexte idéologique mais confrontées au

modèle de la pensée unique nous inclinent à des re-questionnements sur les liens entre les pratiques sociales et de santé et les paradigmes sociétaux. Parce que l'impact du social sur la santé est devenu déterminant, et que depuis les quinze dernières années cette irruption envahit les pratiques. Parce que l'évolution des problématiques et de leur contexte d'émergence interroge nos itinéraires fondateurs et l'actualité des pratiques. Parce qu'aujourd'hui la démonstration est faite que l'amélioration de la santé des populations tient à l'activation de leviers de nature sociaux, culturels et environnementaux.

Parce que nous continuons à croire que ces métiers ne sont possibles que dans une perspective politique et un projet de société dont santé et social ne restent que des secteurs parmi d'autres. Et qu'un autre monde est possible... pas seulement pour paraphraser les alter mondialiste. Mais peut être pour se reconnaître dans un mouvement plus large, dans une nouvelle militance, dans de nouvelles alliances ou des alliances renouvelées.

Pour toutes ces raisons, nous convions à

**« REFONDER LES PRATIQUES SOCIALES. REFONDER LES PRATIQUES DE SANTE »**

Quel *sens* aujourd'hui au travail social ou de santé ? Dans quel projet de société ? La question du sens, des valeurs qui permettent de transcender les réalités est celle que nous souhaitons poser avec tous les acteurs du social et de la santé. *Refonder*, c'est dire ré-ancrer les pratiques dans un terreau revivifié, dans des références et des valeurs revisitées.

C'est bien à partir des interrogations, des questions soulevées par le travail sur le terrain que sera posée la question du sens ; c'est bien à partir de leur collectivisation que nous tenterons une mise en perspective qui en écarte l'impasse et *fasse sens*.

Tous les secteurs sont confrontés aux même questions et doivent construire une lecture critique convergente de ce qu'une société nous demande de faire et de ce que nous pensons devoir lui demander pour contribuer à *faire sens* aux pratiques sociales.



Nous souhaitons aussi faire les liens avec d'autres démarches en cours, on pense aux travaux en rapport avec la mise en place d'un nouveau pacte associatif, ou aux diverses initiatives de revitalisation de la citoyenneté.

A cette réflexion nous avons sollicité tous les acteurs concernés : les professionnels, les travailleurs, les usagers, les décideurs.

Cette dynamique *trouve enfin sens* dans son développement sous forme de stratégies et objectifs concrets à rencontrer ; c'est à leur formulation que nous consacrerons un large part des journées des 3 et 4 février prochain.

Dès à présent, nous proposons quatre objectifs de mises en perspectives :

- la solidarité est au cœur des valeurs qui déterminent le vivre ensemble et qui cadrent les pratiques sociales et de santé ; conforter le cadre solidaire d'une assurance maladie pour tous *trouve sens* dans des actions de maintien et de développement de la sécurité sociale.
- La formation actuelle des professionnels les distrait de leur capacité à socialiser les situations qu'ils rencontrent. Outiller la construction d'une approche globale et critique, posant une alternative à une délivrance académique des connaissances *trouve sens* dans la mise en place d'une université ouverte qui transversalise les compétences à partir de la réalité sociale.
- Faire converger les initiatives, dans tous les secteurs de la vie sociale, où la parole des usagers construit un savoir social mobilisateur, *trouve sens* dans le cheminement vers un

parlement des usagers.

- La santé comme le bien-être des individus et collectivités est le fait de multiples déterminants : articuler le local et le global, décloisonner les institutions et vérifier l'impact des politiques publiques sur la santé *trouve sens* à rencontrer les perspectives de la promotion de la santé.

L'itinéraire questionne le projet de société et déploie ses objectifs dans les réalités des pratiques professionnelles et sociales...

Un itinéraire qui passe par des rencontres, « les Mardis du congrès », qui cherchent à éclairer le sujet et partager des éléments d'analyse :

- le 20 décembre à Charleroi par la compagnie « espèces de » : NOCIF (théâtre) : pour les intervenants de notre secteur, l'occasion d'une rencontre décalée avec des archétypes de gens que nous croisons au quotidien. Une rencontre mémorable, pleine de force et d'humour.
- 10 janvier : « kolkhoze, kibboutz, ashram : organisation du travail dans le monde associatif », modes d'organisation du travail dans les entreprises du non-marchand, avec la participation de Catherine Davister, sociologue, chercheuse au Centre d'économie sociale de l'université de Liège à Bruxelles.
- 24 janvier : « temps forts et faiblesses des mouvements d'émancipation » à Bruxelles.

Un itinéraire qui conduit à un moment de transformation de l'essai, le congrès de la Fédération et de ses partenaires.

Un itinéraire qui ouvre à des

développements pour les mois qui suivent.

Rendez-vous en tous cas les 3 et 4 février 2006 à l'Aula Magna de Louvain-la-neuve.

**Mots clefs :** *société, politique, économie de la santé.*

# Syndicalisme d'hier et de demain : une rétrospective historique pour expliquer l'actualité

Anne Gillet, médecin généraliste, vice présidente du Groupement belge des omnipraticiens

**1963 : vote de la loi Leburton.** Elle règle les rapports entre l'INAMI et les médecins par voie de conventions médico-mutuellistes (avec remboursement différent des prestations selon l'acceptation ou non de la convention) et introduit un échelonnement des soins non contraignant : même honoraire de consultation pour les médecins spécialistes et généralistes, honoraire plus élevé pour le spécialiste s'il y a référence par un généraliste.

**1964 : grève des médecins** en réaction au système conventionnel proposé. Les Chambres syndicales (future Association belge des syndicats médicaux - ABSyM) acceptent des amendements qui abandonnent l'idée d'échelonnement, qui suppriment la discrimination de remboursement des honoraires qu'il y ait conventionnement ou non et qui organisent la discrimination des honoraires au détriment des généralistes (honoraires de consultation des spécialistes doublés ou plus, qu'il y ait référence par le généraliste ou non). Pour avoir accepté la loi modifiée, les Chambres syndicales sont reconnues arbitrairement comme quasi uniques représentantes des médecins et cela jusqu'aux premières élections syndicales médicales de 1998, confinant les autres formations syndicales à l'impuissance. Huit sièges sont accordés à l'ABSyM et deux à l'Algemeen syndicaat van geneeskundigen van België (ASGB) qui a d'emblée accepté la loi dans sa première version plus favorable à l'échelonnement des soins. (L'ASGB deviendra partenaire du Groupement belge des omnipraticiens (GBO) lors de la création de la Confédération des médecins belges en 1977).

**1965 : naissance du GBO-VBO** rassemblant les généralistes révoltés d'avoir activement participé à la grève faite finalement au bénéfice des spécialistes.

Dans ce contexte, au fil des ans, un paradigme s'installe, biomédical, valorisant l'usage de la technologie, l'hôpital comme lieu privilégié des soins et la spécialisation des praticiens. Cela dans une logique de pouvoir et de croissance économique (lien avec les vendeurs de matériels médicaux, de bâtiments hospitaliers, de produits pharmaceutiques). Dans ce paradigme, les généralistes perdent peu à peu leur identité et sont réduits à des rôles subalternes : médecine administrative, économique, de pauvres, d'appoint... malgré la dénonciation inlassable de cette situation inacceptable par les syndicalistes généralistes non absymistes.

**1995 : les États généraux de la médecine générale** organisés par le GBO et MG-Belgique mettent sur la place publique les problèmes criants de la médecine générale. Trente ans après la loi Leburton, la moitié de la profession des généralistes est à genoux.

Un an plus tard est votée la loi sur la représentativité des organisations professionnelles des médecins et celle instaurant les élections syndicales (obligation pour un syndicat d'être pluridisciplinaire – médecine générale et médecine spécialisée - et bilingue).

**1998 : premières élections syndicales médicales.** Les généralistes votent en masse pour le Cartel (GBO-ASGB-SVH) rassemblant des généralistes alliés aux spécialistes les plus

« intellectuels » souffrant, eux aussi, de la primauté de la technicité : 60 % des généralistes et 10 % des spécialistes permettent enfin la présence équitable en médicomut de leurs représentants qui, malgré leur minorité, peuvent influencer certaines décisions. Quatre ans après, les électeurs renforcent encore cette représentation : 70 % des généralistes et 10 % des spécialistes votent pour le Cartel.

Mais le mal est fait. En médicomut, le syndicat majoritaire, les mutuelles et les pouvoirs publics ne sont nullement attachés à redonner leurs couleurs aux généralistes, imaginant continuer à organiser notre « non-système » des soins sur le mode hospitalo-centriste. Les syndicalistes généralistes devront convaincre de l'utilité de la première ligne, indispensable, différente et complémentaire aux autres niveaux de soins, apportant une plus-value en santé publique.

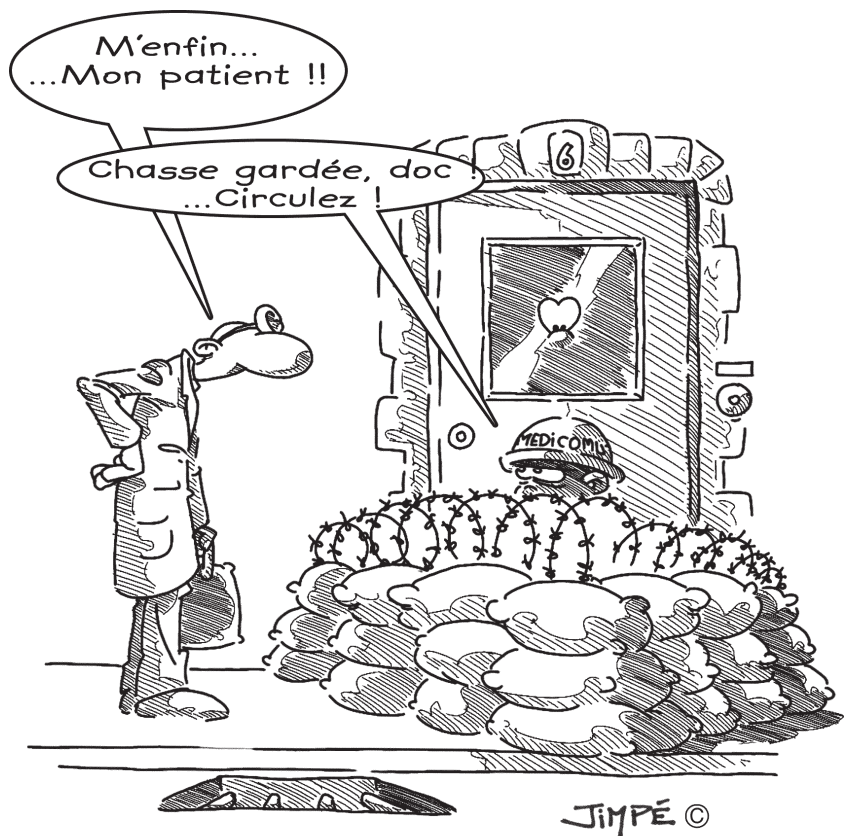
Les généralistes commencent à redresser la tête, les faits emblématiques en seront les États généraux de la médecine générale et la manifestation de la première ligne en 2002. Grâce à la Fédération des associations de médecins généralistes (FAG) et au Vlaams Huisartsenparlement (VHP-parlement des généralistes néerlandophones), ils redéfinissent leur identité. Conforté par ces concepts redéfinis, le Cartel continue à développer des financements répondant à ces plus-values en santé publique : Dossier médical global, honoraires de disponibilité, financement des pratiques en collaboration, financement du dossier médical informatisé, étant entendu que les partenaires en médicomut rechignent à revaloriser l'acte intellectuel à sa juste valeur.

Et puis le budget des soins de santé s'emballe. La scission communautaire et la privatisation menacent. Les pouvoirs publics sont contraints de chercher des solutions pour sauver le système solidaire. C'est dans ce contexte que la première ligne retrouve certaines grâces aux yeux des politiques qui l'entrevoient comme un instrument de maîtrise des coûts. Politiques peu enclins encore à lui accorder son réel statut d'utilité en santé publique. On assiste tout de même alors à des ébauches de revalorisation de la médecine générale par le ministre Vandembroucke, ainsi qu'à de toutes récentes propositions par son successeur le ministre Demotte, rejoignant les thèses du Cartel, introduisant, entre autres, une politique d'aide à l'installation et un embryon d'échelonnement des soins.

**2005 : sécession du Syndicaat van Vlaamse Huisartsen (SVH) vis-à-vis du Cartel**, voulant, entre autres, créer en Flandre une structure unique des seuls généralistes pour tenter de défendre plus radicalement la médecine générale. Essai, actuellement non concluant, de faire reconnaître légalement un syndicat mono-disciplinaire.

•••••  
**Aujourd'hui encore le défi reste majeur**

Malgré les élections médicales, les représentants du Cartel sont minoritaires en plénière de la médicomut et n'ont qu'un pouvoir de pression : les avancées de la médecine générale décidées en groupe de travail où, entre médecins généralistes, ils sont majoritaires, sont cassées en plénière par



la majorité des médecins spécialistes de l'ABSyM.

L'échelonnement à l'envers, de surcroît contraignant, tue la médecine générale : ce sont ces règlements qui obligent le recours aux spécialistes, les centres multidisciplinaires de références (du diabète, de la ménopause, de la céphalée, « de l'homme »...) accessibles en première ligne et favorisés par des remboursements qui leur sont réservés (tigettes urinaires par exemple), les équipes hospitalières qui sont déléguées à domicile et repoussent peu à peu les soignants naturels du domicile, la mise en avant de la technicité, première au hit parade des soins, accessible en première ligne avec si peu de retour de la part de la médecine spécialisée... Cet échelonnement à l'envers est organisé et défendu par le lobby spécialisé. Si, sur le terrain, le travail de collaboration est parfois exemplaire et permet un travail de qualité au service des patients, quand il s'agit en médicomut de partager le « gâteau » financier, médecins généralistes et médecins spécialistes ne sont plus vraiment partenaires.

Cette opposition entre médecine généraliste et médecine spécialisée, ou plutôt entre « intellectuels » et « techniques » est imposée aux généralistes, malgré eux. Si les médecins généralistes veulent sauver leur profession, ils doivent affronter la puissance financière qui cadenasse les tentatives de revalorisation de la première ligne.

Prendre cette opposition pour une guerre de bac à sable qui fatigue les médecins de la base est leurre. Dans le bac à sable, il n'y a pas de sable, mais beaucoup, beaucoup d'argent. Ce qui en fait un conflit insidieux et majeur. Le refus quasi systématique de redonner aux médecins généralistes la place qui leur revient peut être lié à la crainte de voir s'installer une tentative raisonnable de gérer les filières de soins... sorte de contre-pouvoir « dangereux » financièrement parlant. On peut penser, en effet, que si le projet du groupe de travail « urgences » a été arrêté en plénière de la médicomut en juin 2005, c'est qu'il tentait une ébauche d'échelonnement et donc de diminution des recours aux urgences. Projet arrêté par le D<sup>r</sup> Detoef, vice-

## • Syndicalisme d'hier et de demain : une rétrospective historique pour expliquer l'actualité • (suite)

président de l'ABSyM, par ailleurs aussi gestionnaire d'hôpital, donc juge et partie !

Il est intéressant de savoir que le fameux article 140 qui gère la rétrocession d'honoraires des spécialistes aux hôpitaux et « organise » la surconsommation hospitalière a été promu, soutenu et utilisé par le D<sup>r</sup> Wynen en personne, en son temps président de l'ABSyM, et lui aussi gestionnaire d'hôpital. L'histoire se répète et explique pourquoi certains dossiers n'avancent pas.

Quant aux spécialistes « intellectuels » comme les pédiatres, les endocrinologues, les gériatres, il faut savoir que c'est grâce aux pressions des spécialistes du Cartel que la médicomut et récemment le ministre Demotte se sont enfin penchés sur leur sort ! Ceux-là en effet ne sont pas suffisamment rentables pour l'hôpital et intéressent peu les gestionnaires d'hôpitaux.

### • • • • **Pourquoi le Cartel n'a pas participé à la manifestation du 24 septembre organisée par l'ABSyM ?**

Cette analyse éclaire les décisions des dirigeants du Cartel (GBO-ASGB), entre autres celle de ne pas participer à la manifestation organisée par l'ABSyM... décisions qui ne sont pas des réactions épidermiques de gens capricieux et électoralistes mais bien des décisions réfléchies et difficiles à prendre par des syndicalistes qui ont dû avaler tant de couleuvres dans la défense des généralistes et qui ont marqué, par ce refus, une contestation du syndicalisme dominant.

Certains mouvements de médecine générale pensent que l'avenir est peut-être dans un nouveau syndicalisme avec des gens qui ne sont pas parasités par toutes ces notions qui fâchent. Mais s'ils font fi de l'Histoire, ils risquent d'être rattrapés par elle et d'être victimes des mêmes mécanismes.

*Mots clef : syndicalisme, système de santé, politique de santé.*

# Recherche-action préventive en maison médicale

Jean-Pascal Le Pallec, Anne-Gaelle Pirard et Daniel Rottier, kinésithérapeutes du centre de santé le Goéland

.....

*Une recherche-action préventive sur la prise en charge clinique et préventive de patients présentant des pathologies d'épaule.*

.....

**Mots clefs :** corps, recherche-action, kinésithérapie.

Rares sont les études compilant le savoir-faire préventif des kinésithérapeutes ; les kinésithérapeutes du centre de santé le Goéland ont tenté de pallier à cette lacune avec l'aide considérable d'un étudiant en kinésithérapie.

.....

## Pourquoi l'épaule ?

20% des plaintes musculo-squelettiques concernent les épaules en consultation de médecine générale. L'épaule est une articulation permettant une auto-prise en charge assez simple de la part du patient, sans recours à un matériel trop conséquent (une poulie et des poids). Nombreux de nos patients ont eu recours à la chirurgie (calcifications, ruptures de coiffe des rotateurs,...). On retrouve, dans la littérature, de nombreuses études concernant la prise en charge post-opératoire des épaules mais aucune sur la prévention en kinésithérapie pour ce type de pathologie. La prévention en kinésithérapie se

focalisant quasi essentiellement sur les problèmes de dos (écoles de dos), il nous a semblé intéressant d'intégrer un créneau supplémentaire.

Le centre de santé le Goéland est une maison médicale au forfait, système de financement à l'inscription qui permet un recensement facile de la population inscrite (2104 au 31/12/2004). Le recensement de la population-cible par le système à l'inscription et le dossier santé informatisé facilitent les recherches-actions.

.....

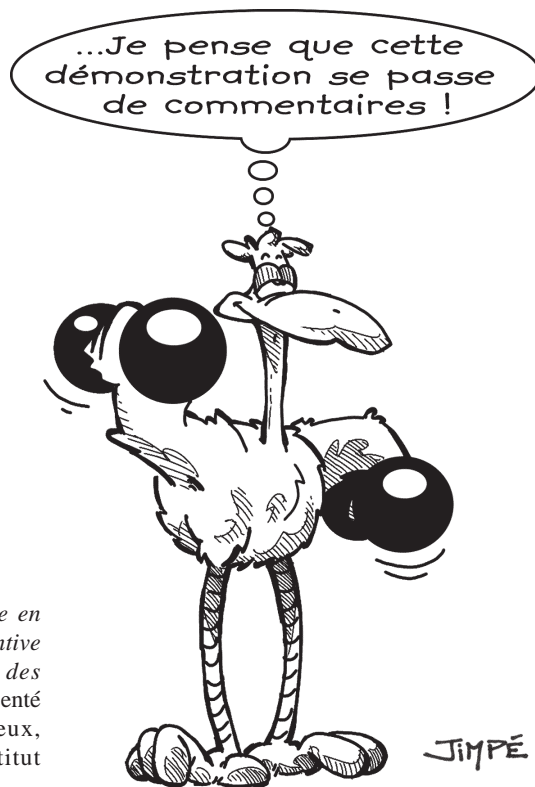
## Nos objectifs

- recenser la population-cible : 40 à 60 ans ;
- mettre au point un protocole rigoureux et scientifique :
  - prendre des tests fiables et reconnus par le monde médical, en l'occurrence le score de Constant et des tests spécifiques de l'épaule ;
  - disposer d'une population-cible et d'une population-témoin ;
  - établir un timing d'étude ;
  - évaluer, par les mêmes tests, les deux populations au bout de six mois dans un premier temps et de cinq ans ;
- définir une stratégie de prévention-type des épaules ;
- estimer la diminution éventuelle de référence vers le niveau secondaire (spécialiste).

.....

## Notre méthodologie

De nombreux auteurs (William F., Tempelhof S., Motycka T.) ont montré que l'âge moyen d'apparition de



Extrait du mémoire *Prise en charge clinique et préventive de patients présentant des pathologies d'épaule*, présenté par Christophe Leleux, diplômé 2005 de l'Institut supérieur du Parnasse.

## • Recherche-action préventive en maison médicale • (suite) • • • • • • • • • •

symptômes de pathologies de la coiffe des rotateurs de l'épaule se situe dans la tranche d'âge 40-60 ans.

Grâce à la fiche signalétique informatisée, utilisée au centre de santé le Goéland, nous avons pu recueillir un échantillon de 541 patients de 40 à 60 ans (336 femmes pour 205 hommes). Ce travail de recherche a pu être réalisé à l'aide d'un stagiaire en kinésithérapie.

173 patients ont été contactés par téléphone, 98 ont pris rendez-vous.

Cette étude tente de démontrer les bénéfices d'une prise en charge clinique et préventive limitée dans le temps (six mois), associant des séances de kinésithérapie à un panel d'exercices (type ré-harmonisation musculaire) mis au point par les kinésithérapeutes de la maison médicale.

### ••••• Type d'étude

Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé. Il y a deux groupes expérimentaux, l'un associé au traitement, l'autre pas. Un système d'évaluation fonctionnelle d'épaule a été utilisé : le score de Constant\*. Le score de Constant analyse quatre items : la douleur, l'activité quotidienne, la mobilité active et la force. Ce score sera calculé avant et après la prise en charge de six mois. 93 patients furent testés (63 femmes et 30 hommes). Un échantillon de dix-huit patients répondant aux critères a formé les deux groupes : dix pour le groupe traitement et huit pour le groupe contrôle. Les dix patients du

\* Constant, Murley, "A clinical method of functional assessment of the shoulder", *Clin orthop*, 214 ; 1987.

groupe traitement sont répartis arbitrairement aux trois kinésithérapeutes de la maison médicale. Le score de Constant normal est fixé à 100.

La moyenne du groupe traitement est de 87,5 pour l'épaule gauche et 88,1 pour l'épaule droite ; celle du groupe contrôle est de 90,4 pour l'épaule gauche et 76,8 pour l'épaule droite. Un nombre maximum de dix-huit séances de kinésithérapie (seule formation commune des trois kinésithérapeutes : kinésithérapie analytique selon R. Sohier), bi-hebdomadaires, associées, voire suivies de séances d'exercices de ré-harmonisation identiques pour chaque patient (musclature + étirements) pendant une période maximale de six mois. Il est à noter que chacun des kinésithérapeutes avait au préalable effectué une batterie d'autres tests dans le but de pouvoir orienter les premières séances.

### ••••• Les résultats

Nous pouvons dire qu'ils furent surprenants.

Dans le but d'une plus grande objectivité, c'est l'étudiant qui réalisa les nouveaux scores de Constant. Dans le groupe traitement, le résultat moyen de l'épaule gauche est de 100, celui de l'épaule droite, de 97,9 ; tandis que le groupe témoin est passé à 85,6 à gauche et 66,6 à droite. Les résultats de l'étude montrent une amélioration de 10,9% de la moyenne des scores de Constant pour le groupe ayant bénéficié du traitement ; le groupe contrôle a, par contre, subi une perte de 7,6% de cette moyenne. Il y a, donc, un écart de 18,5% entre les deux groupes.

En clair, nous avons observé une

meilleure mobilité active des épaules, une hausse sensible de la force ; aux dires des patients, une amélioration des activités de la vie quotidienne est observée, ainsi qu'une amélioration du sommeil. La douleur a, quant à elle quasi disparue.

### ••••• Que retenir de cette étude ?

Qu'il est possible, par des moyens relativement simples d'obtenir des résultats scientifiquement probants. Que certains contextes de politique de santé (inscription de la population, autres formes de financement) facilitent une prise en charge plus globale de la population (dans ce cas, une prise en charge secondaire). Que la kinésithérapie devrait plus fréquemment évaluer ses techniques et éventuellement les publier.

### ••••• L'avenir ?

L'équipe des kinésithérapeutes compte étendre l'étude au restant de la population cible (+/- 300 patients), tout en convoquant les patients considérés à risque pour les convaincre d'adhérer au programme de prise en charge. Une évaluation ultérieure aura lieu au bout de cinq ans.



# Du cannabis en famille : « Sans sa drogue, nous serions si heureux »...

Serge Hefez, médecin, département de Thérapie familiale, service du professeur Mazet, pavillon de l'enfant et de l'adolescent, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris

Parmi la masse d'adolescents consommateurs de cannabis, on sait qu'un certain nombre, estimé entre 10 et 15 %, va développer un abus ou une dépendance. D'où l'importance de cerner les facteurs de vulnérabilité associés à l'usage de toute substance psychoactive.

Il semblerait à cet égard que les éléments qui influencent l'initiation à la consommation diffèrent de ceux qui favorisent l'installation d'une dépendance. En effet, si les facteurs socio-culturels, situationnels et environnementaux sont déterminants dans l'expérimentation et l'initiation à l'usage de substances psychoactives, les facteurs psychologiques jouent un rôle prépondérant dans l'installation d'un abus ou d'une dépendance<sup>1</sup>.

Mais de très nombreux chemins peuvent y conduire, et il est impossible d'isoler chez un sujet donné un seul facteur de risque qui aurait une valeur prédictive.

**Mots clefs :** drogues, santé mentale, enfance.

Extrait de la revue THS de septembre 2004.

Comment se fait-il que certaines personnes exposées à un même produit deviennent dépendantes et d'autres pas ? La caution scientifique qui distingue dépendance physique et psychique ne suffit pas : un produit « accroche » ou pas à un moment donné d'une trajectoire dans un environnement particulier. Les consom-

mateurs de tabac ont tous expérimenté qu'il existe des conjonctures durant lesquelles il est facile de décrocher, d'autres où ceci s'apparente à un combat surhumain.

Toute pratique addictive est une forme de centration sur un objet, un produit, ou une activité particulière qui permet de faire le vide, de ne penser à rien d'autre, surtout pas au temps qui passe ou à soi-même.

Ces pratiques s'installent au-delà du plaisir et de l'émotion, dans un apaisement existentiel lié au refuge dans une habitude prévisible, et au soulagement de la répétition. Le désir s'efface, le besoin devient tout puissant.

Certains sujets deviennent davantage dépendants d'une expérience que d'une substance ; c'est la répétition de cette expérience initiale (qui n'est parfois même pas agréable comme les vomissements chez les boulimiques ou l'effraction corporelle par une seringue chez les injecteurs de drogues) qui va avoir pour fonction d'éviter les situations nouvelles, sources d'anxiété. Mieux vaut répéter indéfiniment un comportement prévisible et sans surprise que s'exposer à l'incertitude des relations humaines ou à l'exposition au risque de la nouveauté et du changement.

## La complexité de la dépendance

La consommation abusive de cannabis montre bien que les effets d'accroche du produit ne suffisent pas seuls à expliquer le mystérieux phénomène de la dépendance, qu'il serait erroné de prétendre que c'est le produit qui, par ses effets chimiques, génère ce phénomène.

Evoquer la dépendance, c'est mettre tout à la fois dans un même panier : les mystères de la biologie du cerveau humain, les empreintes psychiques précoces du premier amour, la pharmacologie d'une substance inerte, la disparition progressive de la plupart des rites sociaux, la curiosité adolescente, la violence indifférenciée, la misère des banlieues, l'exclusion sociale, bref, tout ce qui de près ou de loin participe aux prises de produits et à la pérennisation de cette conduite. Seule la prise en compte simultanée de tous ces niveaux permet d'en saisir la complexité.

Comment un comportement qui procure une sensation de plaisir et/ou le soulagement d'un malaise ou d'une angoisse va peu à peu s'organiser autour d'une perte de contrôle, puis de la poursuite du comportement malgré une prise de conscience de ses effets négatifs ?

C'est ici qu'intervient toute une série de circonstances qui jouent à différents niveaux et s'agencent entre elles. Les failles relationnelles de l'enfance qui ont contribué à la constitution d'une personnalité fragile, les tourments de l'adolescence trouvent un apaisement dans les effets d'un produit comme dans les formes marginales du fonctionnement social qui accompagnent sa consommation, en une spirale qui tend à se refermer sur elle-même.

L'abus de produits psychotropes renverse les cercles de causalité : « du fait de ma dépendance à l'héroïne », me confiait un patient, « je ne peux avoir aucune activité sexuelle »... « la consommation d'alcool de mon mari détruit notre couple » dira cette femme ; et tous les parents de constater « avec son cannabis, il ne s'intéresse

## • Du cannabis en famille : « Sans sa drogue, nous serions si heureux »... • (suite) • • • • • • • • • •

plus à rien, il traîne toute la journée, il se met en danger... ».

Les thérapeutes qui recueillent ces plaintes ne peuvent s'empêcher de penser : n'est-ce pas une inhibition dans sa vie sexuelle qui a conduit ce jeune homme à avoir recours aux opiacés ? Ou bien : jusqu'à quel point les difficultés conjugales de cet homme n'expliquent-elles pas son alcoolisme ? Ou encore : si cette famille ne présentait pas de si graves problèmes de séparation, cet adolescent n'aurait-il pas évité cette dépendance au cannabis ?

Ces assertions ne sont que les fragments d'une même spirale d'interactions. La complexité de la dépendance ne peut se résoudre dans de simplistes relations de cause à effet qui feraient porter à la nature du produit, aux mauvaises fréquentations, aux faiblesses des parents ou à la personnalité de l'adolescent le chapeau des difficultés présentes.

Il en est des facteurs de risque comme des facteurs de vulnérabilité : ils s'interpellent, s'inhibent ou se potentialisent selon des cheminements mystérieux.

La démarche qui nous anime n'est donc en aucun cas de rechercher dans la famille les raisons de l'enlèvement d'un adolescent dans sa consommation cannabique, mais de trouver un levier de changement pour désamorcer cette spirale et resituer les conflits inhérents à l'adolescence dans une plus juste place.

### • • • • Sans son cannabis, nous serions si heureux...

Depuis de nombreuses années, notre travail avec des familles malmenées

par la dépendance au cannabis d'un ou plusieurs adolescents nous confrontent en effet à des conflits mal posés. La lutte pour l'autonomie du jeune se déplace au profit d'escalades symétriques incessantes autour de la consommation du produit<sup>2</sup>.

Par effet de cristallisation, le cannabis devient la cause ultime de tous les maux, résumant à lui seul l'hostilité ou la dépression de l'enfant, la violence ou le manque d'autorité du parent, les disputes conjugales, le désarroi de la fratrie.

À première vue pourtant, le scénario paraît immuable : des parents affolés traînent chez le psychologue un gamin, jusque-là sans problème, jusque-là si parfait, qui commence à fumer de plus en plus, ne sort plus de sa chambre et ne travaille plus à l'école. « *Le cannabis nous a pris notre enfant* », s'écrient-ils, autre variante du traditionnel : « *Avec son cannabis, il nous rendra malades* ».

Dans la famille, le cannabis est devenu l'unique sujet de discussion et le cœur de toutes les disputes. On fouille les affaires de l'adolescent, on guette ses moindres gestes, on traque son aspect, ses yeux et ses pupilles, on le harcèle pour savoir s'il a encore fumé, où il cache son produit, et où il s'en est procuré. À quoi le jeune répond qu'on n'a pas le droit de fouiller ses affaires, et qu'il sait très bien ce qu'il fait. Et les parents de déclarer : « *Tu n'es pas majeur, nous sommes responsables, le cannabis est interdit et on ne peut pas couvrir ça* ».

« *Docteur, vous devez lui dire que c'est mal* », supplient les parents à bout de nerfs, sommant le médecin ou le psychothérapeute de prendre en charge cet encombrant colis dont ils ne savent que faire.

Bref, surgissent toute une suite de conflits majeurs autour de la confiance qu'on accorde à son enfant et du rapport à la loi : des conflits bien sûr inhérents à l'adolescence, qui tournent autour de l'espace accordé au jeune et trouvent dans le cannabis un bouc émissaire, inquiétant mais commode. Car il peut devenir plus simple, pour les parents, de se focaliser sur le cannabis et pour l'adolescent, de s'y embrumer, que d'emprunter le chemin sinueux et complexe qui mène aux vérités qui font mal et à l'autonomie.

### • • • • Le cannabis est la réponse à cette impossible révolte

Monsieur et Madame A.<sup>3</sup> sont tous deux profs, parents jusque-là heureux d'un fils modèle, David, très beau garçon, excellent élève et grand sportif. Avant, il y a deux ans, Monsieur A. et son fils portaient bras dessus-bras dessous, escaladant les montagnes, dévalant les pentes à skis. Mais aujourd'hui, le fils a seize ans, il est en première, et le rayon de soleil de papa est devenu une épée plantée en plein ventre : l'ancien prix d'excellence s'est transformé en cancer, il consomme du cannabis à tour de bras, se fiche de l'école et du sport. Bref, le fils idéal, l'enfant adoré est devenu un monstre et toute la vie de la famille tourne autour du cannabis, désigné par les parents comme le diable.

Très rapidement au cours du premier entretien en présence des parents, de David et de son jeune frère Thomas, le conflit entre père et fils, un conflit massif, à la mesure de la connivence passée, vire au conflit conjugal : « *Tu es trop rigide* » se plaint Madame A. « *Tu ne l'as jamais laissé s'exprimer,*

*jamais laissé dire réellement ce qu'il pensait. Il a toujours tellement voulu te faire plaisir qu'il n'a jamais existé par lui-même, et je suis sûre que c'est pour pouvoir se détacher de cette relation, qu'il s'est mis à faire toutes ces bêtises ».*

De ces quelques phrases, Monsieur A. a très bien compris que sa femme lui reproche son autoritarisme, non seulement en tant que père, mais aussi dans le couple. C'est comme un second coup de poignard – dans le dos, cette fois - et sa réaction est violente : « *Puisque tout est de ma faute, je pars* ».

Puis Monsieur se ravise et commence à se livrer. Il parle de son propre père, un homme violent, intransigeant, inaccessible et insatisfait, qui surveillait tout et l'empêchait de vivre. Un homme auquel il s'était juré de ne pas ressembler et dont il était convaincu d'être différent : « *Voyez comme je suis proche de mon fils, voyez comme on est copains, voyez comme on faisait du sport et plein de choses ensemble* ». Nous voyons surtout combien cette complicité affichée est lourde de réparations pour Monsieur A., qui cherche à tout prix à compenser la relation qu'il n'a pas eue avec son père, et pesante pour son fils qui doit supporter tout le poids de ce conflit non réglé.

Au cours d'un entretien ultérieur, Madame A. se confie à David : avant de rencontrer son mari, elle était très amoureuse d'un homme qui ne pouvait pas avoir d'enfants. Si amoureuse qu'elle s'était résignée à ne jamais en avoir. Un été, alors que son amant était absent, elle a une petite aventure avec Monsieur A. et se retrouve enceinte. Surgit alors un intense conflit intérieur. Gardera-t-elle cet enfant, l'élèvera-t-



elle avec son amoureux qui saura inévitablement qu'il n'est pas son père ? Finalement, après des semaines de grande tension et une demande en mariage de Monsieur A., très épris, elle se résout à oublier son grand amour et à avoir ce bébé.

Devant nous, le fils apprend cette histoire qu'il ne connaissait pas et qui le propulse au rang pas forcément enviable de créateur – et de ciment - du couple de ses parents ; un poids supplémentaire, encore plus lourd pour ses épaules de seize ans. Le voilà non seulement baume sur les souffrances passées de son père, mais garant du couple de ses parents.

Cette famille, comme tant d'autres, recèle son lot de difficultés : une relation ratée entre Monsieur A. et son père, et une histoire pour le moins complexe entre les parents, qui ne semble pas fondée sur l'amour mais sur la naissance d'un enfant. Ce passé trop présent génère forcément de grandes tensions et le fils, qui supporte tout le poids du roman familial, les perçoit sans pouvoir les nommer.

À l'âge des révoltes adolescentes, il ressent aussi l'extrême fragilité de ses parents. Comment s'opposer à eux ? se demande ce gentil garçon, qui perçoit intuitivement qu'il peut briser son père et mettre en danger le couple

de ses parents.

Le cannabis est la réponse à cette impossible révolte. Une réponse qui a le double avantage de calmer ses angoisses et de souder ses parents contre lui. Contre le cannabis, Monsieur et Madame A. sont toujours d'accord ; d'accord pour fouiller la chambre, d'accord pour crier, pour le forcer à ouvrir sa porte... Le couple qui, voici seize ans, s'est formé sur l'enfant peut encore se cristalliser sur l'enfant et, en l'occurrence, contre le cannabis.

••••

### **Un père qui est resté un petit garçon**

Une autre famille, encore plus parfaite, se présente de la même façon : père enseignant et fils modèle, affectueux, poli et très brillant. « *On était si heureux, si unis, on a toujours beaucoup parlé* », affirment les parents, nostalgiques de leur bonheur perdu.

Mais voilà, depuis quelques mois, Mathieu s'est mis à fumer ; dans des fêtes, avec les copains, puis seul dans sa chambre. Aux parents, terrassés par l'inquiétude, il répond que, oui, il fume, mais pas tant que ça. Et jamais avec ceux qui ont l'habitude de trop

## • Du cannabis en famille : « Sans sa drogue, nous serions si heureux »... • (suite)

fumer.

Devant nous, la mère dit que c'est la faute du père qui n'a aucune autorité : « Tu n'as jamais su donner un cadre ou des limites ».

Comme dans la famille précédente, une phrase vient de déplacer la question du cannabis, vers un conflit parental autour de l'autorité (trop dans un cas, pas assez dans celui-ci), vers une interrogation sur ce qu'est un bon père, un bon couple.

Le fils, pour sa part, commence à accepter que ce n'est pas aussi simple qu'il l'a prétendu jusque-là, et qu'il fume parce qu'il a le blues. Le consensus est donc exceptionnellement rapide et l'entretien évite l'habituel couplet d'explication médicale sur les dangers du cannabis.

Cette fois, c'est le garçon qui parle, après un long silence : « De toute façon, ce n'est pas la première fois que je vois un psy. Entre huit et treize ans, j'ai été en psychothérapie, et j'ai même pris des médicaments, tellement j'étais anxieux. » Et de reprendre, en se tournant vers son père : « Et je ne suis pas le seul à être anxieux... ».

Du coup, les mots et les souffrances se libèrent : le père a eu une adolescence très difficile, et n'a jamais fait le deuil de son père, très longtemps malade, mort lorsqu'il avait dix-neuf ans ; malgré une longue psychanalyse, cette mort est toujours aussi douloureuse, une plaie encore ouverte, et le père s'accuse et culpabilise : « C'est vrai, je manque d'autorité, je suis incapable d'être un bon père car je ne sais même pas ce qu'est un père ». Quant à la mère, elle ne va pas très fort non plus : dépressive, elle prend régulièrement des tranquillisants, dont elle a de plus en plus de mal à se passer.

Tout à coup, ce n'est plus du cannabis

mais de l'anxiété qu'il est question, à tel point que le fils constate avec un grand sourire : « Finalement, l'anxiété, c'est le ciment de la famille ». Toute la complexité de la fidélité aux relations familiales peut se résumer dans cette phrase.

Voilà comment cette famille, très intellectuelle, mais incapable d'aborder des sujets émotionnels trop douloureux, commence à s'unir autour d'une histoire tragique commune. Dans cette tragédie, le cannabis jette comme un voile sur des conflits incapables de s'exprimer ; parce que l'angoisse est si profonde qu'on ne peut en parler sans souffrir, parce que chacun ne peut que la vivre seul dans son coin. Et parce que les conflits semblent impossibles à évoquer, et encore plus à résoudre : conflit entre un père et un fils qui n'ose pas s'opposer sous peine de le casser en mille morceaux ; et conflit entre la mère et le père, qui est aussi un homme à qui elle reproche d'être resté un petit garçon, conflit entre un adolescent et une mère dont il ne peut supporter l'intrusion.

En thérapie, ils apprennent aujourd'hui à communiquer autrement qu'en évacuant l'angoisse. Et le garçon est arrivé à se dégager de cette angoisse flottante qui sourd de l'atmosphère familiale et à s'approprier l'angoisse normale et somme toute ordinaire d'un adolescent : bref, il s'est détaché du conflit entre les parents et à l'intérieur de lui-même pour vivre son jeune destin.

Dans ces deux familles, le cannabis n'a donc pas surgi un beau matin comme un trouble-fête dans un ciel serein : s'il vient se mettre en travers de la vie familiale confrontée à l'inévitable processus d'autonomisation de l'adolescence, c'est que d'autres probléma-

tiques sont en jeu qui rendent la prise d'autonomie trop compliquée pour l'aborder frontalement.

Comment parvenir, à partir du conflit autour du cannabis, à déplacer les enjeux pour que d'autres conflits familiaux puissent s'exprimer ? C'est toute la question qui se pose à nous et que pose l'adolescent à travers son cannabis.

Car plus la famille se cristallise autour du cannabis, plus l'adolescent se l'approprié, pour poser une question ouverte à sa famille ; une question qu'il ne peut poser autrement et qui aggrave encore les conflits. Le cannabis entraîne donc la famille dans un cul de sac : il cristallise les conflits, mais en même temps, il les bloque, condamnant parents et adolescents à un immobilisme où on ne parle plus de rien d'autre que de la consommation. C'est toute la dimension de l'adolescence qui se joue au fond de ce cul de sac.

••••

### Famille et adolescence

On sait que le terme addiction se réfère à une coutume ancienne par laquelle un individu était donné en esclavage<sup>4</sup>. Cette terminologie accentue le fait que l'individu est devenu l'esclave d'une seule solution pour échapper à la souffrance psychique.

La démarche toxicomaniaque de relève pas du désir de s'empoisonner, comme la dénomination française le laisserait entendre, mais de l'espoir de rendre supportables les difficultés ressenties comme insupportables dans la vie quotidienne.

La dimension la plus urgente de l'économie psychique qui sous-tend la conduite addictive est le besoin de se

débarrasser aussi rapidement que possible de tout sentiment d'angoisse, de colère, de culpabilité ou de tristesse qui fait souffrir, voire même des sentiments en apparence agréables ou excitants mais qui sont vécus inconsciemment comme défendus ou dangereux. Disons qu'il s'agit de remplacer une sensation qui vient du dedans par une autre sensation qui peut être attribuée au dehors.

À partir de la découverte de la solution addictive, il devient compulsif de chercher à la retrouver face à toute souffrance psychique. Cette solution comporte toujours ainsi un mélange de douleur et de plaisir.

En tant que réponse à une souffrance, l'addiction relève d'une tentative enfantine de se soigner.

Le processus d'adolescence précipite toujours les parents dans une régression à leur propre adolescence et remet en circulation les conflits qui n'avaient pu être dépassés à cette époque. Cette régression active l'indifférenciation entre parents et enfants, réplique douloureuse de la période fusionnelle avec l'enfant nourrisson.

Parents et enfants peuvent vivre une expérience de dévoration réciproque, source de terreur ou de rage, mais aussi de satisfaction mégalomane pour l'enfant : « sans moi, mon père ou ma mère tomberait en morceaux ».

Une sensation commune indifférenciée menace d'envahir le groupe : cette anxiété, « ciment de la famille » qu'évoque Mathieu ou la colère qui se propage dans la famille de David. La consommation abusive de cannabis, traitement de l'anxiété ou de la colère pour ces adolescents, bloque paradoxalement la circulation émotionnelle familiale autour de ces affects. Le cannabis devient réellement un « problème de famille ».

L'inquiétude crée du lien. L'angoisse est parfois une manière de relier les uns aux autres. « Je suis inquiet pour toi, j'ai peur de te perdre » signifie, en effet « Je tiens à toi ». Il est parfois difficile de se rejoindre autour de sentiments plus calmes et plus sereins.

Dans une famille, on n'est pas toujours en prise directe sur les sentiments et les émotions des autres. Heureusement, d'ailleurs ! Quand on est trop proche, on peut se sentir menacé d'étouffement ou d'invasion. À l'inverse, quand on est très autonome, on peut vivre pour soi, dans son petit monde, sans tenir compte des autres. Il y a une tension permanente entre ces deux extrêmes. D'où la nécessité que l'on éprouve parfois de mettre les liens à l'épreuve en faisant circuler des émotions, qu'elles soient positives (amour, joie, bien-être) ou négatives (colère, inquiétude, tristesse). Cette « circulation » d'affects est assez démocratique dans une famille dans la mesure où tout le monde se retrouve alors sur le même plan. Encore faut-il que chacun fasse la part entre ce qu'il éprouve et qui lui appartient en propre, ce que l'autre ressent, ce qui est suscité par l'autre, etc. Il faut pouvoir donner un sens à toutes ces émotions sans pour autant entrer dans celles des autres membres de la famille - bref, encore faut-il pouvoir se différencier.

De toute évidence, Mathieu met l'amour de ses parents à l'épreuve. Il s'est quand même arrangé pour que son père s'aperçoive qu'il fumait des joints et la baisse de ses résultats scolaires ne risquait pas de passer inaperçue. Mais la question qui se pose est ailleurs : à qui appartient l'angoisse qui circule dans cette famille, qui nourrit, pénètre et relie les différents

protagonistes ? Elle leur pèse mais en même temps, puisqu'elle existe, on peut imaginer qu'ils en ont besoin. André et son fils viennent consulter parce qu'ils aimeraient s'en débarrasser, mais qui dit qu'ils ne redoutent pas que sa disparition dévitalise la famille et qu'il n'y ait plus de liens ? Mieux vaut de l'angoisse que rien du tout !

Ce n'est certainement pas « parce que » le père de Mathieu n'a pas pu dépasser le deuil de son propre père, « parce que » sa mère ne peut aborder la séparation avec son fils ou « parce que » les parents de David sont en conflit que ces adolescents dérapent dans leur consommation. Des facteurs de vulnérabilité, jouant à différents niveaux, rigidifient la situation jusqu'à la rendre irrespirable.

Pour ces jeunes, le comportement s'automatise, la répétition des actes court-circuite l'économie pulsionnelle et réduit l'activité fantasmatique. Dans la famille, on s'organise rituellement de la même façon autour du « patient désigné ».

La famille devient pour tous un phénomène sauvage qui détruit l'individualité psychique. Elle perd sa compétence de famille.

Notre travail ne consiste aucunement à résoudre des problèmes ou à corriger des erreurs, à trouver des recettes pour traiter une famille dysfonctionnelle.

La recherche qui nous anime n'est pas tant celle de la causalité, c'est-à-dire de désigner, dans la famille, qui sont les responsables et les coupables de la symptomatologie actuelle, que de resituer les symptômes de l'adolescent dans une logique qui le dépasse et qui déborde également la famille. Cette logique appartient à une histoire, à des

## • Du cannabis en famille : « Sans sa drogue, nous serions si heureux »... • (suite)

relations, à des liens dont chacun n'est détenteur que d'une partie. L'adolescent doit en quelque sorte être dépossédé de son symptôme, afin que ce symptôme trouve une logique dans une dynamique plus large qui est celle de la famille.

Si ce symptôme est né dans ce groupe familial, ce groupe peut, peut-être, lui-même le résoudre. Il ne s'agit pas de stigmatiser une famille, d'accuser les parents d'être trop intrusifs ou distants, mais de retrouver, avec la famille, les possibilités d'une compétence perdue. Elle doit pouvoir contenir les angoisses ou les difficultés exprimées par cet adolescent. Nous partons du principe que la consommation excessive a une signification, qu'elle s'adresse à une famille, et trouve un sens global dans l'économie familiale.

La famille est considérée comme un système de liens, dans lequel existe toujours une tension, pour chacun, entre la possibilité d'accéder à une certaine autonomie psychique, de développer une personnalité, et la nécessité de faire survivre le groupe, de maintenir cet ensemble de relations pour que la famille continue d'exister.

Une famille peut devenir pesante, étouffante pour un adolescent, aussi bien parce que les facteurs de dislocation, de rupture, d'attaque des liens ont été si importants que le jeune se retrouve sans repères, que parce que les liens vitaux de survie créent une enveloppe familiale trop rigide. C'est le cas des familles qui se sont repliées sur elles-mêmes à la suite de traumatismes liés par exemple à des deuils ou des transplantations. L'autonomie de l'adolescent est alors autant menacée que si la famille a des liens trop disloqués. Les adolescents, dans leur cadre familial, sont donc pris entre

deux pôles : soit leur famille ne les soutient pas, auquel cas ils ont du mal à construire leur personnalité, soit elle les étouffe parce qu'elle est trop rigide, auquel cas l'adolescent est menacé dans la possibilité de se construire une trajectoire personnelle.

D'une certaine façon, la dépendance au produit est la métaphore de l'autonomie vécue comme une menace de séparation de la famille d'origine, une répétition générale qui préfigure le départ du jeune hors du cercle de la famille. Et bien souvent dans ces familles, l'individuation n'est pas ressentie comme la possibilité de s'affilier à d'autres groupes et de se relier à d'autres projets, mais plutôt en termes de menace de rupture, de séparation définitive, d'abandon.

Il est évidemment très difficile, entre ces deux pôles, de définir un équilibre qui marquerait le bon fonctionnement familial. Freud disait volontiers aux parents : « Faites ce que vous voulez, de toute façon, vous ferez mal ». Nous tentons donc de situer quels sont les points de compétence sur lesquels nous pouvons nous appuyer pour que la famille chemine mieux.

Dans certaines familles, les individuations ne sont pas vécues comme liées à une évolution normale de leur cycle vital, mais comme des menaces. Les symptômes de l'adolescent sont intégrés au cours de la thérapie dans une crise familiale, mettant en jeu les possibilités d'autonomie de tous les membres de la famille par rapport à leur histoire et à la façon dont, sur plusieurs générations, des éléments bloquent ces possibilités d'autonomisation.

La famille est devenue un lieu de survie de groupe, et non pas un lieu d'épanouissement individuel. Notre

vision de la famille, comme un système, fait que chaque membre est à la fois agent et victime de cette dynamique mortifère tout au long d'une histoire singulière qu'il s'agit de rendre intelligible.

(1) *Cannabis, quels effets sur le comportement et la santé ?* Expertise collective. INSERM, novembre 2001.

(2) E. Kammerer, « Avec son cannabis, il nous rendra malades » in *XV<sup>ème</sup> colloque national* La Rochelle. G et T. 2002.

(3) Les exemples cliniques qui suivent sont développés dans l'ouvrage B. Bantman, S. Hefez, *Cannabis*, Hachette Littératures, à paraître, 2004.

(4) M. Valleur, J.C. Matysiak, *Les Addictions*, Armand Colin, 2002.

# Créer, c'est bon pour la santé ? C'est bon, bon ? ... participons ...

## Les Conférences locales du centre local de promotion de la santé de Bruxelles

L'équipe du centre local de promotion de la santé de Bruxelles

•••••

### Le contexte institutionnel

Les Conférences locales sont une nouvelle mission des centres locaux de promotion de la santé. Elles ont pour objectif de mettre en place des projets locaux intersectoriels dans une approche de dynamique durable qui repose sur des partenariats afin notamment de dégager des besoins de la population de manière à faire remonter cette information à la Communauté française. Elles sont attentives à travailler l'aspect des réductions des inégalités sociales et la dimension de la participation.

•••••

### L'hypothèse de travail

Notre hypothèse : l'approche artistique est un axe mobilisateur et qui stimule l'esprit critique.

*« Je suis persuadé que l'art est l'expression d'une organisation sociale, de la société dans son ensemble, de ses croyances, de l'image qu'elle se fait d'elle-même et du monde ».*

Georges Duby, historien, in *L'art et la société*, Gallimard, Quarto.

En 1945, Jean Dubuffet introduit le vocable d'Art Brut et radicalise le propos. L'Art Brut s'oppose à « l'art culturel », celui des musées et des marchands, de la norme académique, de la culture ambiante ou dominante. Il est anti-institutionnel, indifférent à toute approbation sociale ou à tout projet mercantile. L'invention artistique est à la portée de tout un chacun. Toute l'histoire de l'Art Brut est jalonnée par des artistes qui font connaître une forme d'expression artistique qui

s'épanouit dans les institutions psychiatriques. A aucun moment l'Art Brut ne se soucie de thérapie, la question thérapeutique n'est pas éludée, elle n'est juste pas posée. Dans ce sens, l'art est une positivation du négatif, de ce qui est exclu. Créer n'est pas s'exprimer soi comme s'exprimer soi n'est pas se connaître. Créer, c'est exprimer quelque chose au travers de soi. La démarche artistique nous donne accès à notre propre subjectivité.

La culture n'est-elle pas aussi un déterminant de la santé ? La promotion de la santé n'est-ce pas aussi prendre en compte la subjectivité que revêt pour chacun la notion de « santé » ?

•••••

### La proposition de travail

Notre proposition : la création artistique, un moyen d'expression et une dynamique d'action où le langage (non seulement la parole) tient une place.

Créer et s'exprimer au travers de techniques artistiques qu'elles soient picturales, orales, sculpturales, musicales ou autres amène plus qu'une production d'œuvres. Le créateur est interprète et s'efface dans son œuvre en y laissant une trace ; sa voix, son ton, son monde, son style... Entendons par langage tout moyen d'expression, et donc prise de position.

L'approche artistique serait un moyen facilitant l'accession de l'individu à son émancipation, concourant à son bien-être et donc à sa qualité de vie. Elle permet de lui donner des moyens, de lui offrir une place et de tenir compte de ce qui est dit autrement. La pratique de la musique, celle de

l'art en général, constitue un lieu privilégié, à l'intérieur duquel les choses ne sont pas dites, désignées, mais se disent, d'elles-mêmes. Peut-être est-ce là aussi le nouveau pari du débat démocratique.

•••••

### Le processus

Pour réfléchir avec nous, nous avons interpellé des institutions, des artistes, attentifs dans leurs pratiques à ouvrir un espace d'expression auprès de leur public et à y inscrire la dimension du collectif.

Le groupe de travail s'est réuni pendant deux ans d'une manière régulière la première année (une fois par mois) et d'une manière plus espacée la seconde année.

Nous avons tenu à être dans une dynamique elle-même très participative, que les participants puissent s'approprier ce projet et, par nos échanges, ébaucher des pistes. Des pistes que nous souhaitons dans un deuxième temps partager avec d'autres afin d'enrichir notre réflexion et construire des prolongements lors de deux journées, les 13 et 14 décembre 2005.

Le centre local de promotion de la santé a désiré être accompagné d'un comité de pilotage pour assurer un regard extérieur par rapport au travail mis en place tant dans son contenu que dans la dynamique du groupe.

•••••

### Modalités et objectifs des deux journées

#### Première journée

La première journée met les participants en situation, ils vont expé-

• **Créer, c'est bon pour la santé ?**  
 • **C'est bon, bon ? ... participons ...**  
 • **Les Conférences locales du centre local**  
 • **de promotion de la santé de Bruxelles**  
 • **(suite)**  
 •  
 •  
 •

menter l'expression artistique en lien avec la promotion de la santé dans un atelier.

L'idée est de faire vivre notre hypothèse : s'intéresser aux espaces où émerge une autre parole et avoir la possibilité de constater que certaines participations permettent une autre façon de s'exprimer. Chacun aura un lieu pour se décaler de ses pratiques habituelles pour enrichir le sens de son travail.

La première journée invite les participants à s'impliquer dans un des huit ateliers artistiques proposés, Chant, Musique, Théâtre, Ecriture, Carnets de route, Photo, Danse, Fresque.

Chacun de ces ateliers est animé par des artistes rodés dans l'animation et soucieux de susciter la participation. L'accent est mis davantage sur le processus et sur ce qui se joue dans ce type d'espace.

**Pour la deuxième journée**

Le matin, se tiennent des ateliers d'échanges qui, en regard de l'expérience de la veille, visent à revisiter le sens des pratiques des participants et les bénéfices de ces approches auprès de leur « public ». L'animateur a lui-même participé la veille, à un des ateliers.

Le travail en atelier s'appuiera sur différentes questions :

- Y a-t-il des contextes favorables à l'expression ?
- Ouvrir un espace d'expression, est-ce un risque ?
- Que faisons-nous, professionnels, en récoltant l'expression ?
- La place de l'intervenant dans un processus participatif, en dehors, en dedans ? Comment penser son rôle ?
- Si la participation est une prise de

parole, elle devrait se traduire par une mobilisation politique. Objectif ou utopie ?

- Lorsque la participation est commanditée par les politiques, comment travailler ensemble ?

Chacun de ces six ateliers d'échange tentera de formuler les questions qui auront fait débat, à l'intention des intervenants de la plénière.

L'après-midi, dans le souci de mettre en exergue la dimension intersectorielle de la promotion de la santé, des intervenants représentants des secteurs différents (culture, promotion de la santé, social, logement, ...) sont conviés à croiser leur regard en interaction avec la salle autour de « la création artistique suscite-t-elle des compétences qui améliorent la qualité de vie et la santé des gens ? ». Ces intervenants seront également interpellés par les questions émanant des ateliers.

••••  
**La poursuite des**  
**Conférences locales**

La démarche des Conférences locales est appelée à se poursuivre avec les acteurs bruxellois. En effet, différentes demandes, des besoins, des constats auront émergé durant ces deux journées et seront répercutés dans des actes. Chacun pourra s'en emparer, voir ce qui fait écho dans sa pratique professionnelle et envisager une poursuite du travail entamé.

**Mots clefs :** *promotion de la santé, santé communautaire.*



Nos partenaires dans le groupe de travail :

- Laurence Adam : Article 27, Patricia Balleti : Théâtre des Tanneurs, Nazira El Maoufik : Forest Quartier Santé, Damien Favresse : ULB PROMES, Luc Fonteyn : Théâtre ... à suivre, Bartolome Gomila Somar : Club Antonin Artaud, Stéphano Guida : Centre social du Béguinage, Myriam Herickx : ONE Education Santé, Marcel de Munninck : Zinneke Parade, Alain Lapiowere : Fondation Jacques Gueux, Patricia Piron : Repères, Khadija Ounchif : Sireas, Dimitri Phukan : Habitat et Rénovation, Virginie Pierreux : Article 27, Cecile Plas : FARES, Anne-Françoise Raedemaeker : Dune, Sonia Saurer : scénographe, Quentin Smolders : peintre, sculpteur, Patricia Thiébaud : CLPS de Bruxelles, Elga Van Hauten : Home Pacheco CPAS de Bruxelles, Beatrice Van Leuven : le Méridien, la Maison de la Création, Marion Van Oosten : Maison de la Création, Sabine Verhelst : Culture et Démocratie.

*Avec le soutien de la Communauté française, la Commission communautaire française, le Ministre Président du gouvernement de la Commission communautaire française, Benoît Cerexhe, le Collège des bourgmestres et des échevins de la commune d'Ixelles.*