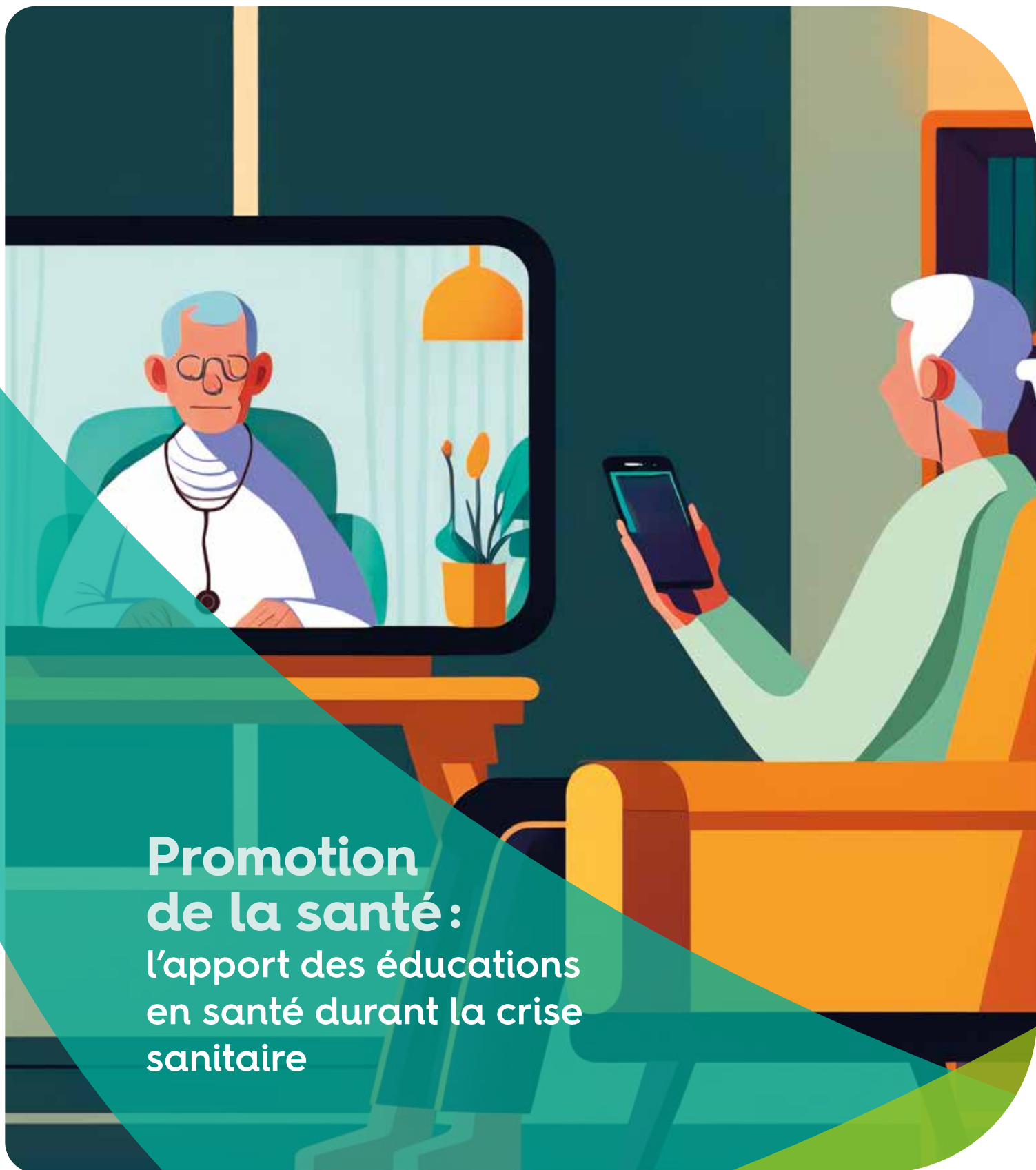


Éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé - www.educationsante.be
N° 399 / MAI 2023



PB-PP
BELGIE(N)-BELGIQUE



**Promotion
de la santé :**
l'apport des éducations
en santé durant la crise
sanitaire

Sommaire



3

RÉFLEXIONS

Promotion de la santé:

l'apport des éducations en santé durant la crise sanitaire



13

OUTILS

Images mentales:

la suite



8

RÉFLEXIONS

Intégration de l'aide et des soins aux personnes âgées vivant à domicile:

évaluation de trois projets bruxellois



12

OUTILS

Diminuer la fatigue

www.educationsante.be

- Retrouvez tous nos articles et des inédits en ligne.
- Abonnez-vous à notre newsletter et découvrez d'autres articles, ressources et informations épinglés pour vous.



Retrouvez-nous aussi sur:

www.facebook.com/revueeducationsante

Le choix d'utiliser l'écriture inclusive est laissé à l'appréciation de chaque auteur-e. Pour une question d'accessibilité et de confort de lecture, l'usage du masculin peut être choisi pour évoquer les personnes, quel que soit leur genre et dans le respect de chacun-e.

MENSUEL (11 numéros par an, ne paraît pas en août). **ABONNEMENT**: gratuit pour la Belgique. Pour l'étranger, nous contacter. **RÉALISATION ET DIFFUSION**: Mutualité chrétienne (MC). **ONT COLLABORÉ CE MOIS-CI**: Delphine Kirkove, Aurore Margat, Rémi Gagnayre, Benoît Pétré, Gaëlle Amerijckx, Céline Mahieu, Outilthèque PIPSA, Alain Cherbonnier. **RÉDACTRICE EN CHEF**: France Gerard (education.sante@mc.be). **ÉQUIPE**: Rajae Serrokh, Maryse Van Audenhaege, Juliette Vanderveken. **CONTACT ABONNÉS**: education.sante@mc.be. **COMITÉ STRATÉGIQUE**: Pascale Anceaux, Martine Bantuelle, Martin de Duve, Dominique Doumont, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Estelle Georjin, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Marie Lefevre, Denis Mannaerts, Daphné Scheppers, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans. **COMITÉ OPÉRATIONNEL**: Tania Antonioli, Pierre Baldewyns, Nathalie Cobbaut, Dominique Doumont, François Negrel, Anne-Sophie Poncelet, Juliette Vanderveken. **ÉDITEUR RESPONSABLE**: Alexandre Verhamme, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **MISE EN PAGE**: Émerance Cauchie. **ISSN**: 0776 - 2623. Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord de la revue et moyennant mention de la source. **POUR TOUS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**: Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET**: www.educationsante.be. **COURRIEL**: education.sante@mc.be. Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé: www.pipsa.be. Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be. Notre site adhère à la plate-forme www.promosante.net. Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt: Bruxelles X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrégation: P401139. Crédit photos: AdobeStock.

Promotion de la santé : l'apport des éducations en santé durant la crise sanitaire

RÉFLEXIONS

Que d'encre a coulé depuis le début de la pandémie de COVID-19 au niveau de la recherche scientifique, y compris dans le domaine de la promotion de la santé (PS). Ces travaux ont souvent questionné, de manière critique, l'intégration de la PS dans la gestion de la crise. Ces critiques sont restées pour la plupart purement déclaratives. En tant que chaire de recherche sur la première ligne, Be.hive s'est engagée dans cette thématique avec la volonté de tirer les leçons à partir de différents travaux menés pendant cette crise sanitaire.

► DELPHINE KIRKOVE, AURORE MARGAT, RÉMI GAGNAYRE, BENOÎT PÉTRÉ

La crise sanitaire, liée au COVID-19, a mis les systèmes de santé sous pression. Afin de limiter l'impact de la pandémie et sa propagation, les gouvernements du monde entier ont dû prendre différentes mesures, parmi lesquelles les éducations en santé (ES), que ce soit l'éducation à la santé (centrée sur la population générale) ou l'éducation thérapeutique du patient (centrée sur les personnes malades), occupent une place centrale (1)¹.

Durant cette période, la première ligne de soins a tenu un rôle majeur au vu de sa position de proximité avec la population pour soutenir l'appropriation de ces mesures de protections. En ce sens, la période liée au COVID-19 représente une fenêtre d'opportunité pour étudier les capacités et la maturité de la première ligne dans son rôle éducatif. Cela rejoint par ailleurs des thématiques d'actualité comme en témoignent les assises de la première ligne² et le nouveau plan de Promotion de la Santé de la région wallonne (3) (4).

À partir d'une série de recherches et de projets d'accompagnement d'acteurs impliqués dans des actions éducatives, cet article présente quelques réflexions et pistes d'action.

Actions menées par Be.hive pendant la crise

Un des axes de travail de Be.hive s'intéresse tout particulièrement à la participation et à l'engagement des individus dans les soins et l'aide (5). Lors de la crise sanitaire, Be.hive a réorienté certains travaux afin d'explorer cette crise sous le prisme de la promotion de la santé et plus particulièrement des éducations en santé, en tant que levier de participation et d'engagement des citoyens.

i

Be.hive est la Chaire interdisciplinaire de la première ligne. Elle rassemble 3 universités (UCLouvain, ULB et U-Liège), 3 hautes écoles (Hénallux, HE Vinci et HELB – Ilya Prigogine), des représentants des usagers de soins de santé et du public, professionnels, managers et politiques. L'objectif de la Chaire est de contribuer au développement d'une première ligne d'aide et de soins forte et efficace en Belgique francophone.

Pour en savoir plus : be.hive.be

1 Retrouvez les références bibliographiques dans la version en ligne de cet article : www.educationsante.be

2 Pour en savoir plus sur les assises de la première ligne de soins : <https://www.aviq.be/fr/proxisante>

Les éducations en santé: un réel besoin perçu par les acteurs

Une des premières observations concerne la réception positive auprès des professionnels des différents dispositifs mis en place. Malgré leur arrivée jugée tardive, un haut niveau de satisfaction est atteint dans l'accompagnement des agents de tracing qui se sont vu proposer une ouverture de leur pratique vers le champ des éducations en santé.

Le testing salivaire a été accueilli favorablement par 96.9 % des Maisons de repos / Maisons de repos et soins (MR et MRS) et 100 % des écoles. Cet accueil favorable est notamment lié à l'impact important qu'a pu avoir le COVID parmi ces deux milieux de vie avec des longues périodes de quarantaine dans les MR / MRS et des fermetures d'écoles. D'ailleurs, l'intention de poursuivre ce dispositif de testing était très importante également: 94.5 % des MR / MRS (415/439) et 100 % des écoles (19/19).



Voici les différentes activités de recherche:

- 1 La gestion de la pandémie questionne la place et l'implication du citoyen dans cette gestion. Nous avons voulu savoir quelles étaient **les informations collectées au sein de la population pour monitorer les connaissances, attitudes et pratiques en matière de prévention sanitaire**. Entre avril et mai 2020, nous avons enregistré et analysé 45 enquêtes de monitoring de la population réalisées durant la période de Covid-19, en Belgique et en France. Cette recherche a été menée en collaboration avec le LEPS (Laboratoire Éducatifs et Pratiques de Santé, Université Sorbonne – Paris Nord).³
- 2 Face aux patients suspectés de COVID et se présentant dans les centres de dépistage, les médecins se trouvaient relativement démunis pour donner les instructions des conduites préventives à tenir aux patients avant leur retour à domicile. En réponse, nous avons développé, à partir de juin 2020, **le modèle CEeRIC: une stratégie d'éducation brève destinée aux citoyens suspectés ou confirmés d'infection au COVID-19 qui sont chargés de s'auto-isoler à la maison**. D'abord utilisée par les médecins urgentistes, l'utilisation de CEeRIC a ensuite été étendue au Service I Prom's de la Province de Liège, qui a mis ses agents à disposition de différents centres de dépistage de la Province de Liège. Nous avons analysé le retour d'expériences concernant l'utilisation de la stratégie CEeRIC à partir du point de vue des professionnels de santé qui l'ont utilisée et des bénéficiaires (429 participants).⁴
- 3 Le dépistage du COVID-19 par testing salivaire a été introduit sous projet pilote dans les écoles et maisons de repos (et de soins) entre décembre 2020 et avril 2021. Les autorités régionales ont mandaté notre service pour réaliser une **étude de l'acceptabilité du test salivaire au niveau du personnel de ces deux types de structure** (439 MR/MRS et 19 écoles).⁵
- 4 L'accompagnement éducatif des patients chroniques s'est vu mis à distance (usage de la téléconsultation) en raison de la pandémie. Nous avons analysé, de janvier à mai 2021, **la préparation et la perception de médecins généralistes (MG) (n= 12) et de patients chroniques (n=16) concernant l'accompagnement éducatif via la téléconsultation**, à travers la réalisation de deux mémoires sur ces sujets.⁶
- 5 Face au déclin rencontré dans le nombre de cas-contact rapportés aux agents en charge du tracing en région wallonne, le service de promotion de la santé de Solidaris a fait appel à notre équipe pour **accompagner les agents de tracing (30), à travers des séances de simulation et des apports de contenus liés aux éducations en santé** en juin 2020. Il s'agissait de faciliter l'engagement des publics bénéficiaires par une approche de type préventive inscrite dans une perspective de promotion de la santé.⁷

3 Pétré B, Kirkove D, Andrade V De, Crozet C, Toro-arrocet D, Margat A, et al. Learnings from Health Behavioural Survey Practices in France and Belgium During the First COVID-19 Stay-at-Home Order. Patient Prefer Adherence [Internet]. 2021;15:807–9. <https://doi.org/10.2147/ppa.s298401>

4 Pétré B, Paridans M, Guillaume M. Utilisation de la stratégie CEeRIC dans le contexte de la pandémie à coronavirus (COVID-19), retour d'expérience. Rev Med Liege. 2022;77:1–6. <https://hdl.handle.net/2268/293694>

5 Pétré B, Paridans M, Gillain N, Husson E, Donneau AF, Dardenne N, et al. Acceptability of community saliva testing in controlling the Covid-19 pandemic: lessons learned from two case studies in nursing homes and schools. Patient Prefer Adherence. 2022. <https://doi.org/10.2147/PPA.S349742>

6 Kirkove, D., Cenné, L., & Pétré, B. (May 2022). Exploration du vécu des patients dans l'accompagnement éducatif durant la crise sanitaire en Belgique francophone. Poster session presented at Congrès de la Société d'Éducation Thérapeutique Européenne, Montpellier, France. <https://hdl.handle.net/2268/294735>

7 Pétré B, Service de Promotion de la Santé de Solidaris. Agents de tracing et promotion de la santé. Éduc Santé [Internet]. 2021;383:8–12. <https://educationsante.be/agents-de-tracing-et-promotion-de-la-sante>

Une réponse positive est également observée du côté des bénéficiaires.

- ▶ Dans la stratégie CEeRIC, l'initiative a été appréciée par 85.0 % des bénéficiaires.
- ▶ L'accompagnement éducatif à distance a également été accueilli favorablement par les patients porteurs de maladie chronique, notamment dans sa capacité à maintenir une certaine continuité des soins, comme en témoigne l'extrait suivant : *« Donc j'ai eu en effet un suivi très très très très rapproché, je pense que eux ont aussi voulu combler un petit peu le manque de relation physique, donc là-dessus rien à redire, j'ai été suivi particulièrement fréquemment ».*

Au-delà de cette satisfaction, l'accompagnement à distance des patients a amené d'autres effets bénéfiques tels qu'une plus grande flexibilité des professionnels de santé, permettant de s'adapter aux besoins et rythmes des patients, suggérant l'intérêt pour des formats multiples des éducations en santé : *« C'est une maladie quand même assez complexe et au début on se demande un petit peu ce qui nous arrive quoi, et c'est très compliqué à gérer au départ, donc oui c'est très bien d'avoir une infirmière à tout moment aux heures de bureau et même le médecin ».*

Ce passage à distance a aussi mis en évidence la nécessité et le bienfait du soutien perçu du professionnel par le bénéficiaire, inscrivant le suivi dans une approche globale de l'individu : *« L'accompagnement à distance était très soutenant. Surtout cette infirmière-là qui prenait des nouvelles, qui a appelé et cetera, on se sent considéré pas que comme malade en fait, parce qu'elle demande pas qu'après notre maladie, elle demande aussi comment nous on allait ».*

Les éducations en santé : une stratégie qui ne s'improvise pas

Au-delà du besoin perçu, la période COVID a aussi montré combien les éducations en santé ne sont pas des stratégies qui s'improvisent, mais qui, au contraire, nécessitent un apprentissage.

Ainsi, certains professionnels ont manifesté le sentiment d'être démunis, en particulier les urgentistes qui se sont vu confiés extrêmement rapidement un rôle « d'instruction » vis-à-vis des citoyens suspectés ou confirmés d'infection à la COVID-19. Même constat du côté des agents de tracing bien démunis pour récolter des informations des contacts. Cette période a aussi été l'occasion d'une prise de conscience concernant l'inefficacité ou l'inadéquation de certaines stratégies d'ES, basées paradoxalement sur la peur ou l'imposition de mesures.

L'expérience vécue par les médecins généralistes a également mis en évidence un certain constat d'impréparation pour ces professionnels qui se sont retrouvés fort isolés, en rappelant l'importance de la communication et du rôle des émotions dans la relation de soins : *« Être prêt à être ouvert, à écouter, à se remettre en question et être prêt à réapprendre tout le temps en fait. A vraiment laisser la parole au patient. [...] ».*

Les éducations en santé sont-elles convoquées trop tard pour répondre à la crise ?

La majorité de nos interventions font suite à l'émergence de difficultés et du constat d'impréparation des acteurs. L'expertise dans le domaine des éducations en santé est ainsi reléguée en seconde intention. Ainsi, l'accompagnement des agents de tracing a principalement été suscité à la suite d'une régression importante du nombre de cas rapportés (moins d'un cas par personne contactée).

Même si l'adhésion au test salivaire a été très important dans les MR / MRS, la participation effective au testing de la part du personnel l'est nettement moins avec un taux de 49 % (11). Au-delà de l'aspect technique de la procédure, ce résultat soulève la question de la motivation interne



des professionnels pour utiliser le testing et des stratégies mises en place par certaines MR / MRS pour le soutenir.

Alors que les mesures préventives préconisées contre la COVID-19 nécessitent une participation active de la population, les enquêtes de monitoring mettent en évidence une assez faible implication de celle-ci. Ainsi, ces enquêtes, avec un taux de plus de 70 %, se concentrent principalement sur les mesures de l'impact du COVID sur la population tels que la qualité de vie, la vie sociale et professionnelle ou la sphère familiale. Assez peu d'enquêtes s'intéressent par contre aux mesures d'appropriation des conduites de prévention : 17 % des enquêtes (sur 45 étudiées) sur la perception de compréhension ou de connaissances des mesures. Les résultats montrent aussi la nécessité d'un haut niveau de littératie pour pouvoir y répondre (une moyenne de 49.8 au test de Flesh, ce qui correspond à un niveau d'étudiant d'études supérieures), ainsi que la faible implication des individus aux processus d'enquête que ce soit pour la conception (2 %), la diffusion (11 %) ou l'initiation de la recherche par une association de patients (4 %). L'ensemble des résultats laissent à penser que ces enquêtes de monitoring peuvent difficilement guider l'action publique. En effet, peu d'investigation des freins et facilitateurs de la population dans l'appropriation des mesures sont réalisées.

La crise sanitaire, source de réflexivité en matière d'éducatons en santé

En venant compléter l'aspect technique du dépistage, la stratégie CEaRIC, sous la forme d'une éducation brève, a permis aux professionnels de découvrir et puis d'adopter une certaine posture éducative et des stratégies soutenant l'autogestion. Par cette opportunité, ce dispositif s'inscrit dans l'un des cinq axes stratégiques de la charte d'Ottawa sur la réorientation des services et démontre la complémentarité des services de santé avec des agents provinciaux venus renforcer les médecins généralistes sur les sites de dépistage. La crise sanitaire montre la capacité d'adaptation des éducations en santé à développer diffé-

rents formats, notamment de courte durée, de façon à la rendre plus accessible et intégrée aux soins.

Du côté des médecins généralistes (MG) aussi, l'expérience acquise lors de la crise sanitaire leur a permis de prendre conscience de pratiques éducatives déjà présentes, comme celle de l'apprentissage par imitation : « *Par moi-même, j'ai essayé dans l'exemple que je donnais d'être irréprochable donc de ne pas toucher le masque [...]. Et je pense qu'effectivement, le fait que l'exemple soit montré [...] les poussait à appliquer les mêmes gestes.* ». Cet extrait illustre comment le MG a intégré une stratégie d'apprentissage – en servant de modèle – qui est un élément plutôt élémentaire.

Cette période a aussi constitué une prise d'autonomie du patient, forcée par les événements. Cette expérience « grandeur nature » a été jugée positive par les MG et où le plus difficile était finalement d'oser se lancer. Afin de pallier la contrainte du temps, ces derniers ont développé des consultations intégratives où se combinent les sphères curatives, préventives, éducatives...

Finalement, la crise a eu pour effet de mettre en exergue les besoins bio-psycho-sociaux de tout un chacun, y compris pour les professionnels : « *Je pense qu'on doit même dans des crises comme ça prendre soin de soi. [...]* ». Du côté des patients, cette période a agi comme un révélateur sur l'importance de prendre soin d'eux-mêmes : « *J'ai eu le déclic de me dire en fait si moi je prends pas soin de moi il y aura personne qui va le faire* ».

La crise sanitaire : entre menaces et opportunités pour l'intégration des éducations en santé

Les observations transversales de ces différents travaux menés pendant la crise sanitaire ont comme point commun de mettre en évidence un certain manque d'intégration de pratiques des éducations en santé dans le système actuel des soins de santé.



Ce résultat corrobore le résultat d'une étude menée, pendant le COVID, sur les programmes d'Éducation thérapeutique du patient en France. Cette dernière rapporte une représentation de l'éducation thérapeutique du patient comme « non-essentielle », et qui a fait partie des premières activités à être stoppée (12).

Une autre croyance erronée est restée également dominante durant cette crise : celle de croire que l'information suffit pour entraîner un changement de comportement (13), en témoignent les nombreuses stratégies adoptées par les états dans ce sens. Cela questionne la



vision qu'ont les professionnels quant à l'adoption d'un nouveau comportement: même si cela semble facile à appliquer, son maintien dans le temps nécessite un apprentissage volontaire et significatif. Ce type d'apprentissage, contrairement à la transmission d'information, repose sur une participation active de l'individu avec un traitement actif de l'information qui doit être intelligible, qui doit permettre la recherche de sens par l'individu lui-même et enfin apporter la possibilité d'une transposition dans son cadre de vie (16). La gestion de la crise a montré la fragilité du système dans la capacité des politiques à soutenir la participation du citoyen dans la prise de décision préservant sa santé (6).

Le constat d'impréparation a été également présent auprès des patients, en particulier ceux porteurs d'une maladie chronique. Nos observations soulèvent ainsi un besoin d'accompagnement pour les bénéficiaires avec un processus d'éducation en santé en continu - non de façon ponctuelle - et intégrée aux soins (9) (12). Les besoins d'écoute et d'accompagnement qui ont été exprimés par les patients rappellent avec force l'importance de la relation thérapeutique. À elle seule, elle peut se révéler déterminante pour la motivation du patient à maintenir des comportements de santé de façon autonome. Cette relation a ainsi démontré sa capacité à être thérapeutique pour le patient (9).

Mais au-delà de la relation soignant – soigné, la crise a aussi mis en exergue la nécessité de tenir compte de l'environnement du patient à travers l'importance de leur soutien social et du développement de compétences psycho-sociales. Pour beaucoup de patients, mais aussi de soignants, la pandémie a constitué un moment de recentrage sur ce qui fait le caractère humain des individus, au-delà des soins et des aspects uniquement biomédicaux.

Ces différents constats nous invitent à repenser une approche plus intégrée de la santé avec le besoin d'investir dans les éducations en santé comme un véritable outil de promotion de la santé, à travers différents leviers liés à la charte d'Ottawa :

- ▶ reconnaître cette approche comme essentielle et en tant qu'acte thérapeutique ;
- ▶ développer et rendre accessibles les propositions éducatives existantes en modulant les formats, de manière à pouvoir individualiser la prise en charge selon les besoins et spécificités des populations ;
- ▶ adopter des approches de soins intégrés, dans un processus continu et incluant les éducations en santé.

L'engagement de Be.hive

Be.hive s'engage dans différents éléments de réponse à travers :

- ▶ un travail sur le soutien des professionnels à travers des communautés de pratiques (CoP) ;
- ▶ la connexion avec un projet de recherche sur la formation des professionnels en lien avec les éducations en santé / la promotion de la santé ;
- ▶ un plaidoyer politique permettant de renforcer ces aspects des éducations en santé / promotion de la santé dans le système de santé.

Conclusion

La Wallonie vient de réaffirmer son intention de renforcer le volet de la promotion de la santé dans sa politique de santé, notamment à travers la première ligne de soins. Cela se justifie d'autant plus que toutes les recommandations internationales pour un système de santé fort et durable vont dans ce sens.

Seule une stratégie globale, convoquant des leviers tels que le renforcement de la participation communautaire, la création d'environnements favorables à la santé et les politiques en faveur de la santé, permettra d'atteindre un objectif de réorientation des services de santé de la première ligne, appelée depuis les textes d'Ottawa de 1986. C'est dans cette perspective que s'inscrit Be.hive.

Les auteurs

Delphine Kirkove (delphine.kirkove@uliege.be) et **Benoît Pétré** (benoit.petre@uliege.be),
Département des Sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège
Aurore Margat et Remi Gagnayre,
Laboratoire Éducations et Promotion de la Santé à l'Université Sorbonne Paris Nord
(<https://leps.univ-paris13.fr>)

Toutes les références bibliographiques mentionnées dans le texte sont disponibles dans la version en ligne : www.educationsante.be

Intégration de l'aide et des soins aux personnes âgées vivant à domicile : évaluation de trois projets bruxellois

RÉFLEXIONS

Cet article propose un tour d'horizon sur les tenants de l'évaluation Seneval. Celle-ci a porté sur trois projets pilotes qui ont ciblé en Région bruxelloise la promotion de l'autonomie et du bien-être des personnes âgées vivant à domicile. Pour une compréhension plus complète des spécificités de chacun des trois projets ainsi que les étapes de l'analyse qui a permis d'extraire deux modèles intégrés d'aide et de soins, nous renvoyons le lecteur au rapport d'évaluation¹.

► GAËLLE AMERIJCKX², CÉLINE MAHIEU³

Cadre des projets pilotes et de l'évaluation scientifique

Entre 2018 et 2022, la Commission communautaire commune (Cocom) a financé en Région bruxelloise trois projets pilotes visant à **élaborer et tester un modèle intégré d'aide et de soins pour des personnes âgées vivant à domicile, en s'appuyant sur les capacités de la communauté locale**. *CitiSen* (quartier Brabant à Schaerbeek) porté par l'asbl Maison Biloba, *Zoom Seniors* (quartiers Anneessens, Marolles et Stalingrad à Bruxelles-Ville et quartiers Porte de Hal et Bosnie à Saint-Gilles) porté par l'asbl Gammes et *Senior Solidarité* (quartiers Chasse-Jourdan à Etterbeek) porté par le service communal Contact Plus ont ainsi travaillé à promouvoir l'amélioration de la qualité de vie et le bien-être des personnes âgées en perte d'autonomie dans leur environnement de vie.

Les projets, sélectionnés sur base d'un appel, ont déployé leurs stratégies au travers de **quatre volets de travail**, tels que définis dans le cahier des charges de la Cocom : (1) faciliter la prise en charge précoce, globale, intégrée et multidisciplinaire centrée sur les besoins des personnes âgées, en perte d'autonomie ou en besoin de soins complexes ; (2) développer le réseau d'aide et de soins et social de quartier ; (3) visibiliser l'offre d'aide et de soins du quartier ; et (4) créer un cadre de vie favorable.

En vue d'appréhender les apports et les acquis de l'expérience de ces projets pilotes, l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale s'est adjoint l'expertise de chercheur-e-s universitaires issus de l'ULB et de la VUB. Sous la coordination de Céline Mahieu³, **l'équipe d'évaluation** était également composée de Dominique Verté⁴,

1 Le rapport d'évaluation ainsi que son résumé - dont ce texte est extrait - et une présentation powerpoint du travail d'évaluation sont disponibles en français et en néerlandais, sur le site de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

2 Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.

3 École de santé publique, Centre de recherche interdisciplinaire en Approches sociales de la santé, Université libre de Bruxelles.

4 Belgian Ageing Studies, Vrije Universiteit Brussel.



Gaëlle Amerijckx², Emily Verté⁵, Ruth-Janet Koumba³ et Manon Steurs⁵ et a porté son attention sur trois niveaux de questionnement : (1) quelles **stratégies** ont été mises en œuvre au sein des trois projets pilotes en vue de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dans de bonnes conditions ? ; (2) quels sont les **impacts** des projets pilotes sur le bien-être des personnes âgées et sur l'organisation du système local d'aide et de soins ? ; (3) quels sont les **éléments de transférabilité** issus de l'expérience de ces trois projets pilotes pour un élargissement en Région bruxelloise ?

Éléments de méthodologie de l'évaluation réaliste

Selon l'approche dite *réaliste*, mobilisée dans ce travail (voir l'encadré en page 10), l'évaluation s'est attelée à répondre aux questions suivantes : **pourquoi** un modèle d'aide et de soins intégrés visant le maintien à domicile des personnes âgées fonctionne ou non ? **Comment ? Pour qui et dans quel(s) contexte(s) ?**

L'équipe d'évaluation s'est, à cette fin, basée sur une **méthodologie mixte** combinant des données produites par les projets eux-mêmes et des données spécifiquement collectées par l'équipe d'évaluation, à savoir des entretiens

avec les projets et leurs bénéficiaires, une consultation des partenaires locaux des projets ainsi qu'un entretien de groupe auprès d'acteurs régionaux.

Le rapport d'évaluation se compose d'une première section de résultats qui présente chaque projet sous la forme d'une **monographie**, comprenant notamment la présentation des interventions [I] menées. La section suivante est consacrée à l'**analyse inter-cas** qui présente les configurations ICAMO élaborées pour chacun des trois objectifs des modèles intégrés d'aide et de soins de proximité pour les seniors⁶. L'affinement de ces configurations débouche sur **deux modèles d'aide et de soins intégrés**. Le dernier chapitre met quant à lui en **discussion** ces résultats **autour de cinq questions-clé pour la transférabilité** des modèles en Région bruxelloise.

Aboutissement de l'analyse réaliste : deux modèles identifiés

Les deux modèles d'aide et de soins intégrés que nous présentons ici constituent l'aboutissement de l'analyse réaliste. Il faut d'emblée noter qu'ils se présentent dans les trois projets parfois de manière hybride ou composite, parfois de façon plus dominante. Ainsi **il faut considérer leurs composantes essentielles davantage comme une**

⁵ Vakgroep Huisartsgeneeskunde en chronische zorg, Vrije Universiteit Brussel.

⁶ Il s'agit des quatre volets de travail mentionnés plus haut et restructurés sous la forme d'objectifs : i) Entrer en contact et détecter les seniors en situation de fragilité pour visibiliser l'offre auprès d'eux ; ii) Favoriser un accompagnement global, intégré et multidisciplinaire ; iii) Contribuer à la création d'un cadre de vie favorable aux personnes âgées.



grille de lecture distinguant les grandes orientations prises par les projets que comme le révélateur d'entités monolithiques.

Le premier modèle est centré sur la **Distribution dans la communauté**. Il se caractérise par la flexibilité des partenariats qu'il développe, notamment dans le travail de détection des seniors fragiles, et qui intègrent largement la communauté locale dans l'élaboration et la réalisation d'actions. On parle ainsi d'une « communauté d'action » où les rôles de chacun-e sont construits au départ et selon le projet qui se développe. L'accent est également mis sur la formation et l'information des seniors eux-mêmes et de leurs aidants proches (dans une logique d'autonomisation), notamment au service de l'objectif de création d'un cadre de vie favorable dans le quartier.

Le second modèle est, lui, centré sur l'**Institutionnalisation**. Il procède d'une démarche structurée et systématique afin d'assurer le travail de détection des seniors fragiles, notamment grâce à une procédure élaborée et mise en œuvre avec des partenaires institutionnels du projet. L'accompagnement global des seniors s'opère ici au travers d'une « segmentation institutionnalisée », où les rôles de chacun-e sont déterminés en fonction de la place occupée par chaque partenaire – pourrait-on dire préexistante – dans le système local. Et s'agissant de la création d'un cadre de vie favorable, les actions menées dans ce modèle promeuvent ou s'intègrent aux activités pré-existantes.

De façon transversale, revenons maintenant sur la présentation des composantes – au sens de l'évaluation réaliste – de ces deux modèles. **L'analyse des contextes [C] et des acteurs [A]** impliqués dans les projets CitiSen, Zoom Seniors et Senior Solidarité permet de comprendre les éléments qui ont contribué à l'émergence de chaque modèle.

Ainsi les **modalités d'implication des pouvoirs publics locaux** (Communes et CPAS) semblent être déterminantes en ce qu'elles impriment aux projets un certain mode de régulation des décisions et du fonctionnement: flexible ou systématique, ancré dans la communauté ou dans les institutions. **L'échelle territoriale** est un autre élément contextuel important ayant guidé la concrétisation des projets: le niveau « quartier » semble plus propice au développement de la première configuration, alors que dans les autres projets le groupement de quartiers voire le territoire communal a été couvert. **Les caractéristiques du public visé** sont également importantes: la présence d'une grande diversité (versus l'homogénéité) sociale et culturelle des seniors de la zone territoriale concernée et le niveau d'intégration de ceux-ci

aux communautés présentes dans le quartier (versus leur isolement) ont conduit les projets pilotes à privilégier respectivement le premier ou le second modèle.

Quant aux **mécanismes [M]** identifiés, **qui activent les possibilités de réalisation** des missions au sein des projets, se dégagent clairement: l'investissement des différents lieux-clés de vie de la personne âgée, la reconnaissance de l'apport de chaque partenaire (notamment les acteurs informels et aidants proches et les personnes âgées elles-mêmes), la capacitation des acteurs (via des formations, des outils mis à disposition, etc.), le conventionnement du cadre des interventions (via notamment une formalisation



L'évaluation de type réaliste est une orientation conceptuelle qui reconnaît dans l'évaluation la centralité des éléments de contexte [C]. Ceux-ci viennent façonner les interventions [I] déployées par les acteurs [A] impliqués sur le terrain et expliquer ce qui est à l'œuvre en termes de résultats [O] (pour « Outcomes ») opérés. A l'intersection entre ces ressources [C - A - I] et les résultats [O] opèrent des mécanismes [M], comme autant de rouages dans le modèle causal. Les cinq éléments ICAMO sont nommés « composantes » dans l'approche réaliste. Au travers d'un travail en étapes, un ensemble d'hypothèses (ou configurations) vont être identifiées, affinées et validées auprès des acteurs sur la manière dont s'agencent les composantes ICAMO en vue d'élaborer un modèle, dont l'étape d'affinement ultime constitue une « théorie de programme » (Pawson et Tilley, 1997).

écrite), la décentration par rapport au métier et aux cadres de travail habituel (dans le cadre du temps consacré hors de son organisme au bénéfice du projet pilote), l'absence d'arbitraire dans la sélection des acteurs faisant partie de l'éventail de l'offre, l'enrôlement des hiérarchies qui composent le partenariat (pour assurer l'engagement durable des travailleurs « détachés »), le développement d'une éthique relationnelle, l'organisation de la réciprocité des compétences et attitudes échangées entre partenaires ou acteurs du projet, l'utilisation des éléments du diagnostic initial (besoins et ressources du territoire), l'articulation entre le projet (au niveau de l'échelle d'intervention et du public visé) et d'autres initiatives locales social-santé visant des publics vulnérables.

Enfin en termes de **résultats** [O] et de contribution au **réseau d'acteurs et à l'accompagnement des seniors**, le premier modèle se caractérise par une participation plus diversifiée et distribuée entre les différentes catégories d'acteurs (social et santé, formel et informel). Dans le second, les services proposés vont davantage s'inscrire dans les rapports de confiance privilégiée qu'entretiennent les acteurs institutionnels avec certains de leurs partenaires. Enfin, les équipes de coordination impliquées dans le second modèle ont davantage tendance à s'impliquer dans l'accompagnement direct des seniors, incarnant celui-ci, tandis que dans le premier, le relais vers et avec les partenaires reste l'activité maîtresse : la continuité du lien entre les personnes âgées et le projet s'organise autour des lieux décentralisés d'accueil des publics (guichets).

Réflexions sur la transférabilité de ces modèles: qu'en retenir?

Au départ de l'expérience des trois projets, **cinq constats ont été identifiés dans l'analyse comme « nœuds » intervenant dans la question de la transférabilité** vers un futur modèle intégré d'aide et de soins de proximité visant le maintien à domicile des personnes en Région bruxelloise. Loin de chercher à trancher en faveur de l'un ou l'autre des deux modèles identifiés dans l'analyse réaliste, ces cinq questions-clé contribuent surtout à baliser la réflexion lors de l'implémentation d'un tel projet :

- 1 Comment favoriser l'**acceptabilité sociale et culturelle** des différents points d'information et atteindre les publics les plus éloignés ?
- 2 Comment **intégrer** les acteurs **sanitaires et sociaux** aux modèles ?
- 3 Quelle **articulation** entre la fonction de **relais** et la fonction d'**accompagnement** ?
- 4 Quelles modalités d'**implication des pouvoirs publics locaux** sont pertinentes ?
- 5 Quels éléments permettent de déterminer l'**échelle territoriale** pertinente ?

Ces questions ont été traitées dans le rapport d'évaluation grâce à une revue ciblée de la littérature internationale et à la

tenue d'un entretien de groupe avec des acteurs régionaux des sphères sociale et santé. En synthèse, l'exploration de ces questions-clé nous ramène à l'**enjeu central du travail relationnel dans ce type de projet**, et particulièrement en vue de favoriser son acceptabilité sociale et culturelle. Ce travail relationnel s'opère au travers d'une ou de plusieurs fonctions (coordination, relais, accompagnement...), sur le temps long et dans une nécessaire continuité d'actions. **Il nécessite un contexte de réalisation stable**, afin que la connaissance du territoire et l'expertise métier puissent se développer. Pour pallier les problématiques structurelles de *turn-over* des professionnels et favoriser le relais entre intervenants au bénéfice des seniors, l'ancrage de l'orientation et de l'accompagnement des personnes dans un espace délocalisé tel qu'observé dans la première configuration (*Distribution dans la communauté*), plutôt qu'une logique incarnée dans une personne spécifique (zorgcoach ou facilitatrice seniors) est préféré.

L'élaboration de **partenariats avec les pouvoirs locaux** est déterminante dans le développement de tels projets. Il importe de négocier au plus tôt leur inclusion dans la dynamique et d'articuler au mieux leur degré d'implication en tenant compte de celle du secteur associatif, eu égard, entre autres, à son potentiel d'innovation.

Sur le plan de l'intégration du social et de la santé, qui plus est à l'échelle locale, trois lignes de force se dessinent dans la logique d'articulation optimale au sein du modèle. La première touche aux **dynamiques territoriales** : le niveau optimum de mise en contact des seniors avec les services s'opérerait à l'échelle de quartier(s), à la différence du renforcement des réseaux qui s'opérerait plus avantageusement à l'échelon supérieur (communal). La seconde ligne de force porte sur les **fonctions distinctes de relais et d'accompagnement des personnes** : l'intégration de la santé et du social ne peut éviter les concurrences et redondances entre acteurs que grâce à la reconnaissance de la complémentarité et à la séparation des fonctions de relais et d'accompagnement entre acteurs. La troisième ligne de force revoie au **rapport entre secteurs et (types de) besoins** : la prédominance des besoins en termes d'aide à la vie quotidienne et d'aide sociale parmi les seniors semble plaider pour un modèle intégratif qui ne soit pas médico-centré. L'intégration s'articulerait plutôt au départ de l'accompagnement social qui s'adjoindrait la collaboration des acteurs de la première ligne de soins et de santé les plus à même de repérer une dégradation de la situation de la personne dans une perspective de détection précoce.

Loin d'épuiser le débat sur les défis que pose la matérialisation d'un modèle intégré d'aide et de soins à l'échelon local, le travail d'évaluation réalisé ambitionne de couvrir certains des éléments-clés des dynamiques et enjeux locaux préfigurant à la structuration régionale bruxelloise de l'offre socio-sanitaire. Au travers de ce rapide tour d'horizon, nous espérons vous avoir ainsi donné le sens de ce qui constitue le rapport d'évaluation Seneval.

Diminuer la fatigue

OUTILS

► OUTILTHÈQUE PIPSA

Description selon l'éditeur

Matériel

Dans une pochette : 60 fiches cartonnées indépendantes

- Des fiches pour l'enseignant (1 séance = 1 fiche) : objectif, matériel requis, déroulement de la séance
- Des fiches pour les élèves : jeux, photos, illustrations, histoires...

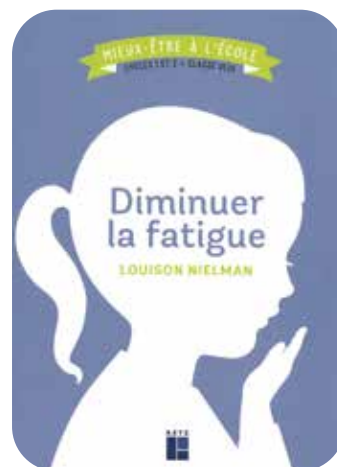
Concept

Quelle que soit sa façon de se manifester (irritabilité, problèmes de concentration, hyperactivité, baisse d'énergie...), la fatigue peut entraver le bon climat de classe et nuire aux apprentissages qui ne se font plus de façon fluide, agréable et efficace.

Cet outil permet de mieux identifier, comprendre et trouver des solutions face à la diversité des situations de classe générées par la fatigue que ressentent les élèves.

Bon à savoir

Cet outil fait partie de la collection « Mieux-être à l'école », qui propose de courtes activités collectives autour de thématiques transversales et/ou psychosociales pour faire progresser les élèves dans leurs compétences émotionnelles et comportementales.



© Éditions RETZ

Retrouvez une présentation vidéo de l'outil sur <https://www.youtube.com/watch?v=jVIDtpBTwzs&t=58s>

L'AVIS DE PIPSA (www.pipsa.be)

Appréciation globale

L'outil fournit un contenu pour permettre à l'adulte d'accueillir la fatigue de l'enfant et lui proposer des pistes pour être plus confortable. Cette autorisation à reconnaître la fatigue/les différents types de fatigue à partir des endroits où elle s'installe dans le corps est innovante et pertinente, en lien avec la réalité des enfants. Les séquences d'apprentissage « clés en main », adaptées aux temps scolaires, sont à adapter/choisir en fonction de l'âge des enfants.

Les propositions pédagogiques pourraient être aussi intéressantes à prendre en compte pour les adultes

– et particulièrement les enseignants – en modifiant les visuels.

Objectifs

- Identifier les différents types de fatigue et les prévenir
- Identifier les signaux et ressentis spécifiques aux différents types de fatigue
- Mettre en place des moyens pour mieux gérer sa fatigue

Public cible

De 5 à 9 ans

Utilisation conseillée

Adapter les propositions d'activités à l'âge/aux capacités des enfants

Points forts

Thème innovant, prêt à l'emploi, adapté au temps scolaire, approche corporelle

i

Où trouver l'outil ?

► Chez l'éditeur

Éditions RETZ
9bis rue Abel Hovelaque
75014 Paris 14 – France
+33 (0)1 53 55 26 03
relation.enseignants@editions-retz.com
<http://www.editions-retz.com>

Images Mentales :

la suite

Dans ce deuxième article¹, j'ai voulu donner une place particulière à deux films, le premier parce qu'il se consacre à un sujet peu abordé, le second parce qu'il est mon troisième coup de coeur et une vraie découverte... pas seulement pour moi si j'en juge par les échanges qui ont suivi la projection et auxquels je ferai largement écho.



OUTILS

► ALAIN CHERBONNIER

Dans **Alcool au féminin** (52', France, 2021), Marie-Christine Gambart s'attaque, sinon à un tabou, du moins à un problème minimisé et plus stigmatisé que l'alcoolisme au masculin. Un homme qui boit, à moins d'être un lamentable poivrot, c'est un bon vivant, un joyeux drille, un fêtard. Une femme qui boit trop est d'emblée disqualifiée. En particulier, picoler et avoir un bébé, c'est incompatible. Et « *une mamie, ça ne boit pas* » dit l'une des cinq femmes auxquelles ce documentaire donne la parole. Elles se sont adressées à Fatma Bouvet, psychiatre, qui a ouvert une consultation d'alcoologie réservée aux femmes.

La réalisatrice a choisi des personnes d'âges et de milieux sociaux très différents. La plupart sont abstinentes depuis plusieurs années, l'une d'elles depuis quelques mois seulement. Et une autre est originaire des USA, ce qui ne manque pas d'intérêt : Stacy pointe l'importance du contexte culturel et juridique. Aux États-Unis, on n'est pas censé/e accéder aux boissons alcoolisées avant l'âge de 21 ans. En France, l'alcool est partout, et on le sert dès l'apéritif à midi. Autre facteur, les effets contradictoires de l'émancipation féminine : on va boire « comme les hommes » (le même phénomène a été constaté avec le tabac) ; des milieux professionnels « à risque », comme les médias ou le showbiz, se sont de plus en plus féminisés. Et n'oublions pas les violences sexuelles et/ou conjugales qui, selon la psychiatre, multiplient par 36 le risque d'alcoolodépendance... Fatma Bouvet cite d'autres facteurs de risque, comme le syndrome du nid vide (quand les enfants quittent le foyer). Et les exigences sociales multiples qui pèsent sur les

femmes, quand elles se combinent à un perfectionnisme personnel, mènent littéralement à l'épuisement.

Témoignages

L'impact de l'alcoolisme est considérable sur la vie de ces femmes : l'une commence seulement à reprendre contact avec son fils adoptif, une autre ne peut pas encore revoir ses petits-enfants. Stacy dira : « *Je passais pour la party girl qui s'amuse beaucoup. En fait, je jouais un rôle.* » Elle consommait avec son conjoint : « *On passait de bons moments, mais l'alcool ça enlève l'intimité, on n'était pas vraiment ensemble. On se tirait l'un l'autre vers le bas.* »

L'alcool peut devenir une obsession : « *On ne vit que pour ça. (...) Il y a des moments de lucidité mais on vit avec cette dispute tout le temps, et c'est épuisant.* » Sur quoi, sur qui s'appuyer ? Au travail, même si les collègues identifient le problème, il leur est difficile d'en parler. Par ailleurs, elles se heurtent à une dénégation indignée. Une ancienne collègue dira : « *C'était un mur, en face ! Le sentiment qu'on a le plus ressenti, c'est l'impuissance.* »

Dans la famille, ce peut être la consternation, le rejet, mais aussi le déni : après une soirée de Noël où elle s'est enivrée, cette femme de très bonne famille présente ses excuses pour avoir ruiné la fête. « *Mais pas du tout, c'était une excellente soirée !* » lui rétorque-t-on.

La pression sociale est lourde. Stacy : « *Les Français n'acceptent pas qu'on refuse un verre. Ils te disent :*

¹ La première partie de cet article a été publiée dans notre numéro d'avril : www.educationsante.be

tu es enceinte ? Tu es malade ? Tu fais un régime ?... »
Et le délitement de l'image sociale n'est pas dissuasif :
« *Quand on est vraiment au fond du trou, on s'en fout de son image. (...) L'image de soi est tellement détériorée qu'elle n'a plus d'importance. (...) On s'en fout si on est à 4 grammes², personne n'est là pour le voir !* »

Que faire pour se tirer de là ? « *Il faut y aller doucement, ça prend du temps.* » Fatma Bouvet insiste sur l'attention à porter au « moment fatidique du rituel », c'est-à-dire le moment, l'occasion, le prétexte quotidien de commencer à boire. Une femme dit qu'il faut oser en parler, avoir l'humilité d'admettre qu'on est malade. Mais les bénéfices de l'abstinence commencent à apparaître : la peau a meilleur aspect, les rangs des « amis » s'éclaircissent au profit des plus solides (« *c'est quand on veut arrêter de boire que l'on compte ses vrais amis* », a dit un jour Richard Bohringer), on prend soin de soi, on va vers les autres, on retrouve des liens, certaines s'engagent dans des associations d'entraide.

Bouquet final

Le dernier jour des Rencontres Images Mentales à Bruxelles, au début de ce jeudi après-midi, **Il pleut des anges** (52', France, 2021) grâce à Caroline Girard et Laure Sirieix. Un vieil homme assis sur une chaise dans un couloir. Sur ses genoux, une serviette dont il extrait un magazine qu'il feuillette sans conviction. On est dans un hôpital. Silence, sinon le bruit de fond de la télé. Un autre vieux monsieur apparaît, il marche en faisant des allers-retours. Le premier se lève. Le second va-t-il s'asseoir ? Non.

Maintenant c'est une vieille dame, dans un autre couloir, qui retrousses les jambes de son pantalon au-dessus du mollet, puis au-dessus du genou. On entend des voix usées, des cris, des appels à l'aide. On est en gériatrie.

Maintenant des duos ou des trios se parlent. On ne comprend pas toujours ce que disent les personnes âgées : l'élocution... Elles regardent et lisent des livres illustrés. À côté d'elles, une femme dans la quarantaine peut-être, Laure. Elle lit, parle, sourit, regarde l'autre. On ne dialogue pas, on fait écho à ce qui est lu, commenté, interprété, inventé par l'autre. Paroles, phrases surréalistes, nonsense, poésie, ironie, accord, refus... Qui je suis ? Où je suis ? Qui est l'autre ? Qui est Monsieur Personne ?...

Avec une dame presque édentée, Laure commence un jeu avec le pied : talon/pointe, talon/pointe, de plus en plus vite. La caméra montre les pieds en action. On va danser ? Danser comme un pied ? On se fait du pied ?

Ah voilà, c'est ça, c'est ce qu'on fait là : on *joue*, ils, elles *jouent*. Comme des enfants : avec liberté, inventivité. La liseuse (on ne dit pas lectrice) ne cherche pas à maîtriser la situation, elle joint, elle juxtapose. Elle joue sa partie en improvisant, en partant des paroles, des images et des textes. En contrepoint. En résonance. En contrebalance.

Autre scène. La liseuse et une petite vieille dans un couloir, se tenant la main. Une *très* petite dame et Laure, déjà élancée, encore grandie par des chaussures genre cothurnes : contraste comique mais pas grotesque. Puis, dans une pièce, échanges verbaux où la vieille dame pose des questions ou des affirmations rationnelles auxquelles Laure se dérobe, s'échappe, part en vrille sur le temps qui passe, le temps qu'on passe, « *je passe mes larmes à la rivière, et mes sourires je les passe au ciel* ». La petite dame sourit, « *ah c'est beau ça, c'est bien dit* ».

Making of

Pendant trois ans, une fois par mois, Caroline Girard a placé sa caméra dans cette unité de psychogériatrie. Les patients et patientes présentent une dégénérescence du lobe frontal, une pathologie assez proche de la maladie d'Alzheimer. Ceci est le premier film de Caroline, et c'est non seulement une réussite mais un enchantement – comme on parle de l'enchanteur Merlin – car il nous fait sortir de nos rails. Ou mieux encore, selon les mots d'Antoine Masson, psychanalyste et anthropologue, il nous fait voir ces personnes comme « *des poètes exilés sur une île d'infortune* »... Caroline renchérit : « *On voulait les montrer comme nous on les voyait* ».

Grâce à la complicité tissée avec le personnel de l'unité, il n'y avait pas de soignant sur le plateau pendant les tournages : « *On prenait soin d'eux. Leur vie a toujours pris le dessus sur le film ! Ils pouvaient partir quand ils voulaient. Et ils ne voyaient pas la caméra, ils ne voyaient que la perche. Ils étaient obnubilés par les livres, les images, ils étaient dans l'ici-et-maintenant. Les médecins étaient épatés qu'on puisse passer autant de temps avec eux sans que ça s'agite.* » Et elle poursuit : « *On a vécu quelque chose d'assez exceptionnel. On avait renoncé tout de suite à un dialogue anecdotique, sinon il n'y aurait pas eu de film. Les échanges s'inventaient au fur et à mesure, on ne savait pas ce qui allait se passer.* »

Des questions dans la salle ?

Quid du droit à l'image ? Caroline : « *Les résidents n'auraient pas compris, il a fallu s'adresser à la famille ou, à défaut, au tuteur. Mais il y a des choses que nous nous sommes interdit de montrer, le point de repère étant :*

² C'est-à-dire 4 grammes d'alcool par litre de sang. Pour mémoire, en Belgique comme en France, la limite réglementaire est 0,5g/l, soit deux verres de vin. D'où le slogan : «Trois verres, bonjour les dégâts ! »...

est-ce que nous voudrions nous montrer comme ça ? Et nous avons demandé aux soignants de les préparer un peu. Ceci dit, ils ne se reconnaissaient pas à l'image ! »

Et le choix des livres ? Laure : « *On a cherché des livres poétiques illustrés, pas spécialement pour la jeunesse. On a tâtonné pendant trois ans, en commençant avec Monsieur Personne, de Joanna Concejo, et Ouf, de Laurence Vielle, pour arriver finalement à Becket et Pessoa... En fait, plus on se rend libre, plus on part avec eux. Se laisser porter, lâcher prise, c'est être à leur hauteur ! »*

Comment devient-on liseuse ? « *À l'origine, nous sommes deux comédiennes, nous avons appris à décortiquer les textes. C'est comme avec la musique, il ne suffit pas d'aimer ça pour devenir musicienne. Il y a un gros travail d'actrice : il faut mâcher le texte, réveiller les signes sur la page, travailler avec son corps, avec son imaginaire. »*

Comment se construit la relation avec ces personnes ? Laure : « *J'ai eu une expérience de vie, quinze ans plus*

tôt, qui m'a aidée. Mais le texte, les mots, c'est une clé, un média, ils aident à se glisser à leurs côtés. » Caroline : « *La littérature nous donne toujours une clé d'entrée, il y a quelque chose qu'on peut aller fouiller. »*

Antoine Masson : les scènes dans le salon de coiffure et la chapelle étaient-elles comme des parenthèses poétiques ? « *Nous avons cherché des espaces, dans l'hôpital, qui pouvaient servir de décors. Dans les autres scènes, la caméra se focalise sur les visages. Pour moi, les scènes dans le salon et la chapelle sont des instants de pur théâtre, avec des gens qui avaient une présence folle. On leur a laissé la bride sur le cou. Même chose pour la scène du début, dans le couloir : c'est En attendant Godot ! »*



Pour en savoir plus sur les Rencontres Images Mentales :

<https://www.psymages.be/images-mentales>



- Vous voulez partager une expérience dans Éducation Santé ?
- Vous avez rédigé un texte que vous souhaitez voir publier ?
- Vous lancez une campagne en promotion de la santé que vous aimeriez mettre en évidence ?
- Vous avez travaillé sur un projet dont le processus de mise en place ou d'évaluation mérite d'être mis en évidence ?

► Contactez-nous : education.sante@mc.be

