

BRUXELLES SANTÉ

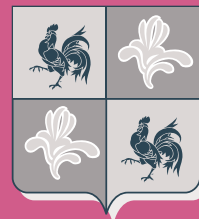
Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°15 - septembre 99

N°15



Sommaire

- 2 à 7** **En direct de...**
La Cité de l'Amitié
- 8 à 13** **Dossier**
La médiation
- 14 à 17** **Autant le savoir**
*Répartition des compétences
en matière de santé*
- 18 à 20** **Initiatives**
– *Le CLPS de Bruxelles*
– *L'Atelier des Petits Pas*
- 21 à 23** **A la recherche de...**
*Le rapport de l'OMS : la santé
dans le monde*
- 24 à 26** **A propos de...**
Le bruit et la qualité de la vie
- 27** **Annonces**
- 28** **Documentation**



Bureau de dépôt
Bruxelles 5

BELGIQUE
P. P.
1050 BRUXELLES 5
1/6233

Elle est la préoccupation première de chacun de nous. On la retrouve en bonne place dans la formulation des vœux de l'an neuf et, lorsqu'une contrariété intervient, on l'évoque volontiers comme le signe d'un réconfort : "tant qu'on a la santé!".

La santé, comme l'Organisation Mondiale de la Santé l'a définie en 1946, est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Une affirmation qui, pour pertinente qu'elle soit, appelle bien évidemment responsabilité et vigilance des pouvoirs publics. La santé suppose une part active de chaque individu dans le refus de ce qui peut lui porter atteinte. On ne peut la réduire à la seule prise en charge par des spécialistes ou des thérapeutes. Elle ne peut s'articuler autour de la seule dimension des pouvoirs publics. Et cela même si je souscris pleinement à ce que ceux-ci puissent assumer leur rôle dans la prévention, l'encadrement, l'accès aux soins de santé dans des conditions qui ne placent personne en situation de marge ou d'exclusion. Il s'agit de demeurer à l'écoute de soi et de satisfaire à certaines exigences en ne cédant pas aux comportements qui contribuent à la détérioration de la santé. Combien de choix individuels néfastes peuvent générer des déficits en matière de santé!

Bruxellois, je veillerai à établir un lien avec la qualité de vie en milieu urbain. Une palette d'initiatives importantes en relation avec l'air, le bruit, l'espace public, les espaces verts.

La mobilisation de l'opinion s'inscrit à ce niveau dans des actions qui concernent les gens dans leur quotidien. Information, campagne de prévention, sensibilisation des plus jeunes à nos aînés sont autant de moyens d'action dont la dynamique participative de la réflexion mais surtout qui connaissent une matérialisation rapide et concrète dans des opérations relais comme environnement-santé, école-santé, sport-santé.

*Didier GOSUIN
Ministre bruxellois de la santé*

En direct de...

La Cité de l'Amitié

Pourquoi avoir choisi la Cité de l'Amitié? D'abord parce que c'est une cité peu banale: elle regroupe personnes valides et handicapées. Ensuite parce qu'elle est située dans une commune, Woluwé-Saint-Pierre, considérée comme verte et aisée, voire riche — ce qui correspond peu au stéréotype de la cité de logement social. Enfin, et surtout, parce que les professionnels s'interrogent face aux problèmes dont ils ont connaissance, liés à la pauvreté, à la marginalité sociale et à des parcours familiaux souvent chaotiques. Ces problèmes font penser qu'il y a besoin d'aide, et pourtant les services médico-sociaux semblent sous-utilisés par la population de la Cité. Pourquoi?

Cette question fournit notre fil rouge. Mais, pour arriver au bout de l'ouvrage, il nous fallait aussi une aiguille. Chance ou hasard, nous l'avons trouvée sans la chercher dans une librairie proche de la Cité. C'est un petit livre tout récent, signé Azouz Begag (sociologue et écrivain) et Reynald Rossini : *Du bon usage de la distance chez les sauvages*, publié dans la collection de poche Point Virgule. Nous y ferons plusieurs emprunts.

Mais commençons par un bref historique. A l'initiative de la Cité de l'Amitié se trouve une ASBL constituée en 1966, l'Association Nationale pour le Logement des Handicapés (ANLH). Elle donne forme à un projet qui, d'emblée — et sans doute encore aujourd'hui — paraît utopique à beaucoup : faire vivre au quotidien, dans un même lieu, des personnes valides et handicapées (en l'occurrence, des handicapés locomoteurs circulant en chaise roulante).

Le projet va se concrétiser grâce à une véritable concertation avec les architectes. Le défi n'est pas mince, en effet, puisqu'il s'agit non seulement de créer des logements adaptés aux personnes handicapées, pour leur permettre de vivre chez elles de manière autonome,

mais aussi de leur rendre accessible l'ensemble de l'habitat, des couloirs aux ascenseurs, des garages aux autres logements. Et ce défi n'est pas qu'architectural : des services adéquats doivent permettre aux habitants handicapés de recevoir de l'aide sans être obligés de vivre en institution.

La conjonction de plusieurs acteurs individuels et institutionnels (un particulier qui fait don d'un terrain de 3 hectares pour tenter l'expérience, la Société Nationale du Logement qui finance les travaux, et la commune de Woluwé-Saint-Pierre qui les autorise et participe au financement de certains services) va déboucher en 1978 sur les premières occupations de logements. 15% de ceux-ci sont réservés aux personnes handicapées — un pourcentage basé sur des études sociologiques, qui vise à éviter la formation d'une nouvelle forme de ghetto. Les 85% restants sont du logement social classique.

Un peu de «géographie territoriale»...

La Cité de l'Amitié est située sur Woluwé-Saint-Pierre, mais à l'extrême nord-est de la commune. Elle est presque en face du site de l'UCL à Woluwé-Saint-Lambert, de l'autre côté de l'axe routier qui part de Montgomery vers Wezembeek. Au sud, toute proche, se trouve la place Dumon, avec ses nombreux commerces et son marché. La Cité est ainsi non seulement très excentrique dans la commune, mais aussi enclavée entre deux quartiers-pôles : le site universitaire et un centre commerçant. Il n'y a pas de commerce dans la Cité ni à ses abords immédiats, mais le Woluwé Shopping Center n'est pas très loin, et accessible par le métro (Kraainem → Roodebeek).

Ceci aide à comprendre la sous-utilisation des services médico-sociaux qui ne font pas partie du «territoire». Ainsi, au service de santé mentale Le Chien Vert, Pascale Gustin, psychologue, constate : «Pratiquement aucun des résidents de la Cité de l'Amitié n'a fait le trajet jusqu'au centre pour venir consulter. Nous sommes pourtant facilement accessibles, puisque situés près de l'Administration communale, où les gens viennent chercher des papiers, pour le chômage, etc.» Mais Le Chien Vert se trouve rue François Gay, dans un tout autre territoire, proche du parc de Woluwé. Mme Gustin ajoute d'ailleurs : «J'ai déjà travaillé dans des quartiers, à Charleroi, avec des populations défavorisées. Woluwé pouvait apparaître comme une commune riche, verte, où

il fait bon vivre. En fait, chaque quartier est assez différent; certains sont plus conviviaux que d'autres où il n'y a pas de contacts entre les gens. C'est quand même un tissu social, un tissu urbain assez particulier. Mais c'est vrai qu'au sein de la commune, cette cité dénote.»

En allant plus loin, on peut aussi penser que, pour les habitants de la Cité, le «centre» n'est pas là où le placent les intervenants extérieurs. A. Begag et R. Rossini écrivent, à propos des jeunes qui vivent dans les cités HLM des banlieues françaises : «Ainsi, on peut constater que, du point de vue de la perception de leur lieu de vie, de sa «reconstruction intellectuelle», c'est l'espace de la proximité, la distance fonctionnelle qui fonde de prime abord les représentations spatiales des jeunes. Ce n'est pas la ville-centre, éloignée tant géographiquement que socio-culturellement» (p. 145).

Le gestionnaire de la société Habitations Sociales, M. Lanciers, précise : «L'ANLH se trouve sur le site. Ce sont eux qui attribuent les logements aux personnes handicapées. Ils décident si les candidats peuvent venir ou non dans cette Cité. Par exemple, pour quelqu'un qui a de l'asthme, avec 80% de handicap reconnu, ils diront oui — pour un logement «valide», pas pour un logement «handicapé», puisque ces derniers sont destinés en priorité aux personnes circulant en chaise roulante. Autre exemple : pour un monsieur unijambiste, ils diront oui — mais dans un autre logement social, parce qu'ils ne veulent pas faire de la Cité une sorte de Cour des Miracles. Ils continuent d'ailleurs à construire des logements pour handicapés : à Germinal (Evere) et à Molenbeek, et ailleurs en Belgique. La Cité de l'Amitié est connue dans toute l'Europe : il y a des gens qui viennent de Norvège ou de Pologne pour voir comment on a pu intégrer des personnes handicapées. Parce qu'au début personne n'y croyait! Une vingtaine de ces personnes handicapées, qui n'arrivent plus du tout à se débrouiller, bénéficient de services. Elles sont dépendantes pour leur toilette comme pour les courses et la cuisine. Elles ont accès par parlophone aux services AVJ (Aide à la Vie Journalière), 24 heures sur 24. Au début c'était limité aux rues du Ciel Bleu et de l'Angle Jaune¹, mais maintenant c'est étendu à toute la Cité.»

La population de la Cité va évoluer au fil du temps : «Aujourd'hui, il y a plus de 30 nationalités différentes. A la base, il y avait 329 logements, dont 61 pour les personnes handicapées. Lorsque ces logements sont arrivés sur le marché, comme il n'y avait sûrement pas 300 demandeurs de logement social sur la commune,

on est allé chercher un peu partout. Et puis, c'était l'époque où il y avait beaucoup de réfugiés d'Amérique du Sud (du Chili notamment), il y avait les boat people en Asie... Maintenant ce sont les Africains avec le Rwanda, les réfugiés de Yougoslavie et des Pays de l'Est. Ces gens arrivent avec beaucoup de problèmes, et ils ont de nombreuses priorités. Un Belge qui s'inscrit, il a quand même le minimex ou les allocations de chômage. Tandis qu'une personne qui débarque comme ça, elle n'a rien du tout, même pas de meubles.»

Y a-t-il des conflits entre ces différentes vagues d'habitants ? «Sur le plan des nationalités, je ne dis pas qu'il n'y a jamais eu de conflits, mais ça n'a jamais vraiment représenté un problème. Tandis que les premiers arrivés, en 78, ont maintenant des enfants de vingt ans. Quand leur enfant veut quitter ses parents, ils ont l'impression que c'est un droit acquis que l'enfant ait un logement dans la Cité². Mais ce n'est pas possible, il faut s'inscrire comme tout le monde, il n'y a pas de priorité parce qu'on est l'enfant d'un résident. Et puis ils voient qu'à côté de chez eux vient habiter quelqu'un qui n'habite pas la commune, qu'ils n'ont jamais vu, qui n'est pas de la même nationalité. Et alors, là, c'est la guerre : «Pourquoi pas mon fils, et pourquoi Mme Tartempion ou M. Untel ?»... On vient se plaindre des nouveaux arrivants : «Ils font du bruit». Or, ces personnes peuvent être très silencieuses. Ou bien : «Ils sont sales». Tout d'un coup, parce que ces gens sont venus habiter là, il y a des cafards chez la voisine ! Ou encore : «Les enfants ne sont pas bien nourris, ils sont sales sur eux». Alors on vandalise leur boîte aux lettres, on va déposer des choses sur leur paillason... Et en fin de compte, si tout ça arrive, c'est de toute façon la faute du gérant ! C'est lui qui laisse entrer tous ces... je ne dirai pas le mot. Et puis, au bout d'un certain temps, ça se tasse, l'enfant qui s'est inscrit il y a deux ans arrive à avoir un flat, et puis c'est fini. Mais alors ça recommence d'un autre côté !»

Mais l'ambiance n'est pas la même dans tous les quartiers de la Cité. Pas si étonnant que cela : «les cités ne sont jamais des territoires homogènes, mais des mosaïques de micro-territoires (sous-quartiers, immeubles...) marqués par des identités spécifiques», écrivent A. Begag et R. Rossini (p. 145). Une habitante de longue date de la Cité de l'Amitié, **Mme Rogiers**, vit dans un logement en bordure de la Cité, au rez-de-chaussée : «Moi j'aime bien être ici. Je ne voudrais pas habiter en haut ou à l'intérieur de la Cité. Les problèmes de voisinage sont beaucoup plus grands. Ils sont essentiellement dus au comportement des gens. Ce sont surtout des problèmes

de bruit : la musique tonitruante, les chiens qui aboient... Nous on est dans la bonne aile, comme disait l'ancien gérant. Je crois que c'est vrai.»

L'infirmière de la consultation de l'ONE, **Mme Thauvoy**, insiste elle aussi sur la segmentation du territoire de la Cité : «Ce qui est très bizarre, c'est qu'il y a des familles qui ne se connaissent pas. Ainsi, vous avez l'Angle Jaune, le Temps des Cerises, le Ciel Bleu... et suivant les quartiers, la population varie de manière incroyable. Vous avez des marginaux qui sont dégoûtants. Dans les corridors, les chiens, les chats sont passés... Et, à l'inverse, dans certains grands couloirs, vous avez même des plantes vertes, des petits fauteuils. On ne viendra pas vous les voler ni vous les esquinter.»

La délinquance et les autres problèmes sociaux sont relevés par **Marie-Christine Meersseman** et **Pascale Gustin** dans un document de synthèse de juin 1999 : «Notre service de santé mentale, Le Chien Vert, a été sollicité à de multiples reprises par le Tribunal de la Jeunesse, par les autorités administratives comme le Service d'Aide à la Jeunesse, et par les services de police ou de gendarmerie. Ces demandes d'intervention concernaient des situations isolées de personnes ou de familles en difficulté. La plupart de ces personnes vivaient un problème de toxicomanie, d'isolement, de violence intra-familiale ou avec le voisinage. (...) A l'occasion de ces consultations, nous avons entendu de nombreuses personnes mettre en cause les conditions de vie rencontrées à la Cité. Ces personnes évoquaient la pauvreté de la qualité du tissu social, où l'isolement se double cependant de la permanence du regard du voisinage, du sentiment d'insécurité suscité par la vision d'un univers régulièrement dégradé par le vandalisme, de l'absence de perspectives pour «en sortir», c'est-à-dire aller vivre ailleurs, de la «contamination» des enfants par de jeunes adultes ou par des bandes de jeunes de passage. Dans plusieurs situations, les enfants nous semblaient fort livrés à eux-mêmes et au comportement abusif de certains adultes, sans bénéficier du soutien protecteur et éducatif de leur propre cellule familiale.»

Cette première impression sera nuancée et complétée par la rencontre des (nombreux) professionnels qui interviennent sur la Cité : «Dans l'ensemble, ceux-ci relèvent que la Cité est une relative réussite en termes d'habitat social. Ils relèvent la stabilisation de la population et des phénomènes de délinquance. Ceux-ci surviennent par vagues liées au contact de bandes de jeunes amenés par le métro ou à quelques familles en

difficulté. Des phénomènes de tapage nocturne ou de dégradation des couloirs, poubelles et éclairages surviennent puis disparaissent. Certains quartiers semblent plus propices à ces désagréments. D'autres quartiers sont fleuris, calmes, soignés. (...) Les intervenants insistent sur la paupérisation de cette population. Beaucoup de problèmes d'assuétudes sont observés, ainsi que des problèmes liés au surendettement. La police et Woluwé-Ecoute se montrent très attentifs à la question du décrochage scolaire et parviennent à le limiter, mais il y aurait un réel problème de fond.»

Sur le plan scolaire, tout le monde s'accorde sur le réel succès de l'école des devoirs implantée sur le territoire de la Cité. Par ailleurs, Mme Gustin souligne que l'école Vandermaelen, située entre la Cité et la place Dumon, accepte de nombreux enfants qui sont refusés par les autres établissements. L'école semble arriver à gérer la situation et à maintenir dans la scolarité des enfants qui s'y sentent bien, malgré des parcours personnels et familiaux souvent difficiles. La société de logement social a aussi développé, au fil du temps, une infrastructure principalement dirigée vers les jeunes : espace vert avec plaine de jeux et terrain de football, chalet abritant la buvette du club de football mais aussi une salle des fêtes, piste de pétanque, terrain de tennis, terrain de basket, potager, local pour les scouts, les louveteaux, la radio locale et l'école de devoirs déjà mentionnée, et bientôt une piste de roller.

Commentant le tableau assez sombre qui ressort néanmoins de toute cette description, Mme Gustin remarque : «Ce qui est étonnant, c'est que les gens qui travaillent sur la Cité la décrivent comme un endroit où il y a effectivement des problèmes récurrents de violence, des situations compliquées, mais qui peuvent très bien être gérés, dans la mesure où ils ont suffisamment d'information. Ils dépeignent la Cité comme un lieu pas si désagréable que ça à vivre. Les problèmes de vandalisme sont surtout vus en termes d'aménagement des lieux, de propreté, de réparation.»

C'est le point de vue qu'adopte le gérant, M. Lanciers : «A la brigade judiciaire de Woluwé-Saint-Pierre, il y a une carte de la commune sur laquelle on plante des épingles de couleur, la couleur étant fonction du délit. Au début, il y avait une botte d'épingles sur la Cité de l'Amitié ! Ça allait du vol d'auto-radio ou de la tentative de vol au cambriolage pur et simple. Mais maintenant, quand on regarde la carte, il n'y a plus qu'une épingle ou deux. Du travail a été fait. Mais c'est aussi parce

que les couloirs, les ascenseurs sont repeints régulièrement. On a une impression de sécurité. Dans les communs, on a d'abord fait des économies d'électricité : il faisait noir dans les garages. On a mis des points lumineux fixes. Vous pouvez déclencher la minuterie pour éclairer davantage mais, sans allumer, vous pouvez traverser ce garage sans avoir l'impression d'être dans un tunnel. Mais ça a un coût : on est passé de 500.000 à 700.000 francs d'électricité dans les communs.»

Le vandalisme reste par contre d'actualité : «Là, on est gâté : graffiti, tags et autres. L'année passée, ça a coûté près d'un million et demi en six mois. Il a fallu repeindre les ascenseurs, notamment. Les jeunes peuvent aller où ils veulent et, quand il y a la foire ou les congés scolaires, c'est parti ! Il y a parmi eux des jeunes de la Cité — ce ne sont pas tous des petits agneaux —, mais il y a aussi des copains de ces jeunes : «Viens voir où j'habite, c'est chouette là-bas». Donc ceux-là débarquent. Et quand il y a kermesse à la place Dumon, d'autres viennent du centre-ville parce qu'ils suivent toutes les foires. Mais comme la foire est quadrillée par la police et la gendarmerie, ils débarquent à la Cité. Et c'est les graffiti partout, la casse pour la casse. Mais pour ça, il n'y a qu'une chose à faire, c'est être sur la balle, nettoyer directement. Parce que, sinon, qu'est-ce qu'ils font le lendemain ? «Viens voir celui que j'ai fait, comme il est beau». Si c'est nettoyé, il en refait un, il revient voir, c'est de nouveau effacé, il est déçu, il s'en va. Ce n'est pas pour ça qu'un autre ne prendra pas le relais, mais enfin... Tous les vendredis après-midi, j'ai une équipe qui fait tous les couloirs, avec du matériel de peinture, des ampoules de rechange, etc. C'était tellement grave que la police nous avait demandé de laisser aller pendant un temps, pour essayer de coincer les taggeurs (et ils ne les ont jamais coincés !). Mais on s'est rendu compte que ne pas nettoyer n'empêchait pas les tags d'être recouverts. C'était vraiment la surcharge. Et maintenant qu'on nettoie régulièrement, quand je demande comment ça a été le vendredi précédent, on me répond parfois : «Ah, il n'y avait rien». Donc cette politique a un coût, mais c'est la plus payante.»

A. Begag et R. Rossini confirment cette opinion : «Ce sont les dégradations de l'environnement quotidien, le bruit et l'insécurité ambiante dans l'espace de proximité qui poussent le plus au repli sur soi des familles. Les habitants des quartiers sensibles ne sont pas tant demandeurs de «mobilité hors quartier» que d'interventions publiques pour améliorer leur vie de proximité sur les registres de la beauté, la propreté, la dignité. On comprend pourquoi il est important de réparer après

chaque vandalisme les abribus, les cabines téléphoniques, les locaux publics : lorsqu'ils sont laissés dans l'état de délabrement tels qu'on les trouve souvent dans les quartiers, ils participent du sentiment d'abandon» (p. 211).

Repli sur soi : l'expression mérite d'autant plus d'être soulignée qu'elle recoupe les observations de l'équipe du Chien Vert : «L'insertion sociale des habitants est très limitée; on observe un repli des individus ou cellules familiales. Les habitants sortent difficilement de la Cité : c'est d'ailleurs ce qui a motivé quatre services à mettre sur pied une permanence sur place.» Même constat chez **Mme Thauvoy**, qui rencontre une méfiance certaine. La visite à domicile de l'infirmière ONE est refusée sous divers prétextes ou, tout simplement, se heurte à une porte obstinément fermée. Il faut y voir, semble-t-il, le refus d'une intrusion dans l'espace intime, au sein d'un univers où, justement, l'intimité manque³. Et également un sursaut d'amour-propre d'autant plus fort que l'on est en butte à de grandes difficultés, matérielles ou autres. Comme le dit Mme Thauvoy : «On a sa dignité, quand même !» Et elle poursuit : «Le jeudi après-midi, j'assure une permanence jusqu'à cinq heures, et alors on vient au local. D'abord pour avoir du lait, bien sûr. C'est vrai que c'est très important, et je dois dire que je les gâte : j'ai une arrière-boutique, là derrière... Et automatiquement, on se met à parler de certaines choses. Mais au local. Chez eux, il semble qu'il y ait des interdits.»

Le repli sur soi s'explique aussi, peut-être paradoxalement, par le fait même que la Cité est ouverte sur l'extérieur, ce qui était un choix de base, souligné par **M. Lanciers** : «La Cité de l'Amitié est ouverte jusqu'au dernier étage. Vous allez vers une de ces colonnes blanches : ça signifie qu'il y a un ascenseur. Vous montez à l'étage que vous voulez. Vous pouvez faire comme ça tout le tour de la Cité sans qu'on vous demande ce que vous faites là⁴. Toutes les rues sont considérées comme des venelles communales et entretenues par la Commune. C'est vraiment accessible à tout le monde. Quand le chalet est ouvert, les gens des environs voient qu'ils peuvent manger une glace ou boire une bière, et ils entrent. Le but de ce chalet était justement d'intégrer les gens du quartier.» Mais l'ouverture sur l'extérieur amplifie le sentiment qu'il n'y a pas de limites, comme le fait remarquer **Mme Rogiers** : «Le gros problème, c'est le bruit des motos qui circulent là où elles ne peuvent pas... C'est dû au fait qu'il n'y a pas de coupure avec la rue. Parce qu'il n'y a aucune limite pour les gens, tout est à tout le monde.»

D'autres aspects de la vie dans la Cité sont relevés par l'équipe du Chien Vert : «Il y aurait très peu de solidarité naturelle entre les habitants. Les personnes handicapées réparties sur les différents quartiers reçoivent difficilement de l'aide de leurs voisins. On ne relève pas de communauté culturelle soutenante (...).» On ne retrouve donc pas le phénomène, certes à nouveau paradoxal, décrit par A. Begag et R. Rossini à propos d'autres cités⁵ : «Des exemples montrent que des anciens locataires du quartier ayant déménagé cultivent la nostalgie de l'«ambiance» qui y régnait, malgré les difficultés quotidiennes. Dans le quartier de Chaffit, une collégienne (...) faisait allusion à l'esprit de convivialité et aux solidarités de voisinage qui règnent dans ces quartiers populaires et qui fondent une des caractéristiques essentielles de l'enracinement territorial. Ce sont ces considérations qui expliquent comment les habitants peuvent finalement vivre avec les inconvénients des dysfonctionnements sociaux» (pp. 158-159).



Photo © : SC de Construction d'Habitations Sociales de Woluwé St-Pierre

La place des personnes handicapées

Sur le plan architectural, la Cité est conçue très soigneusement pour favoriser l'intégration des personnes handicapées au sein d'une population valide (par exemple, l'entrée des logements «valides», au rez-de-chaussée, ne comporte pas de marches). Cependant, socialement parlant, il s'agit plus de cohabitation que d'intégration véritable. Comme l'a dit quelqu'un, «on ne les voit plus». Les handicapés ne semblent pas plus que les autres bénéficier d'une solidarité à l'intérieur de la Cité. Cet hiatus entre la réussite architecturale et le relatif échec social peut s'expliquer par le fait que les personnes

handicapées n'ont pas eu d'enfants, mais aussi par le facteur temps. En effet, le projet de la Cité a été conçu dans les années 60, réalisé à la fin des années 70, partiellement retardé parce que des travaux importants ont dû être refaits, et c'est finalement une population valide très différente de celle qu'avaient imaginée les promoteurs qui s'est retrouvée dans la Cité, comprenant de nombreuses familles elles-mêmes difficilement intégrées et porteuses de problématiques lourdes.

Pour conclure ce portrait à l'allure de patchwork, on voudrait refléter l'opinion des habitants. Mais les interlocuteurs ne sont pas faciles à trouver, et d'ailleurs comment s'assurer qu'ils aient une représentativité?... Dans le document déjà cité, l'équipe du Chien Vert cite les problèmes tels que les voient des représentants des locataires :

- l'absence d'espace communautaire;
- les nuisances dues au bruit et à la dégradation de l'espace public;
- la tension générée, dans une population en difficulté financière et sociale, par la proximité de commerces de luxe et de quartiers aisés voire riches;
- le manque de solidarité, un sentiment d'isolement;
- les «cancans», très actifs et redoutés.

Le phénomène du commérage est classique dans les cités comme dans d'autres lieux de vie — villages, communautés fermées, quartiers populaires. «Dans les quartiers, souvent, la communauté de vie est plus qu'ailleurs une communauté de vue, imposée et subie» (F. Winter, cité par A. Begag et R. Rossini, p. 184). «On sait tout de suite quand quelque chose se passe», dit Mme Gustin. Ce contrôle social interne n'est évidemment pas favorable au changement : de nombreux locataires ont décliné l'invitation de faire partie d'un comité de quartier, de crainte d'avoir des ennuis avec la société de logement ou avec leurs voisins. Car il existe aussi un contrôle social externe, sous la forme d'un partenariat tout à fait explicite entre la société de logement, la police et le CPAS.

Sans doute les habitants de la Cité de l'Amitié vivent-ils beaucoup des contradictions présentes dans d'autres cités, aussi différentes soient-elles. Contradictions dont la plus frappante — désir d'en sortir mais désir de rester — n'est peut-être qu'apparente : ces personnes ont-elles tellement le choix ? Et puisqu'on est rivé au logement social, autant rester dans un lieu que l'on connaît et qui est bien situé... Laissons donc le dernier mot à Mme Rogiers : «Je ne voudrais plus habiter autre part, même si je risque de devoir changer de logement :

maintenant que mes enfants sont partis, je n'aurai certainement plus longtemps quatre chambres. Et changer d'appartement signifie parfois devoir changer d'aile. Ça c'est l'inconvénient d'être dans le logement social!» ■

*Propos recueillis par
Françoise Kinna et Alain Cherbonnier*

1. Les rues portent toutes des noms «colorés», qui caractérisent les divers sous-ensembles ou quartiers de la Cité.

2. A. Begag et R. Rossini soulèvent un autre aspect de ce désir de sédentarité : «Il nous semble même que la question qui se pose à propos de ces quartiers excentrés réside surtout dans le fait que leurs habitants, les jeunes en particulier, s'y sentent plutôt bien. Ayant pour la plupart passé toute leur vie dans ces quartiers, ils y ont construit une mémoire et une reconnaissance, une identité» (p. 159). Et plus loin : «Ainsi, dans de nombreux cas, des jeunes, ayant passé toute leur vie dans un quartier, «leur quartier», parvenus à leur majorité, cherchent à s'installer sur place, dans le même immeuble que leurs parents» (p. 215).

3. Un manque d'intimité qui existe sans doute aussi à l'intérieur, contribuant à expliquer un autre phénomène, selon A. Begag et R. Rossini : «Dans les appartements, l'exiguïté interdit toute intimité personnelle. C'est une des raisons pour lesquelles les jeunes passent plus de temps à l'extérieur du foyer qu'à l'intérieur. Le surpeuplement des appartements fait naître des conflits entre parents et enfants, et entre enfants, filles et garçons notamment. Par conséquent, aller dehors paraît comme une issue régulatoire. Voilà un autre facteur à l'origine des conflits liés au bruit dans les espaces publics» (p. 155).

4. Affirmation que l'on nuancera en citant Mme Gustin, qui dit avoir été accueillie, un jour, à coups de billes par des gamins. Dans les cités, l'arrivant extérieur est rarement accepté au-delà de la périphérie (voir A. Begag et R. Rossini, pp. 172-173).

5. Notons cependant que la Cité de l'Amitié ne présente pas l'homogénéité ethnique, culturelle voire religieuse que l'on trouve dans les cités HLM françaises, où les populations maghrébines et africaines sont majoritaires.

La médiation

La médiation a toujours existé, et existe encore sous sa forme ancienne dans les sociétés traditionnelles, notamment en Afrique.

Cependant, elle prend aujourd'hui une importance nouvelle, qui se manifeste par l'utilisation du terme à tout propos.

On parle de médiation en matière pénale, économique (surendettement, p. ex.), scolaire, familiale, interculturelle, intergénérationnelle.

On fait de la médiation dans les quartiers, dans les entreprises, mais aussi entre entités politiques, y compris au niveau international.

Les administrations, les grandes sociétés publiques, la police ont leurs médiateurs...

L'inventaire serait trop long à faire. Ce qui est vraisemblable, c'est que le même mot désigne des pratiques très différentes.

Nous nous contenterons ici de proposer trois exemples: la médiation pénale, la médiation familiale et la médiation interculturelle dans le domaine médical. Ces exemples montreront notamment que le lien entre médiation et santé est très net.

Enfin, nous concluons par un chapitre plus général et théorique.

Mais d'abord, d'où vient le phénomène ? Sur le plan mondial, il est incontestablement parti de l'Amérique du Nord dans les années 70, pour atteindre l'Europe dans les années 80. Aux Etats-Unis, un clivage apparaît d'emblée entre programmes étatiques (par exemple en matière pénale) et programmes non étatiques (issus du secteur associatif, à optique communautaire et à visée sociale). La médiation se développe surtout dans le domaine de la consommation — n'est-on pas au pays de Ralph Nader ? — et dans celui de la justice : en raison de la forte propension procédurière des Américains, il

s'agit de proposer un mode alternatif de résolution des conflits.

L'exemple de la médiation familiale illustre bien le passage du phénomène de l'Amérique du Nord à l'Europe. Au Canada, la médiation familiale est pratiquée aussi bien par des organismes gouvernementaux que par des entreprises ou des organismes à but non lucratif. La médiation y est rattachée à la procédure civile de conciliation, dont elle est un des moyens. La Grande-Bretagne va à son tour adopter la médiation familiale, qui apparaît sous deux formes : la première est une étape préliminaire (et gratuite) imposée par le juge aux conjoints qui ont introduit une demande de divorce, afin qu'ils réfléchissent à la garde des enfants; la seconde est indépendante des tribunaux et fait le plus souvent intervenir un avocat et un conseiller formé aux relations humaines.

1. La médiation pénale

Christine Mahieu, juriste et médiatrice à *Espace Médiations* (Schaerbeek) donne la définition suivante : «La médiation pénale consiste en un travail entre la ou les victimes et le ou les auteurs d'un délit. A mon sens, l'essentiel de la médiation en général, c'est de rendre aux personnes, aux citoyens, aux justiciables, la possibilité d'être acteurs de la résolution du conflit dans lequel ils sont impliqués. La deuxième caractéristique, parlant de la médiation pénale, c'est qu'il ne s'agit pas de se substituer à la justice mais de lui être complémentaire. Et la troisième, qu'il est impensable de contraindre quelqu'un à participer activement à un processus de médiation, quelle qu'elle soit. Car il s'agit d'un processus : ce n'est jamais une solution donnée en deux coups de cuiller à pot. En ce qui nous concerne, par exemple, une médiation dure entre deux et six mois. Cette durée permet une maturation indispensable : souvent, les attitudes du début diffèrent de tout au tout de celles de la fin.»

Il importe de distinguer deux types de médiation qui coexistent aujourd'hui : «S'agissant des majeurs auteurs de délits, la «médiation pénale» existe de par la loi de 1994. Cette loi biaise un peu la philosophie de la médiation, parce qu'il existe une pression plus ou moins explicite : on aurait dû parler d'alternatives plutôt que

de médiation. Souvent c'est un dédommagement sans rencontre entre les parties, une sorte d'arrangement à l'amiable sur les conséquences financières du délit; ou bien le Parquet propose un suivi thérapeutique ou une formation en rapport avec le délit (gestion de la violence, de l'alcoolisme, de la toxicomanie...); ou bien encore c'est un travail d'intérêt général. Mais ces quatre alternatives sont, à mon avis, trop proches de la logique et du fonctionnement de la justice classique. C'est une «justice retenue» : le Parquet garde les rênes. La médiation telle que nous la pratiquons, c'est plutôt une «justice déléguée» — pas autonome, bien entendu. C'est une sorte de parenthèse.

Ce que nous développons à *Espace Médiations*, c'est un travail avec des mineurs auteurs de délits. Avant qu'une loi ne sorte, il nous semblait intéressant de préparer le terrain pour voir dans quels domaines, dans quelles situations créer un cadre juridique. La loi de 1994 ne s'applique donc pas à nous. Le problème, c'est qu'il n'y a pas de loi du tout ! Alors, comment cela se passe-t-il concrètement ? Le Parquet nous confie un cas et suspend toute action judiciaire pendant le processus. Il informe les parties de la mission qui a été confiée à *Espace Médiations*. Nous rencontrons les parties, d'abord séparément, puis, si c'est possible, conjointement, pour faire ce travail de «civilisation» du pénal. J'emploie ce terme parce qu'en aucun cas, la sanction, qui est la prérogative du juge, ne peut être mise en jeu dans ce type de processus. C'est important de le souligner parce que, souvent, les victimes ne veulent pas tant recevoir elles-mêmes réparation que voir le mineur délinquant faire quelque chose au profit de la collectivité (du type travail d'intérêt général). Nous devons dire avec tact à la victime que ce souhait est tout à son honneur, mais qu'il ne répond pas directement aux conséquences personnelles du délit et ne pourra être réalisé.

De même, auteurs et victimes croient qu'il sera question de dédommagement, d'argent. On ne va pas éliminer cette question : quand il y a eu vol ou dégâts, il faut bien s'être envisager les conséquences matérielles. Mais la médiation consiste avant tout à prendre conscience de ce que l'autre a vécu. La victime va mieux comprendre les motivations, l'état d'esprit de l'auteur et de ses parents (les victimes sont souvent très attentives aux réactions des parents); souvent, elle tient aussi à savoir si l'auteur l'a visée personnellement ou si c'est dû au hasard. De leur côté, l'auteur et ses parents vont apprendre comment la victime a perçu ce qui s'est passé. Par

exemple, un jeune s'est fait voler toutes les cassettes vidéo qui lui avaient été prêtées par un copain d'école. Et il a raconté que, pendant des jours et des jours, il n'avait pas osé dire la vérité à son copain. Le voleur n'a jamais conscience de ces conséquences indirectes, relationnelles, psychologiques.

Comme nous savions que les demandes de médiation seraient nombreuses, nous avons réduit notre intervention aux situations où les personnes se connaissent ou sont appelées à se revoir : des voisins ou des habitants d'un même quartier, un professeur et des élèves, voire des élèves entre eux, etc. Cela rend le travail plus riche, mais il est aussi plus difficile de faire la part des choses. Tout n'est pas toujours blanc ou noir : par exemple, la victime peut avoir poussé à bout l'auteur des coups. Il faut donc discuter de tous les aspects du conflit. L'accord qui conclut cette discussion va d'ailleurs comprendre une explication de l'origine du conflit. La proportion de responsabilité de chacun est ainsi précisée, les choses sont replacées dans leur contexte — ce que la justice ne fait jamais : elle coupe les choses et les range dans des boîtes. Et, dans certaines situations, c'est très bien ainsi !

Les rencontres comprennent deux gros volets. Dans le premier, on s'occupe du passé, la victime explique ce qu'elle vit depuis les faits, les angoisses qu'elle a. Le second volet porte sur l'avenir : comment on va gérer les aspects matériels, psychologiques, etc. Quand c'est terminé, l'accord est envoyé au Parquet et le dossier classé définitivement. L'action publique est donc éteinte, de même que l'action civile. Dès lors, il est important d'attirer l'attention de la victime sur le fait que, si l'accord est signé, c'est fini, elle ne pourra pas revenir devant la justice pour demander un dédommagement supplémentaire, en cas de problèmes médicaux, par exemple.

Si la médiation se termine positivement, cela peut déboucher sur des choses très diverses : par exemple, une dame n'osait plus sortir le soir depuis qu'on lui avait arraché son sac. Le jeune, après lui avoir restitué son bien, est allé avec elle à Veeweyde et il lui a offert un chien. La justice n'est évidemment pas à même d'imaginer quelque chose comme ça : il faut que la victime aime les chiens, qu'elle puisse en prendre un chez elle, etc. On pourrait s'étonner que la victime accepte de sortir avec son agresseur, mais le souci pédagogique, éducatif des victimes est souvent bien plus présent que le désir de vengeance : elles cherchent surtout que l'agresseur comprenne les conséquences de son acte, et puis qu'il

ne recommence plus. Souvent, la médiation se termine par une accolade ou une poignée de main — un contact physique, comme pour effacer le premier contact brutal, quand il y a eu agression. Il y a énormément d'émotion dans ce genre de situation. Après avoir pu exprimer sa colère, sa révolte, sa tristesse, la victime peut dépasser, évacuer cela bien mieux qu'en recevant des dommages et intérêts.»

2. La médiation familiale

Catherine Ghys, juriste et médiatrice familiale, définit la médiation comme «une méthode de gestion des conflits par laquelle les partenaires d'un conflit recherchent eux-mêmes et ensemble des solutions à ce conflit, qui soient acceptables pour chacun, avec l'aide d'un tiers professionnel et impartial, le médiateur» (*Les Cahiers de la Santé* de la COCOF, n° 10, p. 39). La médiation familiale tourne essentiellement autour de la séparation des couples et des problèmes qui y sont liés (garde des enfants, partage des biens : logement, voiture, mobilier...).

Au départ, ce sont surtout des travailleurs sociaux et des psychologues qui se sont intéressés à la médiation familiale, puis des juristes. Aujourd'hui, les avocats s'y investissent aussi. La formation juridique et l'expérience du droit sont des atouts, permettant d'avoir une bonne connaissance des obstacles à envisager et des décisions à prendre. Mais il est alors nécessaire d'acquérir une formation aux aspects «psy» de la médiation. Elle emprunte ses outils d'analyse et d'intervention à l'approche systémique de la thérapie de couple. La médiation familiale se situe, en effet, à mi-chemin du psychothérapeutique et du juridique.

En Belgique, la médiation débute en tâtonnant au début des années 90 (apparition de modules de formation), dans un contexte de relative méfiance. Puis c'est la structuration, caractérisée par la création d'associations professionnelles et de filières de formation plus stables. Néanmoins, celles-ci (graduat et post-graduat) forment à la médiation en général et sont assez théoriques. Deux initiatives offrant une formation plus courte mais plus pratique, l'une partant du monde «psy» (l'école de thérapie systémique de l'UCL), l'autre du monde du droit (l'Ordre des Avocats), ont débouché sur des offres de formation présentant, sans pourtant aucune concertation, des points communs tels que la co-animation par un juriste-médiateur et un psy-formateur à la thérapie systémique dans une autre école (l'asbl «La Forestière à 1050 Bruxelles).

Comment fonctionne la médiation familiale ? Les pratiques sont évidemment variables, et Mme Ghys parle de

son expérience professionnelle et de ses options éthiques. On s'abstiendra donc de généraliser. En tout cas, la médiation n'est pas un processus court. Notre interlocutrice cite, en moyenne, dix à quinze séances d'1h30 environ, tous les quinze jours.

Le médiateur n'est pas un arbitre ni un conseiller. Par l'écoute, l'empathie, le questionnement, il cherche à aider les parties en présence à arriver à un accord, un compromis où les intérêts principaux de chacun seront respectés. Ce qui implique notamment qu'il facilite l'expression, par chacun, de ce qu'il imagine, craint, souhaite : de quoi accepte-t-on de parler ? Le médiateur acte les points de vue divergents, les désaccords, et invite les parties à parler ensemble de ces problèmes, en précisant qu'accepter de discuter n'est pas s'engager déjà pour telle ou telle option.

Le processus est très structuré : on prend en compte tous les aspects des questions soulevées et on envisage les implications concrètes des décisions. Par exemple, si un des parents prend en charge les enfants un week-end sur deux, quand précisément commence et finit ce week-end ?... Processus structuré, donc, mais non rigide : il est indispensable de faire place à l'imprévu et aux conflits qui surgissent parfois sur des points apparemment secondaires mais qui recouvrent en réalité des notions essentielles, comme le sentiment d'être respecté, le désir de ne pas être envahi, etc.

L'étymologie le dit : le médiateur est au milieu. Il devra, par exemple, aider les partenaires à trouver un juste milieu entre la position de l'un, qui a pris la décision de la séparation (et a donc entamé le processus de deuil du couple, est déjà passé par le doute, l'angoisse, la culpabilité), et la position de l'autre, qui est encore sous le choc de cette décision et a du mal à accepter la nouvelle réalité. Il s'agit là d'ajuster deux rythmes très différents : l'un veut aller de l'avant, et l'autre a besoin de temps.

Quelles sont les limites de la médiation ? Ici encore, les opinions pourront varier. Pour Catherine Ghys, certaines situations ne se prêtent pas à la médiation. Il arrive que le couple se découvre en fait plutôt demandeur d'une thérapie familiale. Enfin, il importe parfois de postposer la médiation pour permettre à l'une des parties de prendre d'abord une aide psychothérapeutique ou psychiatrique : si elle est gravement déprimée, par exemple, ou incapable de défendre son point de vue dans la négociation.

Il y a aussi des limites éthiques. Dans des situations de violence conjugale, d'alcoolisme grave, de toxicomanie, de maltraitance ou d'abus sexuel, la médiation apparaît impossible parce qu'un des partenaires et/ou les enfants

courent trop de risques. De plus, certaines personnes ont besoin de s'en remettre à un juge; elles ne souhaitent pas ou ne se sentent pas capables de négocier, par exemple lorsque le conflit est trop lourd ou la rupture trop mal acceptée pour envisager de se retrouver nez à nez avec l'ex-conjoint.

3. La médiation interculturelle en milieu médical

Pour parler de ce dernier exemple de médiation, nous avons rencontré le Dr Louis Ferrant, médecin généraliste à Anderlecht : «J'ai commencé dans le quartier en 1976, en tant que médecin de famille. Après deux ans de pratique, j'ai remarqué que la plupart de mes patients étaient d'origine marocaine, turque ou sicilienne, et que beaucoup de problèmes dans la consultation se posaient en fait au niveau de la communication. Ou bien je n'arrivais pas à comprendre ce que me disaient les gens, ou bien je n'arrivais pas à comprendre leur plainte.

A partir de là, avec d'autres médecins et infirmières néerlandophones, j'ai constitué un groupe de travail qui se réunissait toutes les trois-quatre semaines. Dès le début, avec le Dr De Ridder, de Gand, j'ai plaidé pour organiser une formation de jeunes médiatrices au niveau de la Flandre et de Bruxelles. Plusieurs programmes se sont alors créés, en Flandre et à Bruxelles, du côté néerlandophone. Du côté francophone, j'ai fortement soutenu des initiatives dans le même sens du côté de l'asbl *Cultures & Santé*.

Je parle de «médiatrices», parce qu'au début toutes étaient des femmes. Elles sont d'ailleurs encore la majorité aujourd'hui, même si ça commence à changer. C'était un choix de notre part, parce que les problèmes les plus difficiles se présentaient chez des patientes et que celles-ci préféraient avoir affaire à des soignants féminins. Nous nous sommes dit, à raison je crois, que si les patientes venaient avec des problèmes un peu délicats, elles se sentiraient plus en confiance avec une médiatrice qu'avec un médiateur, surtout si le médecin était un homme.

Pour moi, une médiatrice a trois rôles principaux :

- la traduction proprement dite («vertalen»);
- ce que j'appelle la narration («vertellen»);
- ce que les anglo-saxons appellent «health advocacy» («vertolken»).

La traduction, déjà, n'est pas toujours simple en raison du nombre de dialectes, surtout dans la population marocaine. La «narration» porte sur tout l'aspect culturel de l'histoire du patient : d'où il vient, quel est son vé-

cu, comment il voit sa maladie. Nous pensons la maladie en termes de relation cause-effet, tandis que chez nos patients c'est beaucoup plus une pensée cyclique ou mythique. Par exemple, quand Untel entend le mot diabète, il pense à son oncle qui est mort du diabète dix ans auparavant, au Maroc, parce qu'on n'a pas pu le sauver. Et il voit la maladie comme une sorte de fatalité. A côté de l'aspect culturel, il y a l'aspect biographique : on essaie de donner au patient le temps de raconter son histoire.

Le troisième rôle de la médiatrice est de soutenir le patient, non pas contre le médecin, mais pour expliquer à celui-ci le pourquoi de la démarche du patient. Nous avons remarqué au fil des années que, malgré de nombreux efforts d'ajustement, il existe toujours un grand fossé entre patient et médecin ou intervenant. C'est pourquoi, dans la consultation, la médiatrice se placera, vis-à-vis du médecin, aux côtés du patient. De même, je m'oriente vers la patiente, non vers la médiatrice.

Je trouve que la médiation est un énorme atout en médecine générale. Ce qui me frappe le plus aujourd'hui, c'est que les problèmes de santé mentale comme la dépression sont souvent diagnostiqués très tard, ou pas du tout. Avec une médiatrice, on arrive plus vite à comprendre le problème, qui est souvent somatisé : c'est ressenti comme un corps qui fonctionne mal, alors que chez les Occidentaux c'est plutôt psychologisé, ressenti comme un mal-être. Non seulement le médecin arrive à déceler cela, mais le patient se sent aussi mieux reconnu dans ce qu'il vit. Souvent ils ont recours à des métaphores, qu'il faut pouvoir décoder : «j'ai une pierre sur l'estomac», «mon coeur brûle», «ma langue devient toute noire, elle pourrait», «mes reins sont secs»... On reprend ces métaphores avec l'aide de la médiatrice, on essaie d'aller plus loin et de faire comprendre au patient qu'on a reçu le message.

Depuis quelques années, on pense à intégrer les médiatrices en milieu hospitalier. Un projet expérimental est en route, qui implique quatre hôpitaux en Flandre, quatre en Wallonie et quatre à Bruxelles (Saint-Jean, Saint-Etienne, l'AZ-VUB et Brugmann). On a pu débloquer de l'argent pour engager des jeunes de façon régulière, en fonction du pourcentage de patients immigrés que reçoit l'hôpital. Mais le milieu hospitalier ne facilite pas toujours les contacts entre médiatrices et patients. Les médecins ont parfois peur que leur territoire ou leur pouvoir soit menacé. Le rôle-clé est souvent joué par l'infirmière en chef. Mais sans sa coopération...

En médecine générale, les choses ne sont pas très différentes d'il y a vingt ans. Certains médecins ne voient pas le problème; ils prétendent que chez eux tout marche à merveille. Mais quand un patient arrive chez moi après

un long pèlerinage médical, il a un sac en plastique plein de résultats d'examens et de biologiques. Il dit souvent : «on a tout fait, on a tout cherché, on n'a rien trouvé». Une discussion en profondeur peut alors commencer : qu'est-ce qui n'a pas été compris ? Comment est-on entré dans le système «un examen par plainte» ? (Ou «un médicament par plainte», parce que souvent le patient a aussi un sac de médicaments !) Et comment sortir de ce système ?

Certains médecins nient donc le problème. D'autres disent que, pour pallier cela, ils ont leur expérience, ou bien qu'ils utilisent les enfants comme interprètes. Je suis très opposé à ce moyen, parce que cela donne à l'enfant une place qui n'est pas la sienne, une position de pouvoir par rapport à l'adulte. On ne peut pas contrôler ce qu'il dit, et on sait que les parents ne diront pas tout si c'est leur enfant qui interprète.»

Ebauche de théorie de la médiation

Quels sont les points communs de ces différents types de médiation ? S'agit-il même à chaque fois de «médiation» ? Pourrait-on formuler une définition ? Nous résumons ici les propositions de Michèle Guillaume-Hofnung¹. Pour cet auteur, la plupart des expériences recensées en France n'ont à voir avec la médiation que le nom dont on les pare. Elle tire cependant de son inventaire quelques grandes lignes : la médiation est un phénomène issu le plus souvent de la société civile, et d'initiatives dispersées qui se sont progressivement intégrées dans un réseau associatif. Mais la rencontre entre la spontanéité associative et la logique de l'appareil officiel a engendré un flou gênant; certaines associations se sont même rapprochées des institutions publiques au point d'en devenir les auxiliaires. Enfin, l'intervention des pouvoirs publics n'est ni systématique ni invariable, et elle prend des formes propres à chaque pays.

Ces constats rendent nécessaires l'ébauche d'une théorie de la médiation — nécessité qui n'est pas toujours perçue par les praticiens. Pourtant, il ne s'agit pas seulement de rechercher une cohérence conceptuelle, mais aussi de parer au risque de discrédit qu'entraînerait, pour les pratiques authentiques de médiation, l'abus du terme à des fins de «marketing professionnel». Un autre enjeu est la formation des médiateurs, qui fait souvent l'objet de critiques; or, la cohérence théorique est une condition de la cohérence pédagogique. La confusion des rôles est également un danger, notamment dans le domaine du droit, où les relations médiation-justice restent trop empiriques et ne tiennent pas compte de leurs différences de nature: la justice est une institution publique souveraine, tandis que la médiation surgit de la base en

dehors de toute orchestration publique et de toute institutionnalisation.

Partant de la classification de Jean-François Six², représentée dans le tableau ci-après, l'auteur considère deux grandes formes de médiation : la médiation des différences et celle des différends.

	Créer un lien	Parer un conflit
En amont	Médiation créatrice	Médiation préventive
En aval	Médiation réparatrice	Médiation curative

La médiation des différences est «la médiation de droit commun, car la différence est à la base de toute construction sociale. Une société se construit grâce à l'établissement de passerelles entre les différences. Le lien social ne se fabrique jamais de manière binaire, en immédiateté, il passe par la médiation d'un élément tiers, objet, être, et par le médiateur par excellence, le langage. Ces médiations se produisent quotidiennement, le plus souvent sans qu'on s'en aperçoive, sans heurts. C'est quand elles ne se produisent plus qu'on a l'intuition de leur existence. La médiation s'appréhende plus par son manque que par son bon fonctionnement, ce qui explique que la médiation de conflit, plus spectaculaire, ait focalisé l'attention au point de masquer la médiation de droit commun» (p. 72).

La médiation des différends peut être préventive (un aspect très sous-employé de la médiation...) ou curative, cette dernière étant la plus connue. On y recourt en cas de conflit, soit que celui-ci ne relève pas de la justice, soit que la médiation soit préférée à la justice parce que plus rapide, moins coûteuse financièrement et affectivement, ou gage d'une solution plus durable.

Michèle Guillaume-Hofnung considère avant tout la médiation comme «un mode de construction et de gestion de la vie sociale grâce à l'entremise d'un tiers neutre, indépendant, sans autre pouvoir que l'autorité que lui reconnaissent les médiés qui l'auront choisi ou reconnu librement» (p. 74). Les caractéristiques fondamentales de la médiation sont les suivantes :

- elle porte essentiellement sur la communication;
- elle est structurellement ternaire : sans tiers, pas de médiation;
- la résolution des conflits fait partie de la médiation mais n'en constitue pas une catégorie autonome.

On peut dégager de cette définition les critères qui autorisent à nommer une pratique «médiation»:

- 1) l'intervention d'un tiers,
- 2) indépendant des médiés mais aussi de toute autorité traditionnellement chargée de trancher les litiges,

- 3) neutre, c'est-à-dire non seulement dépourvue de partialité mais capable de distanciation intellectuelle et affective (par rapport à la tentation de s'identifier à l'un des médiés, notamment),
- 4) sans pouvoir institutionnel: son autorité ne doit reposer que sur le libre choix des demandeurs de médiation et sur ses compétences propres.

Les valeurs qui sous-tendent la médiation

Comme toute activité humaine, la médiation se réfère à des valeurs d'ordres divers. Michèle Guillaume-Hofnung considère que ces valeurs forment un ensemble cohérent.

Sur le plan philosophique, la médiation met en avant le sens de la complexité. Les situations, les relations ne peuvent être comprises que si on les replace dans un contexte et une continuité où interviennent des éléments dont les partenaires n'ont pas conscience ou qu'ils interprètent mal. Une autre valeur est la supériorité — scientifique mais surtout philosophique — de la pensée ternaire sur la pensée binaire. On relèvera que le concept de médiation est présent dans tous les dictionnaires de philosophie, et on rappellera par exemple la dialectique de Hegel (thèse, antithèse, synthèse). On a montré aussi que la pensée ternaire, en permettant d'accepter l'autre et la différence en général, était un facteur d'humanisation de l'homme (par exemple, l'introduction de la notion d'intermédiaire a été capitale pour l'humanisation de la justice).

Sur le plan moral, la médiation repose sur une éthique de la communication ou de la discussion (Habermas): il n'est pas de communication possible si l'émetteur ne reconnaît pas de valeur au récepteur. La morale post-moderne, qui cherche à prendre en compte la barbarie (cf. le onzième commandement de Glucksmann : «Que rien d'inhumain ne nous soit étranger»), débouche notamment sur le sens du singulier des situations, sur la sollicitude, sur une sagesse pratique que l'on retrouve dans la médiation. Enfin, celle-ci reconnaît la valeur positive des conflits, qui font partie du développement humain même s'ils peuvent être par ailleurs destructeurs. La négation du conflit est, d'une certaine manière, synonyme de mort (cf. Hannah Arendt : «C'est le propre de la pensée totalitaire de concevoir une fin des conflits»).

Enfin, sur le plan juridique, la médiation, en se référant notamment à la notion d'altérité, repose clairement sur la logique des droits de l'homme. Et, sur le plan politique, elle s'inscrit dans un courant critique vis-à-vis de la démocratie classique, qui veille à compléter celle-ci ou

à la corriger par des initiatives civiques, et à défendre le dynamisme de la société civile d'une emprise excessive de l'Etat.

Conclusion

Nos deux premiers exemples semblent bien correspondre à la définition proposée. Le cas de la médiation interculturelle en milieu médical peut paraître moins net, parce qu'il s'agit d'abord de traduction-interprétariat et que l'accent est mis sur un des «médiés»: le patient. Cependant, cela ne se fait pas au détriment du médecin, et cela vise aussi à corriger un déséquilibre favorable à celui-ci dans la relation avec son patient. En outre, le Dr Ferrant précise explicitement que, dans la relation triangulaire médecin-patient-médiatrice, «le processus idéal est un contact continu entre le médecin et le patient. Le médecin regarde le patient et lui pose directement des questions sans regarder l'interprète.» Enfin, ce type de médiation nous paraît illustrer parfaitement la «médiation des différences» dont parle Michèle Guillaume-Hofnung, et confirmer son hypothèse théorique selon laquelle le conflit n'est pas un élément constitutif de la médiation.

1. *La médiation*, PUF, 1995 (*Que sais-je?* n° 2930).
2. *Le Temps des médiateurs*, éd. du Seuil, 1990.

Autant le savoir

RÉPARTITION DES COMPÉTENCES EN MATIÈRE DE SANTÉ SUR LE PLAN FÉDÉRAL, COMMUNAUTAIRE ET RÉGIONAL

MATIÈRE	COMPÉTENCE	RESPONSABLE	BASE LÉGALE	REMARQUES
Les services de santé mentale				
• Francophone	CCF	D. Gosuin	Décret du 27/4/95 Arrêté du Col. de la CCF des 18/7/96, 24/4/97, 6/11/97 et 11/12/97	La CCF aide également de manière non récurrente des initiatives en santé mentale (ex. L'Autre Lieu)
• Bi-communautaire	CCC	D. Gosuin - J. Chabert	Ordonnance du 17/7/97 Ar. du Col. du 7/5/98 Ar. du Col. du 22/4/99	
Promotion de la santé	Communauté française	N. Maréchal	Décret de la CF du 14/7/97 Ar. du G. de la CF des 17/7/97, 21/1/98, 20/2/98, 16/7/98	
Les associations de santé intégrée ou Maisons Médicales	CCF	D. Gosuin	Décret de la Communauté française du 29/3/93	
Toxicomanies				
• Francophone - Le curatif + prévention secondaire et tertiaire	CCF	D. Gosuin	Décret du 27/4/95 Ar. du Col. de la CCF des 18/7/96, 6/11/97, 11/12/97, 24/6/99	Voir décret promotion à la santé Programme en 10 points Concertation Toxicomanies-Bruxelles
- La prévention primaire	Communauté française	N. Maréchal		
• Bi-communautaire	CCC	D. Gosuin - J. Chabert	A. Min. du 25/5/98 fixant la composition et le fonctionnement du Com. de Concertation et de Coordination Toxicomanies-Bruxelles	
Soins à domicile				
• Prestations de soins (médecins - kinés - infirmières - dentistes)	INAMI	F. Vandebroucke	Loi relative aux soins de santé et indemnités coordonnées (10/7/94)	
• Centres de coordination de soins et de services à domicile	CCF	D. Gosuin	Décret de la CCF du 4/3/99 Ar. du Col. de la CCF du 29/4/99	
• Subventions aux associations et aux groupements de services de soins à domicile	CCC	D. Gosuin - J. Chabert	AR. du 27/12/1950	
Médecine préventive	Communauté française	N. Maréchal		

MATIERE	COMPÉTENCE	RESPONSABLE	BASE LÉGALE	REMARQUES
Soins palliatifs				
• Soutien des expériences de soins palliatifs	INAMI	F. Vandebroucke	AR. du 19/6/97 modifiant l'AR. du 19/8/91 fixant les conditions dans lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité peut être accordée dans le coût des expériences de soins palliatifs Décret de la CCF du 4/3/99	
• Services de soins palliatifs et continués	CCF	D. Gosuin	Ar. du Col. du 29/4/99	
• Soutien ponctuel des initiatives s'inscrivant dans le cadre de la médecine préventive et de l'éducation à la santé	Communauté française	N. Maréchal		
• Associations entre établissements de soins et services en matière de soins palliatifs				
- Normes	Ministère de la Santé publique INAMI	M. Alvoet	AR. du 19/6/97	
- Financement	Ministère de la Santé publique INAMI	F. Vandebroucke M. Alvoet	AR. du 19/6/97	
- Agrément	INAMI CCC	F. Vandebroucke D. Gosuin - J. Chabert		
Hôpitaux				
• Programmation et normes	Ministère de la Santé publique	M. Alvoet	Loi coordonnée sur les hôpitaux du 7/8/87	L'article 5 de l'accord de coopération du 19/5/94 relatif à la politique hospitalière entre l'Etat fédéral, la Région de Bruxelles-Capitale et la CCC prévoit que cette dernière finance de manière récurrente des structures agréées de coordination hospitalière bruxelloise
• Infrastructure Agrément et vérification des normes d'agrément				
- Francophone	CCF Communauté française (pour les hôpitaux académiques uniquement)	D. Gosuin N. Maréchal	Loi coordonnée sur les hôpitaux du 7/8/87	
- Bi-communautaire	CCC	D. Gosuin - J. Chabert	Loi coordonnée sur les hôpitaux du 7/8/87	
• Structure de coordination hospitalière bruxelloise	CCC	D. Gosuin - J. Chabert	Ar. du Collège Réuni du 27/4/95	2 structures sont agréées: IRIS et CBI
Aide médicale urgente				
	Région de Bruxelles-Capitale	R. Delathouwer	Ordonnance du 19/7/90 modifiée par l'Ordonnance du 12/3/98	

MATIERE	COMPÉTENCE	RESPONSABLE	BASE LÉGALE	REMARQUES
Les habitations protégées				
• Subventionnement	INAMI	F. Vandenbroucke		
• Agrément				
- Francophone	CCF	D. Gosuin	Ar. de l'Ex. de la CF du 6/1/92 - AR du 10/7/90	
- Bi-communautaire	CCC	D.Gosuin - J. Chabert	AR. du 10/7/90	
Les centres de Télé-Accueil	CCF CCC	D. Gosuin D.Gosuin - J. Chabert	AR. du 20/7/73 AR. du 20/7/73	
L'Art de guérir Normes qui régissent les professions médicale et paramédicales	Ministère de la Santé publique	M. Alvoet	AR. n° 78 du 10/11/67	
Les centres de réadaptation fonctionnelle	INAMI	Le Comité de l'Assurance de l'INAMI		Les associations sont conventionnées par l'INAMI (ex.: Le Gué)
Les centres de jour et/ou de nuit	INAMI	Le Comité de l'Assurance de l'INAMI		Les associations sont conventionnées par l'INAMI (ex.: Le Wops)
Maisons de soins psychiatriques				
• Financement	Ministère de la Santé publique CCC	M. Alvoet D. Gosuin - J. Chabert	Loi coordonnée sur les hôpitaux du 7/8/87	
• Agrément	CCC	D. Gosuin - J. Chabert	Loi du 27/6/78	
Plate-forme de concertation (santé mentale)				
• Financement	Ministère de la Santé publique CCC	M. Alvoet D. Gosuin - J. Chabert	Loi coordonnée sur les hôpitaux du 07/08/87	
• Agrément	CCC	D. Gosuin - J. Chabert		
Inspection médicale scolaire	Communauté française	N. Maréchal	Loi du 21/3/64 A. du Gvt de la CF du 25/7/97 (maladies transmissibles) A. de l'exécutif de la CF du 10/7/91 (dépistage antituberculeux)	

MATIERE	COMPÉTENCE	RESPONSABLE	BASE LÉGALE	REMARQUES
Petite enfance				
• Promotion de la santé	Communauté française	N. Maréchal	Décret CF du 14/7/97	
• Consultations	Communauté française	J-M. Nollet	Décret du 30/3/83 modifié par les décrets du 22/12/83 et du 12/3/90 portant création de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)	
• Maltraitance	Communauté française	J-M. Nollet	Décret du 16/3/98 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance	
Mesures prophylactiques fédérales	Ministère de la Santé publique	M. Alvoet		
Observatoire de la santé de la Région de Bruxelles-Capitale	CCC	D. Gosuin - J. Chabert	Une Ordonnance du 27/4/95	
Planning familiaux	CCF	A. Hutchinson	Décret du 16/7/94 Ar. du Col. du 13/3/95	
	CCC	E. Tomas - A. Neyts	A R. du 13/1/78 A R. des 27/10/78 et 3/7/80 Ar. du Col. du 21/12/89	

Pour plus de détails concernant les transferts en matière de politique de la santé, veuillez consulter «La Belgique fédérale», Jacques Brassine, Dossier N° 40 du CRISP, 1994



Le Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles

Qui est-il ?

Le Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles (CLPS) est une asbl créée suite au décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la Promotion de la santé en Communauté française.

Il est soutenu par la Communauté française et par la Commission communautaire française.

Que fait-il ?

Le CLPS de Bruxelles s'adresse à l'ensemble des acteurs de terrain bruxellois dans le secteur de l'éducation et de la promotion de la santé. Il répond à leurs demandes dans le respect des priorités fixées par la Communauté française.

Les missions du CLPS de Bruxelles peuvent se définir selon cinq objectifs principaux.

Objectif n°1: favoriser les processus de coordination et de concertation institutionnelle à l'échelle de Bruxelles, dans le cadre du programme quinquennal de promotion de la santé de la Communauté française.

Le but est de permettre d'identifier les actions, programmes et coordinations multiples du terrain bruxellois.

Objectif n°2: répertorier les données existantes en matière de besoins de la population et des acteurs de terrain, afin de permettre, notamment, la réalisation d'un recueil de données épidémiologiques.

Objectif n°3: installer un comité d'avis.

Ce dernier sera chargé d'examiner les projets locaux de promotion de la santé

qui demandent à être subsidiés par la Communauté française.

Objectif n°4: inciter les organismes et les acteurs de terrain à planifier des programmes de promotion de la santé, en commun.

Le CLPS souhaite favoriser l'éclosion de projets - au départ de la communauté locale (quartier, école, ...) - intégrés au tissu social existant et répondant à des besoins qui y sont formulés.

Objectif n°5: fournir une aide méthodologique, logistique et documentaire aux organismes et acteurs de terrain.

Concrètement, le CLPS les accompagne dans leur recherche et met à leur disposition de la documentation, des outils et des formations adaptés. Il mettra aussi à disposition des associations œuvrant dans le domaine de la promotion de la santé à Bruxelles, des salles pour carrefours d'échanges, conférences-débats, animations, expositions, formations. ■

CLPS de Bruxelles:

rue E. De Béco, 67

1050 Bruxelles

Tél.: 02/639 66 88

Fax: 02/639 66 86

Personnes à contacter : Robert Bontemps
et Catherine Végaïrinsky.

Centre de documentation :

personne à contacter : Mourad Benmerzouk

Tél.: 02/639 66 81

L'Atelier des Petits Pas

**«Il était une fois
l'Atelier des Petits Pas
Une histoire pour hier,
une histoire pour aujourd'hui,
une histoire pour demain
une histoire sans fin...»**

L'histoire commence en juillet 1995.

Dans un quartier de Schaerbeek où l'espace de jeu et de rencontre pour les enfants comme pour les mamans fait cruellement défaut. C'est-à-dire entre la place Liedts, l'église Sainte-Marie et l'église Saint-Servais.

Les familles, nombreuses pour l'essentiel, sont majoritairement turques. Le père travaille, la mère parfois... Dans certaines familles, les deux sont au chômage. Peu s'expriment couramment en français, la référence linguistique pour les enfants est donc principalement le turc.

L'importance du jeu dans l'évolution de l'enfant, bien réelle dans l'esprit des initiateurs de l'Atelier des Petits Pas, s'affirme rapidement. Elle débouche sur la création d'un lieu où les enfants (entre 5 et 12 ans) pourront partager des expériences autour du jeu. Depuis, les initiatives se sont multipliées...

Quels objectifs ?

Toutes les activités proposées par l'Atelier visent la qualité de vie des enfants et des familles. L'objectif premier est d'offrir aux enfants les moyens qui paraissent nécessaires à leur épanouissement et à leur prise d'une place active dans la société.

Il s'agit donc:

- de créer un espace de rencontre pour les enfants et les familles, en utilisant le jeu comme moyen d'éducation et de développement;

- de socialiser les enfants et d'offrir aux pré-adolescents des occasions d'approcher la mixité dans un cadre structuré;
- de leur faire découvrir les richesses des rencontres multiculturelles et intergénérationnelles;
- de les aider à apprendre la langue française;
- d'enrichir leur vocabulaire, afin qu'ils puissent exprimer ce qu'ils vivent et ce qu'ils pensent;
- de les initier à la prise de parole en groupe, en société;
- de les sensibiliser à l'importance de l'écoute, au savoir qu'elle peut apporter;
- de leur donner des occasions de valoriser leurs savoir-être et leurs savoir-faire. L'équipe essaye ainsi de faire surgir en eux l'idée que chacun est riche dans un ou plusieurs domaines et peut donc être fier de soi;
- de leur donner les moyens de gérer leurs loisirs en dehors de l'atelier puisqu'ils devront un jour le quitter.

Par quels moyens ?

Les activités proposées par l'Atelier des Petits Pas s'articulent autour de cinq ateliers, d'un soutien scolaire, de tables de conversation et d'activités qualifiées d'exceptionnelles.

L'atelier jeux a lieu à un rythme régulier de trois fois par semaine.

Son objet est de fournir, à une petite trentaine d'enfants, un espace d'expression - verbale et non verbale - où chacun est valorisé. A travers le respect des règles des jeux, du matériel, de l'espace, des animateurs et des autres enfants, l'atelier permet l'apprentissage des règles de vie en société.

Les ateliers créatifs se déroulent tant pendant l'année scolaire que pendant les vacances. Ils visent au développement de compétences nouvelles et cherchent à faciliter l'intégration scolaire des enfants en favorisant leur expression artistique.

Les ateliers théâtre et expression corporelle se structurent autour d'exercices d'expression corporelle (représenter un objet avec son corps, exprimer un sentiment en marchant,...) et d'imagination (improvisation autour de différents objets que l'enfant s'approprie et auxquels il donne un autre sens,...).

L'activité se structure de manière à inciter les enfants à s'exprimer par des gestes et non par la parole, à pouvoir s'inspirer d'une image pour ensuite en dégager les éléments principaux et les exprimer sous forme de gestes; à définir un thème; à travailler sur la matière, créer des décors sur carton et tissu.

L'atelier contes s'adresse à un petit groupe d'enfants de 8 à 12 ans. On y travaille essentiellement la lecture, l'écriture et l'expression orale.

Ses objectifs intermédiaires visent à alimenter le fonds d'histoires connues (contes de fées, légendes, contes orientaux), à travailler le vocabulaire et la structure d'histoires connues, à passer à l'écriture pour créer un livre.

L'atelier sports offre la possibilité aux enfants d'exercer de manière régulière des activités sportives comme le football, le basket-ball, le tennis de table, le saut en longueur, la natation, le patin à glace,...

Les objectifs poursuivis tendent, entre autres, à apprendre le jeu en équipe, à développer le physique, à valoriser les enfants par la pratique d'un sport dans lequel ils sont performants.

Le soutien scolaire s'articule, quant à lui, autour d'une Ecole des Devoirs et d'une Remédiation scolaire.

Le but poursuivi est de faire prendre conscience à l'enfant de ses possibilités en le valorisant, à lui donner les outils nécessaires à son autonomie pour qu'il devienne acteur de sa scolarité. La remédiation scolaire tente d'aider ceux qui ont le plus de difficultés.

Les tables de conversation sont destinées aux mamans. Leur objet est de les amener à sortir de leur environnement immédiat, de leur apprendre à côtoyer des personnes de nationalités différentes et à se débrouiller dans la vie quotidienne.

Les activités exceptionnelles sont liées aux grands moments de la vie religieuse et culturelle du quartier. Ainsi, la fin du Ramadan, par exemple, est célébrée par la prise d'un repas en commun et un échange de cadeaux. La fête retrouve de cette manière sa dimension originelle, à savoir la notion fondamentale de Partage.

L'Atelier des Petits Pas a aussi participé à la manifestation Journée sans Racisme ainsi qu'à la Fête des enfants,...

Pour infos :

L'Atelier des Petits Pas
rue de la Marne, 12

1030 Bruxelles

Tél. et Fax: 02/216.52.04

Mme Aysé Eryoruk

Photo © : Atelier des Petits Pas



A LA RECHERCHE DE...

L'Organisation mondiale de la Santé vient de publier son Rapport annuel sur la santé dans le monde.

Au-delà du bilan des succès enregistrés dans les domaines de la santé, de la croissance économique et de la science au cours de ce 20ème siècle, le Rapport souligne les inégalités de la situation sanitaire dans le monde.

L'héritage du 20ème siècle pèse parfois bien lourd. Conflits régionaux, grande misère, droits de l'homme bafoués, épidémie de VIH/SIDA sont autant de problèmes légués, qui demeurent sources d'incertitude et obligent à redoubler d'efforts.

Le Rapport, intitulé «Pour un réel changement», se découpe en deux parties. La première retrace la révolution qu'a connue la santé au 20ème siècle. Deux chapitres la composent. Le premier analyse le recul spectaculaire de la mortalité. L'augmentation des revenus et l'amélioration du degré d'instruction - ainsi que les progrès qui en ont découlé sur les plans de la nutrition et de l'assainissement - expliquent ce recul. L'accès à de nouvelles connaissances, de nouveaux médicaments et de nouveaux vaccins a toutefois joué un rôle nettement plus important.

Le chapitre 2 examine le «double» fardeau de la morbidité contre lequel les systèmes de santé du 21ème siècle doivent combattre, à savoir: les nouvelles épidémies de maladies non transmissibles (la dépression, les maladies cardio-vasculaires, par exemple) et la survivance de certaines grandes maladies infectieuses qui n'ont pu être éradiquées au 20ème siècle (le paludisme, par exemple).

La deuxième partie du Rapport propose trois démarches pour apporter un réel changement en vue d'améliorer la santé au 21ème siècle:

- développer des systèmes de santé efficaces (chapitre 3);
- faire reculer le paludisme (chapitre 4);
- lutter contre l'épidémie de tabagisme (chapitre 5).

Développer des systèmes de santé efficaces

A la question de savoir si les autorités sanitaires peuvent mettre à profit l'expérience des autres ou s'inspirer systématiquement de leur propre expérience pour connaître les réformes sanitaires susceptibles d'aboutir - ou d'échouer - la réponse est oui.

L'O.M.S. préconise dès lors un «nouvel universalisme» qui devrait servir de cadre au développement des systèmes de santé aptes à relever les défis du 21ème siècle.

Les caractéristiques fondamentales d'un système permettant de progresser vers ce nouvel universalisme en santé seraient les suivantes:

- 1° le système doit s'appliquer à l'ensemble de la population, c'est-à-dire qu'il doit être obligatoire;
- 2° a couverture universelle signifie que tous vont en profiter, mais pas qu'ils vont profiter de tout;
- 3° la rémunération du prestataire n'est pas payée par le malade au moment où il utilise le service de santé;
- 4° des services peuvent être offerts par des prestataires de toutes catégories.

Faire reculer le paludisme

Plus de 40% de la population mondiale vit dans des régions où existe un risque de paludisme. Quelque 300 millions de cas cliniques de paludisme sont enregistrés chaque année dans le monde. Ils occasionnent plus d'un million de décès. Près de 90% de ces décès se produisent en Afrique subsaharienne où

les plus touchés sont les jeunes enfants. Le paludisme est directement responsable d'un décès d'enfant sur cinq en Afrique et il contribue, indirectement, à des états morbides et à des décès dus à des infections respiratoires, à des maladies diarrhéiques et à la malnutrition. La progression rapide de la résistance aux antipaludiques représente une grave menace pour l'efficacité du traitement. Les médicaments qui sont à la fois efficaces, sans danger et financièrement abordables sont de plus en plus rares. La découverte de nouveaux antipaludiques ne progresse pas assez vite.

Pourtant, si le paludisme est diagnostiqué et soigné rapidement, l'infection peut être rapidement jugulée. Il existe actuellement tout un arsenal de moyens efficaces pour lutter préventivement contre le paludisme: moustiquaires imprégnées d'insecticide, conditionnement des médicaments dans des emballages pratiques, pulvérisation d'insecticide à effet rémanent dans des habitations sélectionnées selon une méthode de stratification dans les régions à haut risque... Ils ne sont malheureusement pas toujours disponibles là où on en a le plus besoin.

Le projet de l'OMS «Faire reculer le paludisme» vise à donner une impulsion et à mobiliser les connaissances, données d'expérience et ressources nécessaires pour faire reculer la morbidité et la mortalité paludéennes dès les premières années du siècle prochain.

La lutte contre le paludisme au 21^{ème} siècle devra comporter un renforcement des systèmes de santé et une collaboration étroite avec la population afin de cerner et d'aborder les problèmes spécifiques de la région. Car la diversité des formes et l'adaptabilité du paludisme compliquent gravement les activités de lutte. Et plus encore dans des situations de conflit et d'agitation sociale ou d'évolution rapide de l'environnement.

On voit apparaître, depuis quelques années, des produits nouveaux et des stratégies novatrices. Certains tel le vaccin antipaludique, par exemple, seraient sur le point d'être découverts.

Une volonté de collaboration s'est manifestée. L'Organisation de l'Unité africaine, la Banque mondiale et la Région OMS de l'Afrique préparent activement une vaste initiative contre le paludisme en Afrique qui devrait constituer le fer de lance du projet «Faire reculer le paludisme». L'initiative multilatérale sur le paludisme est en cours, et une nouvelle alliance a été conclue entre

les secteurs public et privé: c'est l'opération «Médicaments contre la paludisme», qui doit permettre aux pays pauvres d'accéder plus facilement à des antipaludiques efficaces.

Lutter contre l'épidémie de tabagisme

Le chapitre 5 est consacré au tabac, facteur de risque qui aggrave les problèmes posés par les maladies non transmissibles. Compte tenu des caractéristiques actuelles de l'épidémie de tabagisme, près de 500 millions de personnes actuellement vivantes seront, un jour ou l'autre, tuées par le tabac. Si l'on veut empêcher la plupart de ces décès, il faut convaincre une proportion importante de fumeurs adultes de renoncer à fumer et veiller à ce que les enfants ne prennent pas cette habitude.

Si la moitié des adultes fumeurs cessaient de fumer au cours des 20 prochaines années, près d'un tiers des décès liés au tabac pourraient être évités en 2020 et la mortalité liée au tabagisme pourrait diminuer de moitié dans le deuxième quart du siècle.

La dépendance à l'égard de la nicotine s'acquiert très tôt. Selon une étude américaine de 1991, 16% des adultes fumant quotidiennement ont commencé à fumer dès l'âge de 12 ans, 73 % entre 13 et 17 ans et 11% après 18 ans.



Photo © : Françoise Jacobs/Question Santé

Dans les pays de l'OCDE, entre la moitié et les trois quarts des adolescents essaient de fumer. Si plus ou moins la moitié d'entre eux y renoncent rapidement, les autres deviennent des fumeurs à vie. Un sur deux en mourra.

La triple probabilité de goûter au tabac, de devenir dépendant et d'en mourir prématurément est plus élevée qu'avec d'autres substances et d'autres habitudes nocives pour la santé (comme la consommation d'alcool pour laquelle le phénomène de dépendance est beaucoup plus faible). De plus, les enfants qui se mettent à fumer ont davantage tendance à essayer d'autres drogues que les autres. Cette dépendance à l'égard de la nicotine est d'ailleurs un phénomène qui incite les industries du tabac à subventionner la vente ou la distribution gratuite de cigarettes aux fumeurs potentiels, notamment les jeunes, pour les encourager à fumer et, avec les autres consommateurs, à pratiquer des prix élevés pour obtenir le maximum de profits.

Selon l'OMS, la lutte contre le tabagisme à l'échelon national et mondial peut s'axer sur 4 principes:

- une information de santé publique assortie d'interdictions de la publicité en faveur du tabac;
- des mesures fiscales et réglementaires;
- des mesures visant à encourager les gens à cesser de fumer;
- la constitution d'associations antitabac.

En juillet 1998, l'OMS lançait son action «Pour un monde sans tabac». La mission à long terme de cette lutte mondiale contre le tabac est de faire baisser la prévalence du tabagisme et la consommation du tabac dans tous les pays et parmi tous les groupes et, de ce fait, réduire la charge de la maladie imputable au tabac.

Pour un réel changement

Le dernier chapitre décrit brièvement les quatre principaux défis à relever, selon l'OMS, pour améliorer la santé dans le monde.

Le premier vise à réduire largement la charge de surmortalité et de surmorbidity qui pèse sur les pauvres. L'objectif du Comité d'aide au développement de l'OCDE vise à diminuer de moitié le nombre de personnes vivant dans un complet dénuement d'ici l'an 2015.

Le second défi a pour objectif de contrer les menaces potentielles pour la santé qui résultent: des crises économiques; d'environnements malsains; de comportements à risque dont le plus inquiétant est l'accoutumance au tabac.

Il s'agit par ailleurs de réagir efficacement à de nouvelles infections; de freiner la propagation d'une résistance aux antibiotiques; de promouvoir des modes de vie sains (hygiène de l'air et de l'eau, assainissement satisfaisant, nourriture saine, moyens de transport moins dangereux,...), etc.

Le troisième défi repose sur la mise en place de systèmes de santé plus efficaces.

Le quatrième consiste à investir dans le développement de la base de connaissances. Deux graves lacunes subsistent actuellement: la recherche-développement sur les maladies infectieuses qui sévissent principalement chez les pauvres et la mise à jour systématique d'une base de données que les pays pourraient consulter pour déterminer l'évolution de leur propre système de santé. ■

*Rapport sur la santé dans le monde 1999,
Pour un réel changement,
Organisation mondiale de la santé, 1999*

Le bruissement des feuilles dans les arbres, un ruisseau qui serpente, les jeux d'enfants, un cri dans la nuit, le ronronnement d'un moteur, la musique, les oiseaux au petit matin éveillent des images dans nos esprits. Le bruit est intimement lié à la vie, il est inévitable; toute manifestation de vie est associée à un ou plusieurs sons.

Qu'est-ce que le bruit ?

C'est un ensemble de sons, certains plus agréables que d'autres, certains gênants, irritants ou franchement désagréables à notre oreille. Les bruits sont pour l'individu, comme pour de nombreux êtres vivants, des sources d'information vitales. Ils sont assimilés à des signaux (l'arrivée d'une voiture, d'une personne attendue ou de la pluie, par exemple) et avertissent d'une modification éventuelle de l'environnement. Si le bruit est non significatif ou trop puissant et répété, le stress issu sera néfaste et pourra engendrer des effets sur la santé physique et mentale (dont nausées, vertiges, malaises digestifs, fatigue, perturbations de la tension artérielle, etc.) et des troubles du sommeil.

L'oreille n'a pas de paupières

En effet, l'ouïe est en éveil permanent, comme l'olfaction, à la différence de la vue, du toucher ou du goût. L'oreille est un récepteur sensible à une bande de fréquences donnée et pour une zone d'intensité. Elle est très sélective, sachant dissocier les sons d'origines différentes. Les oreilles peuvent situer l'origine d'un bruit dans l'espace.

Elles peuvent aussi repérer un son particulier dans un environnement assez bruyant. La discrimination auditive

se situe entre le seuil de perception et le seuil de douleur. Pourtant notre appréciation des sons varie grandement, un troisième seuil correspond au seuil de gêne.

Le bruit a une influence complexe sur la qualité de vie. Un bruit peut apporter du plaisir, de la joie, un autre peut être gênant pour les uns, un troisième peut être désagréable pour tous, trop de bruit est néfaste pour la santé.

La gêne est très souvent considérée comme totalement subjective et pourtant, outre un côté individuel ou subjectif, la gêne comporte néanmoins des dimensions objectives et mesurables. Un bruit qui empêche la poursuite d'une conversation, un bruit qui perturbe le sommeil, le repos, l'étude, ... , que ce bruit consiste en de la musique ou le passage d'un avion à basse altitude, est reconnu comme gênant.

La gêne objective et subjective

Les bases objectives de la gêne sont identifiées comme le niveau sonore, la composition fréquentielle et l'évolution d'un bruit dans le temps.

La gêne suscitée par un même niveau de bruit peut varier en fonction de la sensibilité propre des personnes.

En effet, le bruit de passage d'un train est souvent mieux accepté que le bruit d'un avion, les voisins, le bruit de machines. Les composantes subjectives comprennent, outre cette sensibilité, des facteurs tels l'état de santé physique et mentale, l'état affectif et émotionnel, le profil socio-économique et culturel et le lien potentiel entre les personnes et la source de bruit.

Par exemple, les riverains d'une menuiserie industrielle ou d'un grand garage bruyant seront moins enclins à être dérangés par ce bruit si leurs revenus proviennent de cette entreprise.

Un bruit assez fort et gênant peut devenir imperceptible si on est attentif à un autre événement ou, au contraire, un bruit faible peut devenir intolérable (la goutte d'eau qui tombe dans l'évier) s'il perturbe une autre activité (le sommeil par exemple).

QUALITÉ DE LA VIE

Et la santé

Un excès de bruit peut avoir un effet temporaire ou permanent sur la santé. Parmi les effets néfastes du bruit sur la santé nous pensons directement aux troubles de l'audition. Une exposition répétée à un niveau de bruit supérieur à 75 décibels, pendant plus de 8 heures consécutives, risque de provoquer une surdité irréversible. Comme point de comparaison, un niveau de bruit de 65 décibels perturbe une conversation. Le niveau de bruit mesuré dans des discothèques se situe en moyenne entre 95 et 110 décibels sur la piste de danse. A partir de 110 décibels, une surdité immédiate et irréversible peut survenir. De nombreux musiciens professionnels font état d'une surdité liée à leur activité, l'importance de la déficience auditive est à mettre en relation avec le type d'instrument, la place dans l'orchestre, le type de musique et l'ancienneté.

Un environnement bruyant provoque stress, irritabilité, troubles du sommeil, diminution des performances intellectuelles, de la concentration, des capacités d'apprentissage et de la mémoire. Une exposition prolongée à un niveau de bruit élevé engendre des troubles cardio-vasculaires, une augmentation des risques d'infarctus et des troubles hormonaux. A long terme, il y a apparition de fatigue physique et nerveuse, d'insomnies, d'anxiété, de stress, d'un comportement agressif ou dépressif. Pour exemple, le bruit mesuré dans une cafétéria d'école avoisine celui d'une menuiserie industrielle, il n'est pas surprenant de remarquer qu'un délai d'environ 2 heures est nécessaire aux écoliers et à leurs enseignants, pour récupérer de la fatigue issue d'une telle exposition. Par ailleurs, l'habituation n'est qu'apparente; les effets sur la santé agissent aussi longtemps que le bruit persiste même durant le sommeil.

Un projet de plan de lutte contre le bruit

Les habitants de la Région de Bruxelles-Capitale ont été sollicités, ce printemps (février à avril 1999), pour

manifestar leur intérêt à la problématique du bruit en ville dans le cadre d'une enquête publique. Un avant-projet de plan d'action a été approuvé par le gouvernement régional. En effet, la réglementation concernant la lutte contre le bruit est en pleine évolution. Une directive européenne est par ailleurs en préparation. Le parlement de la Région de Bruxelles-Capitale a adopté, le 17 juillet 1997, une nouvelle ordonnance de lutte contre le bruit. Cette ordonnance prévoit (1) le développement de réglementations spécifiques, (2) l'élaboration d'un projet de plan d'actions sur proposition des administrations régionales respectivement chargées de l'environnement (Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement, IBGE), des transports et des travaux publics (Administration de l'Équipement et des Déplacements, AED) et (3) la possibilité pour les citoyens de demander l'étude de sites problématiques.

Comment la problématique du bruit est-elle abordée en Région de Bruxelles-Capitale ?

Le projet bruxellois de plan de lutte contre le bruit couvre les bruits structurels c'est-à-dire liés à la circulation et aux modes de déplacement (voiture, train, avion, etc.) et les bruits conjoncturels c'est-à-dire liés à des événements localisés, ponctuels ou récurrents comme les bruits de voisinage, de marchés, de loisirs ou liés à des entreprises et chantiers. Il se base sur une approche intégrée, impliquant aussi bien les aspects mesurables que non mesurables d'une politique de moindre bruit. Les objectifs du plan visent à améliorer la qualité de l'environnement sonore. Ils sont compatibles avec le droit des citoyens de vivre dans un environnement sain et tiennent compte de la réalité technico-économique de la vie en ville. Il ne s'agit certes pas de nier la réalité urbaine et les activités qui y sont associées (mixité des fonctions, richesse et diversité des cultures et des comportements). Ainsi, des objectifs de qualité chiffrés se basant sur les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé ont été définis comme guides pour atteindre une situation satisfaisante.

Les points forts du plan

Responsabiliser tous les acteurs concernés par le bruit (organismes publics, privés, ménages et individus), par le développement de partenariats, la participation des acteurs privés et une réelle transparence.

Appliquer une hiérarchie des principes d'action: il convient de prévenir l'apparition ou l'augmentation du bruit plutôt que d'essayer d'en réduire la propagation par des murs ou des écrans, en dernier recours il conviendra de protéger les habitants (une distribution de « boules Quiès » devrait être la dernière solution envisageable).

Développer une approche multi-disciplinaire de la problématique du bruit. Le développement d'une méthodologie objective pour poser les diagnostics, (procéder aux évaluations de la situation et des solutions à mettre en œuvre) doit prendre en compte les aspects acoustiques et objectifs de la mesure du bruit mais aussi les approches sociologiques de la gêne, la participation des acteurs dans la recherche de solutions, les facteurs comportementaux et subjectifs.



Photo © : Alexandre Muylle/Question Santé

Intégrer une approche multi-instrumentale cohérente, divers instruments sont complémentaires tels l'expertise technique et scientifique, l'information, la formation, l'éducation et la sensibilisation de tous les acteurs, la mise en œuvre de la réglementation existante et son développement, les investissements publics et le recours à des instruments économiques (taxes, subsides, primes,...).

Pourtant la méconnaissance des effets de l'excès de bruit sur la santé est réelle

Suite à l'enquête publique, il est particulièrement intéressant de remarquer d'une part l'importance de la réaction des habitants, et d'autre part la méconnaissance du problème et le fatalisme des individus. Cette situation se traduit par des attitudes très différentes. Soit la gêne est excessive et provoque des réactions telles l'interruption d'un concert suite à des plaintes du voisinage. Soit la méconnaissance des conséquences d'une exposition au bruit peut provoquer des séquelles auditives importantes. Des enquêtes récentes estiment que la perte d'une partie de l'audition des adolescents est liée à une exposition volontaire à des niveaux de bruit excessifs (baladeurs, concerts, discothèques). Par ailleurs, certains groupes de musique refusent de jouer si l'amplification n'atteint pas des niveaux sonores de 100 décibels. Le fatalisme de certains constitue un autre type de réaction face à des situations trop bruyantes. Néanmoins, les responsabilités sont partagées. L'automobiliste n'est gêné par le bruit du trafic que lorsqu'il est chez lui et il l'est rarement lorsqu'il circule. Le développement d'une politique intégrée de moindre bruit ne peut se baser uniquement sur une approche technique (mesures du niveau de bruit, modélisation, utilisation de silencieux et construction de protections acoustiques). Le volet humain est très important, il est lié au comportement des gêneurs et des gênés. Il nécessite une sensibilisation de l'ensemble des individus et une identification des responsabilités de chacun.

Le bruit n'est pas que pollution, il intervient comme signal de danger, de plaisir,... C'est un problème inhérent à la vie en société qui demande la conscientisation et la participation de tous. ■

Catherine Bouland

*Observatoire de l'Environnement statistique,
Développement durable et Santé
Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement*

*Gulledelle, 100
1200 Bruxelles
Tél.: 02/775.75.11*

Vous êtes acteur de terrain dans une action de santé? Participez au 2ème prix européen de Promotion de la Santé (1999-2000).

- 1) Demandez un dossier de candidature en téléphonant au préselectionneur de votre pays (Anne-Sylvie Ladmiraat ULB-Ecole de Santé Publique) le matin au 02/555.40.41
- 2) Remplissez et envoyez votre dossier de candidature avant le 30 novembre 1999

Un comité de préselection dans chaque Etat Membre étudiera les dossiers et en sélectionnera entre 1 et 5 selon le pays. Ces dossiers finalistes seront envoyés aux membres du jury européen.

Le jury européen étudiera les dossiers finalistes et en sélectionnera trois.

- 3) Trois prix de 14000 euros chacun seront attribués pour continuer ces actions. Un de ces prix est réservé à une action auprès des populations «défavorisées». Par ailleurs, le jury sélectionnera des actions qui figureront dans un catalogue de «bonnes pratiques» en promotion de la santé en Europe.

Equilibre, un cycle de formation pour les intervenants en contact avec les personnes âgées

Le projet Equilibre aborde la thématique du vieillissement avec pour angle d'approche la prévention des chutes à domicile. La prévention des chutes pose d'emblée les questions de l'autonomie, du vieillissement, de la santé mentale et du lien social.

La formation s'adresse tant aux intervenants du réseau associatif qu'aux services communaux qui ont le troisième âge, la santé ou l'action sociale dans leurs attributions: aides familiales et ménagères, infirmier(e)s, assistant(e)s sociales/aux, ... toute personne en relation professionnelle avec les personnes âgées.

Un programme de formation s'est déjà déroulé à Bruxelles, d'octobre 1997 à juin 1998. Il a mis en évidence certains besoins pour les professionnels intervenants à domicile et en contact avec les personnes âgées: besoin de ressourcement, d'échanges, d'approfondissement, de reconnaissance, de coordination du travail, etc. Il a aussi mis en lumière l'importance de cette problématique encore trop peu explorée à ce jour.

Sur base de cette évaluation, l'initiative de Question Santé se poursuit à partir d'octobre 1999 jusqu'en juin 2000, avec le soutien de la Commission communautaire française.

L'approche développée considère la personne vieillissante dans sa globalité et dans son environnement: humain

(les proches ainsi que les professionnels) et matériel (lieu de vie quotidien, intérieur comme extérieur).

Le programme apporte des données théoriques sur le vieillissement mais propose également des exercices concrets, laisse la place au questionnement des participants, tente de favoriser les échanges et d'apporter des pistes d'action.

Il se compose de trois modules de base organisés d'octobre 1999 à juin 2000 au Centre local de promotion de la santé de Bruxelles;

inscription: **1000 bef/module:**

– **Vieillesse** : 5 séances (3h) en octobre, novembre et décembre 1999

Formateur: Guy Dargent, médecin, diplômé en santé publique et en sciences économiques appliquées, consultant en santé publique.

– **Environnement intérieur et extérieur** : 5 séances (3h) en janvier, février, mars 2000

Formateurs:

° Martine Bantuelle, directrice d'Educa-Santé, licenciée en politiques économique et sociale, implantation de programmes, stratégie, évaluation.

° Bernard Petit, kinésithérapie, ergothérapie, gérontologie sociale, sciences de l'éducation; coordinateur pédagogique de formations qualifiantes en alternance (Sysfal)

° Pascale Thys, asbl Habitat et Participation, chargée de recherches et de formations dans les domaines du développement local urbain et rural, de l'habitat et des formes d'exclusion ainsi que du droit au logement

– **Communication** : 5 séances (3h) en avril, mai, juin 2000
Formateur: Martine Grosjean, consultante en gérontologie, responsable de maisons de repos.

Pour plus d'information sur ces modules, un dépliant est disponible à Question Santé (02/512 41 74), personne de contact: Bénédicte Meiers.

16 décembre 99, de 9h à 17h au Centre Culturel d'Auderghem : «L'acteur de la santé face aux mutations actuelles.»

Renseignements : Carine Vandeveld - Serena Bergamini
asbl Solidarités Nouvelles

rue de la Porte Rouge, 4

1000 Bruxelles

Tél. : 02/512 71 57 - 02/512 02 90

Bibliographie thématique

(sélection effectuée par Henri Amzel/Question Santé)

A l'approche du musée : la médiation culturelle / Caillet E., Lehalle E. - Presses Universitaires Lyon, 1996. - 304 p. - *livre*

Contre violence et mal-être. La médiation par les élèves / Diaz B., Liatard Dulac B. - Nathan, 1998. - (Les pratiques de l'éducation. Collège). - 95 p. - *livre*

Culture, médiation, société : témoignages et investigation en France. - Les Presses du Réel. - (Art et Société). - 300 p. - *livre*

Cultures, médiations. - Eres, 1999-02. - (Enfances & Psy; 6). - 144 p. - *livre*

Dynamique de la médiation / Six J.-F. - Desclee De Brouwer, 1995. - (Culture de Paix). - 288 p. - *livre*

Elites et médiations dans le monde interculturel / Rouge J.-R. - Presses Universitaires Paris Sorbonne, 1996. - 150 p. - *livre*

Entre révolte et médiation : de nouveaux acteurs sociaux les outsiders / Cannat N. - L'Harmattan, 1998. - 230 p. - *livre*

La médiation / Guillaume Hofnung M. - PUF, 1995. - (Que Sais-je ?). - *livre*

La médiation : une justice douce / Bonafe Schmitt J.-P. - Syros, 1992. - (Alternatives sociales). - 280 p. - *livre*

La médiation de l'étranger : une approche sociale / Peeters J. - Université d'Artois, 1999. - *livre*

La médiation familiale / Topor L. - PUF, 1992. - (Que Sais-je ?). - *livre*

La médiation politique / Lamizet B. - L'Harmattan, 1998. - 416 p. - *livre*

La vertu du conflit : pour une morale de la médiation / Hunyadi M.. - Cerf, 1995. - 120 pages. - *livre*

Le corps et l'eau : une médiation en psychomotricité / Potel C. - Eres, 1999. - 176 p. - *livre*

Le médiateur / Delpere F. - Etablissements Emile Bruylant, 1996. - *livre*

Le sens des pratiques culturelles : pour une éthique de la médiation / Caune J. - PUG, 1999. - 288 p. - *livre*

Les médiateurs interculturels dans le monde anglophone / Rouge J.-R. - Presses Universitaires Paris Sorbonne, 1995. - 172 p. - *livre*

Médiation en travail social : reconstruire les liens / Freynet M.-F. - Chronique Sociale, 1995. - (Comprendre la société). - *livre*

Médiation familiale : regards croisés et perspectives / Bonnoure Auffer P., Babu A. - Eres, 1997. - (Trajets). - 272 p. - *livre*

Une protection des droits plus proche des citoyens : le médiateur... - Conseil de l'Europe, 1999. - (Etudes et travaux). - 118 p. - *livre*

COMMENT RECEVOIR BRUXELLES SANTE ?

VOUS AVEZ LU CE NUMERO DE BRUXELLES SANTE ET VOUS SOUHAITERIEZ OBTENIR LES PROCHAINS NUMEROS...

RIEN DE PLUS SIMPLE:

- VOUS NOUS PASSEZ UN COUP DE FIL AU 02/512.41.74
- VOUS NOUS ENVOYEZ UN COURRIER (ASBL QUESTION SANTE - 72 RUE DU VIADUC A 1050 BRUXELLES) EN MENTIONNANT VOS NOM ET ADRESSE A LAQUELLE VOUS SOUHAITEZ L'ENVOI
- VOUS NOUS ENVOYEZ UN FAX (02/512.54.36) AVEC LES MEMES DONNEES.

DES RECEPTION DE VOTRE DEMANDE, NOUS VOUS AJOUTONS A NOTRE FICHER DE LECTEURS.

Secrétariat de rédaction :
Françoise Kinna

Comité de rédaction :

Dr Robert Bontemps
Alain Cherbonnier
Thierry Lahaye
Dr Roger Lonfils
Solveig Pahud
Dr Aldo Perissino
Dr Patrick Trefois

Graphisme :
Carine Simon

Avec le soutien de
la Commission communautaire française
de la Région de Bruxelles-Capitale.



Une réalisation de l'asbl Question Santé
Tél. : 02/512 41 74 Fax : 02/512 54 36
E-Mail : question.sante@skynet.be



Editeur responsable : Dr P. Trefois,
72 rue du Viaduc - 1050 Bruxelles

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

DANS NOTRE PROCHAIN NUMÉRO : Des
projets santé à l'école.