

BRUXELLES SANTÉ

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°8 - décembre 97

N°8



Sommaire

- 2 à 4** **En direct de...**
- *Mais où sont les usagers ?*
- *D' un nécessaire « empowerment » du consommateur*
- *3 associations de patients*
- 5 à 8** **Autant le savoir**
Répartition des compétences en matière de santé et de bien-être pour les seniors actifs à Bruxelles
- 9** **A la recherche de...**
La santé des femmes dans la communauté européenne
- 10 à 16** **Dossier**
Système de santé et services aux usagers: les institutions publiques compétentes en matière de santé
- 17 - 18** **Initiatives**
- *L' I.B.G.E.*
- *L' Institut scientifique de la santé publique-Louis Pasteur*
- *L' Observatoire de la santé à Bruxelles*
- 19** **A propos de...**
L' usager inconnu du système de santé
- 20** **Formations**



Bureau de dépôt
Bruxelles 5

BELGIQUE
P. P.
1050 BRUXELLES 5
1/6233

En direct de...

Promouvoir la santé, c'est aussi donner à l'individu les moyens d'agir afin d'améliorer sa santé. C'est encore lui donner les moyens d'accéder aux soins de santé.

Lorsqu'on consulte les textes produits lors de grandes manifestations internationales, on retrouve couramment diverses mentions soulignant le rôle à conférer aux usagers et le pouvoir qui devrait être le leur dans les processus d'organisation des systèmes de santé.

Mais où sont les usagers ?

La Charte d'Ottawa signale que les participants de la conférence d'Ottawa s'engagent notamment «à reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leur famille et leurs amis; ils s'engagent également à accepter la communauté comme le principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être; (...) à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé, et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est plus important, avec la population elle-même».

Les buts de la santé pour tous de l'OMS évoquent - très brièvement- le rôle de l'utilisateur. Voici par exemple un fragment issu du but 26: «(...) pour faire en sorte que les besoins et les intérêts des consommateurs soient pris en compte dans la planification et la prestation des soins de santé primaires». Le but 31 évoque l'assurance de la qualité des soins, qui est évidemment une attente de base de la part des usagers.

La participation des populations est un élément constitutif du concept de promotion de la santé. Plus récemment est apparu le concept d'empowerment, qui recouvre des processus au cours desquels l'autonomie des individus est recherchée.

Dans la réalité de notre système de santé, force est pourtant de constater que les initiatives et structures développant les aspects participatifs des usagers sont encore rares.

D'un nécessaire «empowerment» du consommateur en matière sanitaire

Le marché des soins de santé se caractérise par un réel manque d'informations du consommateur (le patient) qui lui permettent de faire un choix «rationnel». «Le patient-consommateur a de la difficulté à définir, à comprendre et à savoir de quel type et de quelle quantité de prestations et de services il a effectivement besoin et lesquels résoudront «au mieux» ses problèmes de santé. Le patient-consommateur ne connaît pas le prix des différentes prestations, (...), soit parce qu'il n'est pas informé sur l'utilité ou l'efficacité d'une prestation par rapport à une autre, soit parce que les coûts seront pris en charge par un tiers payant ou garant, c'est-à-dire, par les assurances sociales ou privées». Il est donc temps de reconnaître au patient une dignité «qui dépasse les seuls automatismes du marché économique et financier (...) en lui donnant du pouvoir culturel par des interventions et des outils informatifs qui visent globalement une augmentation du savoir et une diminution de son incertitude par la promotion: d'une meilleure autogestion de la santé, d'un accès plus éclairé à la consommation de prestations et à l'utilisation des services et d'une attitude plus «adulte» dans le rapport envers les professionnels de la santé». ¹

Or, aujourd'hui, il semble que les décideurs politiques, confrontés à une courbe exponentielle des dépenses en santé, soient plus enclins de tenter de réduire la gestion malheureuse de certains systèmes de santé. La mise en oeuvre d'une politique de diffusion d'informations de qualité, à l'usage du citoyen, paraît toutefois urgente. Celle-ci permettra aux individus de gérer leur santé de manière plus autonome et d'accéder en meilleure connaissance de cause aux prestations de soins, c'est-à-dire à l'utilisation plus éclairée des services.

«L'objective faiblesse culturelle et contractuelle du consommateur en matière sanitaire, sa vision mythique de l'efficacité de la médecine, la délégation poussée des compétences à des professionnels souvent soumis à des «conflits d'intérêt» et exerçant un art largement incertain, sont les déterminants qui posent l'«empowerment» du consommateur comme élément supplémentaire de

régulation du système de soins et de meilleure adéquation des prestations et des services aux besoins.»¹

«EMPOWERMENT» DU CONSOMMATEUR¹

Champ d'application

AUTOGESTION DE LA SANTÉ	Promotion de la santé (facteurs de risque, prévention, etc.)
	Automédication simple
ACCES PLUS ÉCLAIRÉS AUX SOINS	Information sur: «mécanismes» et organisation du secteur sanitaire, efficacité et incertitude de la médecine et des professionnels
	Promotion du «Deuxième Avis» médical
	Diffusion publique d'études et des résultats des contrôles de qualité et de l'adéquation
	Création de centres informatifs
ATTITUDE «ADULTE» ENVERS LES PROFESSIONNELS	Droits (notamment «des patients»)
	Promotion de la perception que la totalité de la «facture» sanitaire est payée directement et/ou indirectement par le consommateur ■

¹ «De l'éthique de l'ignorance au pouvoir des consommateurs», Gianfranco Domenighetti, Université de Genève et Département des Affaires Sociales, Canton du Tessin, Suisse, in *International Association of Health Policy, Au-delà des soins: pour des politiques de santé, 9e Congrès Montréal, 13-16 juin 1996*

Entraide Santé Plurielle: un ballon d'oxygène

Personne ne devrait être empêché de se soigner pour des questions d'argent. Pourtant de plus en plus de personnes disent qu'il leur est arrivé de ne pas appeler le médecin alors qu'elles savaient en avoir besoin, pour des questions d'argent. Nombre de personnes qui font appel au médecin ne peuvent suivre ses prescriptions, par manque d'argent.

Une enquête menée auprès des usagers du C.P.A.S. de Saint-Gilles a révélé que, pour plus de 63% des personnes interrogées, les raisons du non-recours à l'ophtalmologue ou l'opticien en cas de besoin sont liées au manque d'argent et/ou à la lourdeur des procédures d'intervention. Ce constat est lourd de signification dans la mesure où il s'agit là de soins qui engagent l'avenir de la personne.

Selon une enquête INUSOP réalisée pour le Ministère des Affaires Sociales, quelque 12% de l'ensemble de la population se sent atteint par la mesure qui a mis fin au système du tiers payant en médecine ambulatoire. Parmi ceux-ci, 60% postposent certaines dépenses de santé, 11% ne recourent plus aux services d'un spécialiste et 8% ne recourent plus aux prestations d'un généraliste. Dans la période actuelle, nous assistons, au travers des restrictions qui affectent le système de la Sécurité Sociale, à une diminution des remboursements de certains frais et à un renforcement du système du ticket modérateur tels, que l'accès aux soins de santé n'est plus un droit égalitaire mais discriminatoire, en contradiction avec les articles 22 et 25 de la Déclaration Universelle des droits de l'Homme et l'article 23 de la Constitution Belge.

C'est sur base de ce constat et grâce à l'aide de l'équipe de la Maison Médicale Santé Plurielle de Saint-Gilles, que «Entraide Santé Plurielle» est née. Créée et gérée par un groupe de patients, tous bénévoles, elle tente d'apporter une réponse modeste mais directe au problème des patients dans l'impossibilité de supporter leurs frais de soins de santé. Comment? En étudiant l'aspect financier du dossier et en intervenant directement dans le paiement du montant dû au prestataire de soins (le médecin, l'hôpital,...). Une fois la prestation réglée par l'association, il est alors décidé avec le patient de la manière la plus adéquate de rembourser cette intervention : quel rythme convient le mieux au patient et quelles sont ses possibilités réelles de remboursement (un remboursement de 100 frs. par mois tous les mois

est de loin préférable à un remboursement mensuel de 1.000 frs. pendant deux mois et puis ...plus rien!).

Donc, pas d'intérêts, pas de frais d'ouverture de dossier ou de gestion,... seul le montant de la facture de soins (ou le montant de l'intervention demandée) est remboursé à l'association. L'argent remboursé retourne directement alimenter le fonds social de l'association et permet ainsi d'intervenir à nouveau pour un autre membre en difficulté.

Aujourd'hui, l'Entraide Santé Plurielle, c'est plus de 80 membres cotisants après 10 mois à peine d'activité, soit près de 9 nouveaux membres par mois. Toutefois, la cotisation étant symbolique (30 frs. par mois par personne, avec un maximum de 100 frs. par famille de 4 personnes et plus), le montant des cotisations versées est loin d'être suffisant pour alimenter le fonds social de l'association. C'est pourquoi, non seulement, nous faisons appel aux généreux donateurs privés et publics mais également, nous organisons des activités (brocantes, soirées, repas, ...), destinées à récolter les fonds manquants.

Enfin, Entraide Santé Plurielle, c'est également et surtout une équipe de bénévoles dynamiques et chaleureux, toujours prêts à donner un peu (ou beaucoup) d'eux-mêmes pour concrétiser l'esprit d'Entraide: celui de la solidarité. ■

Philippe STEFANO

*Entraide Santé Plurielle asbl
Rue de la Victoire, 110
1060 Saint-Gilles
Tél. et Fax : 02/538.51.36*

Un objectif: aider les victimes d'erreurs médicales

L'erreur médicale existe, c'est évident. Les médecins d'ailleurs s'en protègent par diverses assurances professionnelles. Pourtant, il semble particulièrement difficile pour celui qui en est victime de la faire reconnaître en tant que telle, pire de s'en voir dédommager. L'exemple des Etats-Unis effraie ! Une asbl s'est créée depuis peu (octobre 1996) qui vise à soutenir juridiquement et moralement les victimes de telles erreurs: l'asbl «Erreurs Médicales».

Comme c'est malheureusement bien souvent le cas, l'initiative émane d'une personne qui a eu à souffrir

cruellement d'une telle erreur. L'objectif de l'association n'est pas de mener une croisade contre le corps médical mais bien contre les abus, les dérives et les pratiques commerciales. L'équipe - composée uniquement de bénévoles - offre ses services à toute personne, directement ou indirectement, victime d'une erreur médicale. Cela va de l'aide morale, en passant par la guidance juridique et sociale, l'orientation médicale ou encore l'aide dans l'accomplissement des démarches utiles.

Bon nombre de victimes d'erreurs médicales méconnaissent leur droit ou renoncent à se battre par manque de moyens financiers. Un procès coûte cher - en moyenne 500.000 Fb - et la justice est lente. Il est dès lors souvent tentant d'accepter un accord à l'amiable. L'asbl «Erreurs Médicales» refuse cet état de fait et vise, par son action, à :

- la reconnaissance de l'erreur médicale
- l'accès au dossier médical
- l'établissement d'un dialogue entre patients, proches de la victime et médecins.

Le siège bruxellois s'est aujourd'hui élargi par la création d'une antenne à Charleroi. D'autres devraient suivre sous peu. ■

Christian Van Cauteren

*Erreurs Médicales asbl
Rue des Fabriques, 32A
1000 Bruxelles
Tél.: 02/514.31.91*

Un Patchwork, pour prévenir du sida et se souvenir de ses victimes

L'un des principaux obstacles à l'adoption de comportements sans risques par le public est la difficulté que celui-ci rencontre à s'identifier aux victimes de la maladie. En effet, si l'ampleur et les mécanismes de transmission de l'épidémie sont régulièrement évoqués, ce discours reste théorique pour nombre de destinataires de celui-ci (particulièrement les couches les plus jeunes de la population).

D'autre part, son contexte reste trop souvent grevé de tabous réducteurs et exclusifs.

C'est face à ce double constat que l'association PATCHWORK propose une approche originale de la prévention contre le SIDA et du souvenir de ses victimes. En effet, elle propose au public atteint au travers du décès de proches de saluer leur mémoire par la confection d'un panneau de tissu évoquant librement le souvenir de la victime.



La réalisation d'un panneau commémoratif permet aux proches de franchir un pas important dans leur processus de deuil personnel. Par ce biais, ils délivrent enfin un message d'affection souvent retenu dans une société où SIDA reste trop souvent synonyme de honte et d'exclusion.



D'autre part, ces panneaux - une fois assemblés - sont périodiquement déployés en des lieux publics à des fins de prévention. Face à l'évocation de ces destinées à la fois si différentes et si personnellement évoquées, le visiteur ne peut que s'imaginer finir par trouver un ami, une collègue... L'abstraction laisse alors place à l'expérience personnelle et un état d'esprit réceptif est créé pour un message de prévention.

Concrètement, l'association PATCHWORK propose au public informations, conseils et un atelier équipé de façon à l'aider dans la réalisation d'un panneau commémoratif. Constituée de bénévoles, elle assure d'autre part la visibilité des panneaux par des déploiements réalisés lors d'occasions choisies.

Un dépliant de présentation de l'association et de ses activités est disponible sur simple demande.

Les professionnels de la santé constituent en ce sens un précieux relais. ■

Xavier Vandermeersch

*Patchwork Asbl
Avenue Albert 152/28
1190 Bruxelles
Tél. et Fax: 02/345.83.76*

Autant le savoir

RÉPARTITION DES COMPÉTENCES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE POUR LES SENIORS ACTIFS À BRUXELLES

Matière	Compétence	Responsable	Base légale	Remarque
Maisons de repos • Francophone • Bicommunautaire	Commission Communautaire Française (CCF)	Ch. Picqué	Décret de la Communauté Française du 10/05/84 Règlement de l'Assemblée de la CCF du 17/12/93 Règlement de l'Assemblée de la CCF du 17/12/93	Procédure Normes
	Inami	M. de Galan		Pour les prestations de soins (agrément Inami)
	Commission Communautaire Commune (CCC)	R. Grijp D. Gosuin	Ordonnance du 20/02/92 Arrêté du Collège réuni du 14/03/96	
	Inami	M. de Galan		Pour les prestations de soins (agrément Inami)
Maisons de repos et de soins • Francophone • Bicommunautaire	Commission Communautaire Française	E. Tomas	Arrêté Royal du 02/12/82	
	Inami	M. de Galan		Pour les prestations de soins (agrément Inami)
	Commission Communautaire Commune	H. Hasquin J. Chabert	Arrêté Royal du 02/12/82	
	Inami	M. de Galan		Pour les prestations de soins (agrément Inami)
Centre d'accueil de jour • Francophone • Bicommunautaire	Commission Communautaire Française	Ch. Picqué	Arrêté de l'Exécutif de la Communauté Française du 29/04/91	2 associations sont agréées: Malibrant et Aegidium
	Commission Communautaire Commune	R. Grijp D. Gosuin	Une ordonnance cadre est en préparation concernant l'Aide aux personnes avec un chapitre pour les personnes âgées	Une association est subventionnée : Soleil d'Automne (s'occupe des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer)

Matière	Compétence	Responsable	Base légale	Remarque
Service d'aide aux familles et aux personnes âgées • Francophone • Bicommunautaire	Commission Communautaire Française Commission Communautaire Commune	Ch. Picqué R. Grijp D. Gosuin	Arrêté du Collège de la CCF du 23/03/95 Arrêté du Collège de la CCF du 13/04/95 Arrêté Royal du 01/08/75 Arrêté du Collège réuni du 16/12/93	Agrément et subvention Tarification
Aide aux activités de la vie journalière	Commission Communautaire Commune	R. Grijp D. Gosuin	Arrêté du Collège du 21/10/93	Le Collège réuni a pris 5 arrêtés (voir M.B. du 23/12/93)
Service de Télé-Vigilance	Commission Communautaire Française	Ch. Picqué	Arrêté du Collège de la CCF du 23/03/95	
Revenu minimum garanti pour personnes âgées	Fédéral	M. Colla	Loi du 01/04/69 A.R. du 29/04/69	
Système des pensions	Fédéral	M. Colla	- Pension secteur public Loi du 21/07/1844 Loi du 15/05/1984 - Pension secteur privé Arrêté n°50 du 24/10/67 A. modificatif du 23/12/96 Arrêté modificatif du 21/12/67	Concerne les femmes
Système des prépensions	Fédéral	M. Smet	- Pension indépendant Arrêté n°38 du 27/07/67 Prépension conventionnelle A.R. du 20/08/86 Loi du 03/04/95 Prépension à mi-temps A.R. du 17/11/93 Loi du 30/03/94	
Soins à domicile • Prestations de soins (médecins - kinés - infirmières - dentistes) • Centre de coordination de soins et services à domicile • Subventions aux associations et groupements de services de soins à domicile • Subventions aux associations et groupements de services de soins à domicile	Inami Commission Communautaire Française Commission Communautaire Française Commission Communautaire Commune	M. De Galan E. Tomas E. Tomas H. Hasquin J. Chabert	Loi relative aux soins de santé et indemnités coordonnées 14/7/94 Décret de la Communauté Française du 19/06/89 Arrêté Royal du 27/12/50 Arrêté Royal du 27/12/50	Un décret devrait être pris dans les prochains mois
Soins palliatifs • Soutien des expériences de soins palliatifs	Inami	M. De Galan	Arrêté Royal du 14/07/94 modifiant l'Arrêté Royal du 19/08/91 fixant les (...)	Ce secteur est actuellement soumis à l'examen dans le cadre de la conférence (...)

Matière	Compétence	Responsable	Base légale	Remarque
<ul style="list-style-type: none"> • Soutien et encouragement des associations en matière de soins palliatifs • Soutiens ponctuels des initiatives s'inscrivant dans le cadre de la médecine préventive et de l'éducation à la santé • Agréation des associations en matière de soins palliatifs <p>- Normes</p> <p>- Financement</p>	Commission Communautaire Française	E. Tomas	(...) conditions sans lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité peut être accordée dans le coût des expériences de soins palliatifs Arrêté du Collège du 26/09/96	(...) interministérielle de la santé. Un décret devrait être pris dans les prochains mois
	Communauté Française	L. Onkelinx		
	Ministère de la santé publique	M. Colla	Arrêté Royal du 19/06/97	
	Inami	M. De Galan	Arrêté Royal du 19/06/97	
Culture	Communauté Française	Ch. Picqué	Arrêté Royal du 16/07/71 Décret du 08/04/76	Concerne les organisations d'éducation permanente. Il n'existe pas de législations. De nombreux projets sont subventionnés. Un règlement spécifique relatif à l'éducation permanente est en voie d'approbation
	Commission Communautaire Française	D. Gosuin		
Logement				
Allocations de déménagement, d'installation et de loyer en faveur des personnes âgées ou handicapées	Région de Bruxelles-Capitale	E. Tomas	Arrêté Royal du 13/03/89	
Location de logements sociaux	Région de Bruxelles-Capitale	E. Tomas	Arrêté du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale du 26/09/96 Arrêté du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale du 13/03/97	Voir Section 3 de l'Arrêté
Primes à la rénovation de l'habitat au bénéfice d'associations œuvrant à l'insertion par le logement	Région de Bruxelles-Capitale	D. Gosuin	Arrêté du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale du 04/07/96	Voir art. 4 pt. 3b

D'autres services touchent le public des personnes âgées : les Services de Santé Mentale, les Maisons Médicales, etc.

La santé des femmes dans la Communauté européenne

«*L'état de la santé des femmes dans la Communauté européenne*», deuxième rapport du genre*, publie un certain nombre de données sur la santé des femmes de la Communauté européenne. Il se décline en huit chapitres et souligne les différences et les similitudes existant au sein des Etats membres et entre eux.

Tendances principales

La Communauté européenne compte 191 millions de femmes, ce qui représente 51,2% de sa population. Si ce pourcentage ne varie pratiquement pas entre les Etats membres, il en va tout autrement lorsqu'il est considéré selon les tranches d'âge. On compte, en effet, 95 femmes pour 100 hommes dans le groupe des moins de 20 ans, alors que chez les octogénaires, elles sont 221 femmes pour 100 hommes.

La vie des européennes s'est considérablement modifiée au cours des trois dernières décennies. Leur taux d'activité s'est largement accru, entraînant par la même occasion, une augmentation du taux de chômage, nettement supérieur à celui des hommes. L'âge moyen au premier mariage et l'âge à la première naissance ont reculé pour atteindre respectivement 26,1 et 28,6 ans. Le nombre de mariages a diminué de près de 1/3 depuis 1960, alors que le taux de divorces doublait pratiquement dans le même temps.

En ce qui concerne leur santé, les femmes de la Communauté européenne semblent particulièrement bien loties. Elles jouissent d'un niveau de santé élevé, leur espérance de vie a constamment augmenté et atteint, aujourd'hui, 80 ans. Cette moyenne masque toutefois quelques variations significatives entre les Etats membres, qui vont de 81,9 ans en France à 77,8 au Danemark. Quoiqu'il en soit, les européennes se déclarent à 62% en bonne ou en très bonne santé, même si près d'une femme sur quatre rapporte des limitations de ses activités journalières, dans une certaine mesure (17,3%) ou sérieusement (6,3%), par suite d'une maladie de longue durée.

Tous groupes d'âges confondus, les causes les plus fréquentes de décès chez les femmes sont les maladies de l'appareil circulatoire, responsables de 43% de tous

les décès, et le cancer, qui représente 26% des décès. Si l'on distingue par tranche d'âge, ce sont les accidents de véhicules à moteur qui constituent la cause principale de mortalité des femmes de moins de 30 ans, et les suicides pour le groupe des 30-34 ans (6,24 pour 100.000). Les «cancers féminins» tels que ceux du sein et du col de l'utérus, sont la principale cause de décès des femmes de 35 à 64 ans. Pour les femmes âgées (65 ans et plus), les maladies de l'appareil circulatoire sont responsables approximativement de la moitié de tous les décès dans ce groupe d'âge.

L'analyse des principaux facteurs de risque de mortalité prématurée (décès avant l'âge de 65 ans) conclut au rôle du tabagisme, de la consommation (excessive) d'alcool, des mauvaises habitudes alimentaires et du manque d'activité physique. Si l'on n'a aucune donnée quant à la consommation moyenne d'alcool par les femmes au niveau communautaire, on sait que près de 28% d'entre elles fument. Le Danemark et le Portugal se distinguent, à cet égard, avec un taux très élevé (42%) pour le premier et très faible (12%) pour le second.

Le dernier chapitre est consacré à l'étude d'un certain nombre de problèmes de santé émergeant chez les femmes: les troubles du comportement alimentaire, le sida, les affections cardiaques, l'ostéoporose, etc.

En conclusion

La santé des femmes européennes est bonne, même si elle suscite encore des inquiétudes. Un grand nombre d'européennes estiment ne pas avoir un mode de vie sain, parce qu'elles fument, boivent, mènent une vie sédentaire et ont un régime alimentaire mal équilibré. La combinaison de ces facteurs contribue à l'invalidité, à la morbidité et la mortalité prématurée (avant 65 ans). Chez les personnes âgées, l'une des principales préoccupations est l'augmentation de l'incidence de l'ostéoporose.

Le rapport conclut en soulignant l'importance de reconnaître l'existence de problèmes de santé spécifiques aux femmes. ■

* Le premier remonte à 1994 et offre une vue d'ensemble sur l'état de la santé dans la Communauté européenne.

Source: «*Rapport de la Commission au Conseil, au Parlement Européen, au Comité Economique et Social et au Comité des Régions sur l'état de la santé des femmes dans la Communauté européenne*», Commission des Communautés Européennes, Bruxelles, 22.05.97

Systeme de santé et services aux usagers

La santé n'a pas toujours connu le même intérêt, la même préoccupation du politique. Fin du 19ème siècle, par exemple, les gouvernants ne se préoccupent réellement que des mesures de quarantaine à prendre, pour faire face aux grandes épidémies telles que le choléra ou la peste. Il faut attendre 1934 et la création de la «section santé» de la Société Des Nations (S.D.N.) pour avoir une définition de la santé préfigurant celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.): **«la santé résulte d'une vie productive et créatrice embrassant tous les domaines de la vie et non pas d'un dysfonctionnement du corps humain».**

La définition de l'O.M.S. - **«la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité»** - est une notion récente. Elle remonte à juillet 1946. Divers amendements et de nombreux compléments lui ont été ajoutés depuis, de conférences internationales en conférences internationales. Les Etats y adhèrent plus ou moins. La santé, les affaires et la politique ne font pas toujours bon ménage.

En Belgique, la santé comme tant d'autres matières est fédéralisée, régionalisée, communautarisée.

Nous vous avons donné dans un précédent numéro de Bruxelles-Santé* un tableau de la répartition des compétences en matière de santé au plan fédéral, communautaire et régional. Dans ce numéro, nous tenterons de vous éclairer sur les principales institutions publiques (internationales, européennes et nationales) compétentes en matière de santé. Les recommandations de l'OMS au travers de ses conférences sont le lien qui les unit.

L'international et l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.)

L'Organisation Mondiale de la Santé est une institution spécialisée établie conformément à la Charte des Nations Unies en 1948 par 61 gouvernements **«dans le but de**

coopérer entre eux et avec tous autres pour améliorer et protéger la santé de tous les peuples».

L'OMS comporte un Conseil exécutif, un Secrétariat permanent et une Assemblée mondiale. Le Siège de l'Organisation se situe à Genève. L'OMS est décentralisée en six régions géographiques: le bureau régional de l'Afrique, des Amériques, de la Méditerranée orientale, de l'Europe, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. Le bureau régional de l'Europe se trouve à Copenhague (Danemark) et regroupe 31 Etats, dont la Belgique.

L'idée de définir la santé naît à une époque de grand optimisme. C'est la fin de la deuxième guerre mondiale, les rédacteurs de la Constitution de l'OMS voient la santé comme «une contribution à la paix». De fait, les négociations sur la création d'une nouvelle organisation internationale de santé émanent de diplomates et de personnes venant d'horizons très divers, pas de spécialistes de la médecine. La santé est considérée comme un problème central de société et non un problème médical. L'OMS est donc construite autour de la santé définie comme «un état de bien-être». Dans ce même mouvement, la Déclaration d'Alma Ata en 1978 introduit le concept de «soins de santé primaires». Il s'agit de renforcer l'idée d'un système de santé fonctionnant avec et pour les gens, un système qui commence là où les personnes vivent. **«La santé est un droit, les populations doivent pouvoir accéder aux services de soins.»**

En réalité, «les hommes recrutés ont un pouvoir important sur la politique de santé publique menée par l'OMS. Leurs idées (...) orientent les actions de l'OMS. (...) Pendant une première période, celle des années 50-60, les médecins dominant. L'OMS a un rôle d'information sur les épidémies et de coordination des efforts des gouvernements locaux. (...) Pendant une deuxième période, celle des années 1960-1978, les politologues dominant. Ils ont une vision de la santé publique en termes de nationalisation, planification et gros équipements. (...). La troisième et dernière période, celle des années 1978 à nos jours, est celle des médecins-sociologues. Les sociologues ont une conception holistique de la santé. Les facteurs environnementaux ont plus d'importance que les facteurs médicaux proprement dits. Ainsi, les habi-

tudes de consommation ou les comportements sociaux joueraient un rôle primordial dans les épidémies ou le développement d'une maladie. Ils veulent changer non pas les systèmes politiques ou les systèmes de santé, mais les gens. D'où une conception de la santé publique en termes de droits de l'homme et d'éradication ou de modification des comportements sociaux ou individuels.»¹ La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé naît dans ce contexte. **«La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci (...)** La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme un but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire: tous les secteurs d'activités, tout ce qui définit le cadre de vie d'un individu ou d'une communauté sont concernés.»² En 1977, l'OMS lance le projet «Santé pour tous en l'an 2000». Pour la région Europe, 38 buts à atteindre à cette date sont identifiés et définis dans le cadre de ce projet. Leur objectif : **«assurer l'égalité en matière de santé entre les différents pays, permettre le développement et l'utilisation optimale du potentiel physique et mental de chaque personne, allonger la durée de vie sans maladies et sans incapacités majeures, allonger la durée de vie en luttant contre les décès prématurés.»** Vingt ans plus tard, force est de constater que le fossé n'a cessé de se creuser entre ceux qui bénéficient de soins de santé chaque jour plus sophistiqués (la partie occidentale du continent) et le déni de droit à la santé pour une majorité grandissante de la population vivant dans la partie orientale du continent.

* Bruxelles Santé N°1, mars 96, pp.5-7

¹ «L'OMS: bateau ivre de la santé publique, Les dérives et les échecs de l'agence des Nations Unies», Bertrand Deveaud, Bertrand Lemennicier, L'Harmattan, Santé, Sociétés et Cultures, 1997, pp.133-134

² Charte d'Ottawa, Pour la promotion de la santé, Novembre 1986, extrait

Le Conseil de l'Europe et la protection de la santé

Le Conseil de l'Europe, dont le siège est à Strasbourg, est la première organisation politique européenne mise

en place après la seconde guerre mondiale. Sa mission se concentre depuis quelques années autour de trois axes prioritaires:

- protéger et renforcer les principes de la démocratie parlementaire et des Droits de l'homme;
- chercher des solutions pour le défi social d'aujourd'hui;
- favoriser l'apparition d'une véritable identité culturelle européenne.

Cet objectif très large, conduit le Conseil de l'Europe à couvrir des secteurs d'activités très variés, parmi lesquels la santé. Il y a une dizaine d'années, le Conseil adoptait un article (l'article 129) qui consacre son engagement effectif sur des actions de santé publique et fixe pour mission, à l'ensemble des institutions communautaires, de contribuer à «assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine»

L'Article 129

1. La Communauté contribue à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine en encourageant la coopération entre les Etats-membres et, si nécessaire, en appuyant leur action.

L'action de la Communauté porte sur la prévention des maladies, et notamment des grands fléaux, y compris la toxicomanie, en favorisant la recherche sur leurs causes et leur transmission ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé.

Les exigences en matière de protection de la santé sont une composante des autres politiques de la Communauté.

2. Les Etats-membres coordonnent entre eux, en liaison avec la Commission, leurs politiques et programmes dans les domaines visés au paragraphe 1

La Commission peut prendre, en contact étroit avec les Etats-membres, toute initiative utile pour promouvoir cette coordination.

L'action du Conseil de l'Europe en matière de santé, résulte du fruit des réflexions du Comité européen de la Santé, organe créé en 1954, afin de promouvoir une coopération européenne étroite dans le domaine de la santé. Il se compose de 38 Etats membres à part entière et de 3 Etats ayant le statut d'observateurs. La Commission européenne, l'Organisation mondiale de la santé et la Fédération internationale des sociétés de Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en font également partie en qualité d'observateurs.

Le comité européen de la Santé, s'alignant sur la vocation spécifique du Conseil de l'Europe de promoteur des droits de l'homme et des institutions démocratiques, a développé un programme centré sur la dimension éthique de la santé, et plus particulièrement: les droits des patients, l'assurance de qualité et l'équité dans le traitement. Ses travaux permettent aux Etats membres

d'échanger leurs expériences, de confronter et d'évaluer leurs approches respectives de problèmes de santé publique mais aussi de favoriser des approches communes, voire de promouvoir l'instauration de réglementations harmonisées. Ils aboutissent soit:

- à des conventions ou accords européens (il en existe une douzaine dans le domaine de la santé);
- à des recommandations (on en dénombre plus de soixante, telles que, par exemple, les aspects médico-sociaux des mauvais traitements infligés aux enfants, l'organisation des banques de tissus humains, le dépistage en tant qu'outil de la médecine préventive ou encore l'intervention pharmacologique précoce vis-à-vis de l'infection VIH);
- à des analyses comparatives de la situation dans les différents Etats membres sur des sujets d'intérêt commun (à l'heure actuelle, le Comité travaille, notamment, sur les problèmes de santé en prison et ceux des familles monoparentales).

1 «Le Conseil de l'Europe et la protection de la santé», Agnès Leclerc, *Actualité et dossier en santé publique*, n°9, décembre 1994, pp. 12-15

Belgique: l'Etat fédéral et l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (I.N.A.M.I.)

L'Inami, organisme d'intérêt public du ressort du Ministre des Affaires sociales, assure la gestion administrative et financière et le fonctionnement de l'assurance soins de santé (interventions dans les frais de maladie) d'une part, de l'assurance indemnités (octroi de revenus de remplacement en cas de perte de salaire pour cause d'accident ou de maladie) et de l'assurance maternité (octroi de revenus de remplacement en cas de grossesse et d'accouchement) d'autre part.

Sa structure est assez complexe; il se compose de services généraux (comprenant les services d'administration d'études et du contentieux communs à l'Institut) et de quatre services spéciaux.

• **Le Comité général de gestion** a pour fonction principale la gestion - administrative et du personnel - de l'Institut et la réunion des budgets de l'ensemble de ses services. Il se compose de représentants du patronat, des travailleurs salariés (les partenaires sociaux) et des organismes assureurs.

• **Le Service des soins de santé** est en charge de la gestion financière (budget et comptes) et de la réglementation de l'assurance soins de santé. Il est géré par un Conseil général dans lequel les représentants des employeurs, des travailleurs salariés, des travailleurs indépendants et du Gouvernement jouissent des trois quarts des mandats et les organismes assureurs d'un quart. Les représentants des dispensateurs de soins n'y ont qu'une voix consultative.

Divers conseils, collèges ou commissions agissent encore au sein de ce service. Ce sont:

- les Commissions d'accords ou de conventions qui négocient les tarifs entre les mutualités et les différents groupes de dispensateurs de soins (médecins, dentistes, auxiliaires paramédicaux, maisons de repos et de soins, maisons de repos pour personnes âgées...);
- la Commission de contrôle budgétaire qui fait rapport sur la gestion du secteur de l'assurance soins de santé ainsi que sur les recettes et dépenses, leur évolution et les perspectives;
- les Conseils d'agrément pour les auxiliaires paramédicaux qui dressent les listes des personnes autorisées à exercer ces professions;
- le Collège des médecins-directeurs qui élabore des programmes de rééducation fonctionnelle et professionnelle et qui décide de la prise en charge de prestations individuelles en matière de rééducation fonctionnelle.

• **Le Service des indemnités** est chargé de la gestion financière du secteur des indemnités (budget et comptes) et de la réglementation de l'assurance indemnités (pour cause d'accident ou de maladie) et de l'assurance maternité.

• **Le Service du Contrôle médical** a pour mission de procéder à toute enquête médicale de sa propre initiative ou à la demande d'un autre service, d'une organisation professionnelle de dispensateurs de soins, d'une mutualité. Il a également pour objet la recherche et le constat d'un concours illégal d'indemnités et l'exercice d'une activité professionnelle ou d'un travail frauduleux par les indemnisés. Le Service est géré par un Comité composé de représentants de différentes organisations professionnelles de dispensateurs de soins.

• **Le Service du contrôle administratif** est chargé du contrôle administratif des prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Ce contrôle s'exerce surtout auprès des organismes assureurs. Dans un certain nombre de cas, le Service peut également prendre des sanctions envers des titulaires et des dispensateurs de soins concernant les obligations administratives qui leur sont imposés. Le Service est géré par un Comité composé de représentants des partenaires sociaux et des représentants des organismes assureurs.

La Communauté Française et sa politique de la santé

La Communauté Française est compétente en matière de santé depuis 1980. Ses missions s'articulent principalement autour de trois axes: la promotion de la santé, l'épidémiologie, la petite enfance et la médecine scolaire. A l'exception des matières expressément confiées à certains organismes, comme l'O.N.E. pour le secteur de l'enfance, toutes les compétences santé de la Communauté Française sont gérées administrativement par la Direction Générale de la Santé au sein de la Communauté Française.

La Direction Générale de la Santé est présente, aux travaux des grandes organisations internationales ou intergouvernementales comme l'OMS, le Conseil de l'Europe, l'Union Européenne.

Depuis 1994, «l'ensemble de la politique de santé curative de la Communauté Française est transféré aux régions, à l'exception des hôpitaux (Erasmus et Saint-Luc) et du Centre Hospitalier de l'Université de Liège. Il en est de même pour une partie de la politique de santé transférée aux instances régionales, à savoir:

- les compétences de programmation, d'agrément et de subsidiation des institutions de soins et des organismes dispensant des soins extra-muros;
- la législation organique concernant les centres de coordination de soins et services à domicile, les centres de santé intégrés, les services de santé mentale, les services de télé-accueil». ¹

Depuis le 14 juillet 1997, un nouveau décret réorganise la promotion de la santé en Communauté Française.

La réalisation de ses objectifs se fera de la manière suivante:

point 1: «le Gouvernement arrêtera, après consultation des partenaires concernés, un Programme quinquennal et un Plan communautaire annuel de promotion de la santé. Ceux-ci donneront «les lignes directrices et les priorités de la politique de promotion de la santé de la Communauté, auxquelles devront se conformer les services qui seront agréés et les candidats à une subsidiation. Ils intégreront également la politique de prévention, notamment celle du sida, de la toxicomanie et de la tuberculose. Le Plan communautaire reprendra, chaque année, les priorités sur lesquelles on veut principalement mettre l'accent (la prévention du cancer du sein, par exemple) et s'inscrira dans le cadre général du programme quinquennal. Un organe d'avis centralisé, le Conseil supérieur de promotion de la santé sera créé pour remplacer la Cellule permanente d'éducation pour la santé et le Conseil communautaire consultatif de

prévention pour la santé. Ce Conseil supérieur de promotion de la santé interviendra au niveau de la préparation de l'avant projet de programme quinquennal et de plan communautaire et donnera également son avis lorsque le projet définitif aura été établi par le Ministre ayant la Promotion de la Santé dans ses attributions. En ce qui concerne la prévention du sida, les missions du Conseil supérieur seront assumées par le Conseil scientifique et éthique de prévention du sida»; point 2: des Centres locaux de promotion de la santé remplaceront les anciennes Commissions locales de coordinations. «Ces Centres seront, indépendamment des missions qui leur seront assignées par leurs membres, de véritables plate-formes chargées de coordonner la décentralisation de la politique de la Communauté Française en matière de promotion de la santé»; point 3: «l'intention est d'encourager des actions entreprises pour répondre aux besoins de groupes spécifiques (par exemple les handicapés, les milieux moins favorisés...), afin que la promotion de la santé bénéficie réellement à l'ensemble de la population»; point 4: les subventions sont désormais garanties sur une base pluriannuelle afin de permettre la continuité des actions;

point 5: «les différents organes et acteurs pourront bénéficier de l'aide des Services Communautaires à vocation logistique et méthodologique; cette aide pourra revêtir de multiples aspects, fourniture de documentation, conseils pour introduire ou structurer un projet,...». ²

De manière concrète, une période d'un an est prévue pour assurer la transition vers ces nouvelles structures et permettre «au Conseil supérieur de promotion de la santé d'élaborer ses propositions, et au Gouvernement d'approuver le premier Programme quinquennal qui fixera les priorités de la Communauté française en matière de promotion de la santé».

sources:

1 «La Belgique fédérale», Jacques Brassinne, *Dossiers du Crisp*, N°40, 1994, p. 262

- 2 «Le coeur du décret» in «Le décret promotion de la santé», *Education Santé* n°120, septembre 1997, pp. 5-6

Bruxelles : La politique de la santé de la Commission Communautaire Commune

La Commission Communautaire Commune de la région de Bruxelles-Capitale exerce depuis le 1er janvier 1989 les compétences non dévolues aux Communautés dans les matières bi-personnalisables. Elle est désormais

compétente tant à l'égard des institutions bi-personnalisables qu'à l'égard des personnes pour les matières suivantes: les services de santé mentale, la toxicomanie, les hôpitaux, les C.P.A.S., les centres de Télé-Accueil, l'agrément des habitations protégées, des maisons de soins psychiatriques et de la plate-forme de concertation en santé-mentale.

Ses organes sont:

- l'Assemblée réunie, composée des membres des groupes linguistiques francophones et néerlandophones du Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale;
- le Collège réuni, composé du Président du Collège et de quatre membres (2 francophones, 2 néerlandophones) avec voix délibérative.

Ceux-ci disposent du pouvoir de légiférer par voie d'ordonnances lesquelles doivent être tenues pour équipollentes à la loi et au décret.

La Commission communautaire commune est encore compétente pour:

- la recherche scientifique pure et appliquée qui se rapporte aux matières relevant de sa compétence;
- créer ses propres institutions bi-personnalisables;
- faire fonction d'organe de concertation entre les communautés «afin de réaliser un maximum de cohérence dans la politique des matières personnalisables et, le cas échéant, de développer en commun des initiatives au niveau culturel».

Bruxelles : La politique de la santé de la Commission Communautaire Française

La Commission Communautaire Française tient l'exercice de ses compétences en matière de santé du Décret III du 22 juillet 1993, qui lui transfère un certain nombre de matières de la Communauté Française. Le domaine principal d'activités de la Commission Communautaire Française concerne la programmation, l'agrément et la subsidiation d'institutions de soins ainsi que d'associations qui dispensent des soins de santé en milieu ambulatoire. Il s'agit, notamment, de services de santé mentale, d'associations de santé intégrée, de centres de coordination de soins et services à domicile, d'habitations protégées, d'initiatives dans le cadre de la lutte et du traitement contre les toxicomanies, d'hôpitaux, de centres de Télé-Accueil, ...

• **Les services de santé mentale** constituent le maillon fort d'un réseau ambulatoire devenu le pôle majeur du développement de la santé mentale en région bruxelloise. Les principaux objectifs du Décret du 27 avril 1995 relatif à l'agrément et aux subventions des services de santé mentale visent à:

- définir une programmation des services de santé mentale à l'échelon de la Région à partir de l'évaluation des besoins de la population;
- renforcer les collaborations des services de santé mentale sous forme de partenariat local avec les différentes institutions concernées par une politique de santé publique sur un territoire local déterminé;
- assurer la participation des services de santé mentale à l'identification des besoins de la population;
- renforcer l'autonomie de gestion du service de santé mentale par l'instauration d'un système de subsidiation permettant l'octroi aux travailleurs de rémunérations équivalentes à celles qui sont accordées en milieu hospitalier, avec des garanties, quant à la régularité dans la liquidation des avances;
- évaluer régulièrement les services de santé mentale dans le cadre d'une programmation globale et d'un agrément pluriannuel octroyé en fonction d'objectifs précis.

Le Décret prévoit en outre pour les services de santé mentale des missions impératives de deux ordres. D'abord, être prioritairement un service de santé publique ouvert à tous sur un territoire défini. Ensuite, assurer une action de prévention et de promotion par des actions d'information et de sensibilisation. A côté de ces deux missions, les services de santé mentale gardent la possibilité de développer des projets spécifiques.

- **Les associations de santé intégrée ou maisons médicales** sont nées dans les années 70 comme un projet volontariste de pratique des soins de santé de première ligne qui s'attache à la promotion de la santé au sens large, selon la définition de l'OMS, c'est-à-dire en tenant compte des dimensions physiques, mentales et sociales. Elles ont pour objectif d'augmenter la qualité de vie et le niveau de santé des habitants, à travers une vision globale de la santé. Pour ce faire, elles assurent les soins de santé primaires, tels que définis par la conférence internationale d'Alma-Ata organisée par l'OMS en 1978. Elles se définissent à partir de quelques grands principes:
 - approche des problèmes de la santé à partir d'une optique préventive, ouverte à la participation de la communauté et pas seulement dépendante de l'expertise médicale;
 - travail en équipe pluridisciplinaire: médecin généraliste, travailleur social, kinésithérapeute, infirmier, psychologue, etc. De plus, une permanence et un accueil sont organisés.
 - articulation avec le réseau psycho-médico-social de façon à couvrir l'ensemble des problèmes de santé;
 - participation des membres de l'équipe dans les organes décisionnels de l'association.Les associations de santé intégrée doivent assurer:
 - des fonctions curatives et préventives dans le cadre des soins primaires;
 - des fonctions de santé communautaire permettant aux

habitants d'identifier eux-mêmes leurs besoins prioritaires et d'élaborer des projets qui y répondent;

- des fonctions d'observatoire de la santé en première ligne permettant de recueillir des données relatives à l'état de santé de la population et d'initier des enquêtes épidémiologiques sur des thèmes de santé publique afin de mieux évaluer les besoins réels, spécifiques à la région dans le domaine socio-sanitaire.

Les subventions octroyées aux associations de santé intégrée par la Commission Communautaire Française permettent de renforcer les fonctions qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie-invalidité. Cependant, le financement principal provient du secteur soins de santé.

• **Les services actifs en matière de toxicomanies.** Le Décret du 27 avril 1995, relatif à l'agrément et aux subventions des services actifs en matière de toxicomanie, précise clairement que la lutte et le traitement des toxicomanies est un axe prioritaire de la politique de santé de la Commission Communautaire Française. Par ce Décret, elle permet aux acteurs du secteur de travailler dans une plus grande sécurité, dans le cadre de programmes pluriannuels, et elle inscrit la toxicomanie dans une logique de santé publique. En subsidiant autant le curatif que la prévention secondaire et tertiaire, la Commission Communautaire Française souhaite favoriser le décloisonnement entre le travail de première ligne et les structures spécialisées. Le Décret confie encore au secteur, des missions générales qui portent sur l'accompagnement, les soins et la prévention. Par ailleurs, il prévoit la possibilité pour les services de remplir une ou des missions particulières, telles que la réinsertion, la liaison ou encore la formation (des médecins généralistes).

• **Les centres de coordination de soins et services à domicile** visent essentiellement le public des personnes âgées. L'évolution démographique de Bruxelles est telle que les besoins sanitaires sont particulièrement déterminés par le vieillissement de la population. Dans ce contexte, les initiatives qui permettent le maintien à domicile sont encouragées et notamment celles qui favorisent la participation de l'environnement social et familial de la personne âgée et la mise en oeuvre des ressources locales. Les centres de coordination de soins et services à domicile jouent dans ce domaine un rôle important pour assurer l'intégration des aînés dans leur communauté et pour leur permettre de demeurer le plus longtemps possible dans leur milieu de vie habituel. Ces centres sont aussi interpellés pour l'organisation d'aide aux personnes dans le but d'éviter une hospitalisation ou de maintenir à domicile des personnes handicapées.

• **Les soins palliatifs** visent l'aide et l'assistance pluridisciplinaires, dispensées à domicile, dans un hébergement collectif non hospitalier ou dans un hôpital afin de rencontrer les besoins physiques, psychiques et spirituels des personnes atteintes d'une maladie à pronostic fatal et contribuent à la préservation d'une qualité de vie. La

Commission Communautaire Française subventionne des initiatives qui permettent à la personne malade de vivre la dernière étape de sa vie de la manière la plus sereine possible. Des subventions sont également octroyées aux projets visant l'encadrement des proches du mourant et des familles endeuillées.

• **Les centres de Télé-Accueil** concernent deux associations spécialisées dans l'aide psychologique par téléphone et qui assurent 24h/24h, dans l'anonymat, une écoute des personnes en difficulté.

• **Les initiatives santé** sont celles qui visent d'une part à privilégier le développement d'une politique de proximité et d'autre part à renforcer l'aptitude des individus à faire face aux revers de l'existence. Une série de projets sont ainsi subventionnés par la Commission Communautaire Française. De plus, la Cocof soutient également trois lieux d'accompagnement psycho-social de la petite enfance (inspirés de la Maison Verte mise en place à Paris par Françoise Dolto) et des programmes de recherche notamment avec les deux universités francophones situées sur son territoire.

• **Les habitations protégées** assurent l'hébergement et l'accompagnement de personnes qui ne requièrent pas un traitement continu en hôpital et qui pour des raisons psychiatriques, doivent être aidées dans leur milieu de vie et de logement. Ces structures, pour être agréées, doivent notamment satisfaire à une série de normes architecturales, fonctionnelles et d'organisations. Le pouvoir subsidiant, comme pour les habitations protégées, est exercé par l'Etat Fédéral.

• **Les hôpitaux.** Trois hôpitaux de la Région bruxelloise sont agréés par la Commission Communautaire Française: deux hôpitaux psychiatriques (l'un pour adultes et l'autre pour enfants et adolescents) et un s'occupant de la réadaptation des personnes traumatisées.

Le pouvoir subsidiant, comme pour les habitations protégées, est exercé par l'Etat Fédéral. ■

Pour rappel: on entend par «matières personnalisables celles qui, par leur nature, sont liées à la vie des personnes et à leurs relations avec certains services publics (ex. la politique de santé et l'aide aux personnes).»

«Les matières biperpersonnalisables sont les matières personnalisables que les Communautés française et flamande ne peuvent régler par décret en raison des limites apportées par les art. 128 § 2 et 135 de la Constitution au champ d'application territorial des décrets.»

Sources:

- «La Santé en Belgique», 1996; Ed. Emile Cukier, sa Media Belgium International

- «La politique de santé de la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles- Capitale», Administration de Commission Communautaire Française, Service Santé, asbl Question Santé, 1996

L'IBGE, un institut Bruxellois pour gérer l'environnement

La naissance de l'I.B.G.E. - Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement - date de 1989.

Il est le bras droit du Ministère de l'Environnement et gère, depuis lors, toutes les matières relatives au milieu de vie des Bruxellois.

La problématique de l'environnement peut être divisée selon différents thèmes: les déchets, la pollution du sol, le bruit, la pollution atmosphérique, l'énergie, la nature et l'eau.

Afin de gérer au mieux l'ensemble de ces aspects, l'IBGE a mis au point une méthodologie d'action que l'on peut résumer en quatre étapes.

La première consiste à rassembler l'information. L'Institut procède à diverses mesures et enquêtes portant sur la qualité de l'air, le degré de nuisances sonores, la quantité de déchets recyclables, etc.

Ces données, une fois collectées, sont analysées.

C'est la seconde étape. Elle permet à l'Institut de définir des stratégies et de planifier des actions. C'est le cas par exemple pour les déchets dont le volume s'élève, à Bruxelles, à quelque 1.800.000 tonnes par an. Le «Plan de Prévention et de Gestion des Déchets», approuvé par le Gouvernement, pour la période allant de 1992 à 1997 s'articule autour de trois grands axes: «la prévention, le tri aux fins de recyclage et l'élimination sans nuisances des déchets ne pouvant être ni évités, ni recyclés».

La troisième étape est celle de l'intervention sur le terrain. Cette action se traduit notamment par la gestion et l'entretien des espaces verts, par l'étude préalable à l'installation d'une entreprise des conséquences sur la santé du voisinage, etc.

La quatrième étape consiste à diffuser l'information. A titre d'exemple, l'Institut a mis en service en janvier 1993, un numéro de téléphone (02/775.75.99) permettant à chaque citoyen de connaître quotidiennement le degré de pollution dans la capitale. ■

*Institut Bruxellois
pour la Gestion de l'Environnement
Gulledelle, 100
1200 Bruxelles
Tél.: 02/775.75.11
Fax: 02/775.76.11*

L'Institut Scientifique de la Santé Publique - Louis Pasteur

«L'Institut scientifique de la santé publique - Louis Pasteur» est né d'une volonté gouvernementale émise dès 1995 de voir fusionner deux instituts - l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie (I.H.E) et l'Institut Pasteur dont le parallélisme des activités dans des domaines connexes paraissait évident.

«L'Institut scientifique de la santé publique - Louis Pasteur» est une réalité depuis 1996. Son statut est celui d'un établissement scientifique de l'Etat dépendant du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement. Il possède toutefois une personnalité juridique lui permettant d'exécuter des contrats pour des tiers.

En attendant la réalisation pratique de cette fusion, nous vous donnons un aperçu sommaire des missions de ces deux instituts.

L'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie (I.H.E.)

L'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie est un établissement scientifique de l'Etat. Il possède toutefois une personnalité juridique propre, indispensable à l'exécution de contrats pour des tiers. Un accord de coopération le lie à la Communauté flamande et la Communauté française depuis mai 1995. Ainsi, une série de programmes d'évaluation et de gestion de l'information sanitaire a été développée sous le nom de «CROSP» (Centre de recherche opérationnelle en santé publique) à la demande des communautés. «Ces programmes visent à rendre l'information sanitaire utilisable dans un processus de décision en santé publique et plus particulièrement dans la définition et l'exécution d'une politique de prévention.»

On peut citer, parmi les missions principales de l'Institut, celles :

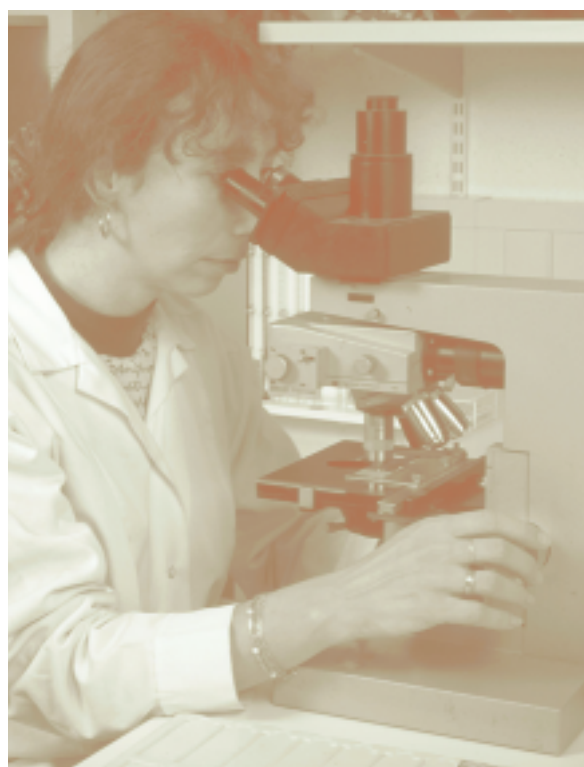
- de *laboratoires de référence*. Elles ont pour objet de confirmer et de préciser le diagnostic établi par d'autres afin de compléter les informations épidémiologiques indispensables à la prévention de certaines affections;
- de *monitoring*. Il s'agit ici d'évaluer certaines situations de l'environnement et leurs effets sur la santé (monitoring des concentrations en pollens dans l'air, par exemple);
- de *surveillance épidémiologique* qui implique le suivi des problèmes de santé et/ou des maladies dans la population, l'exploitation des données et la diffusion des résultats;
- de *contrôle de conformité* (des denrées alimentaires, des vaccins, etc.);
- d'*évaluation* du risque potentiel que les divers agents pathogènes microbiologiques représentent pour l'homme;
- de *participation* à des Commissions nationales et internationales telles que, le Conseil supérieur d'hygiène, la Commission d'enregistrement des médicaments, etc.;
- de *diffusion d'informations* scientifiques en rapport avec ses activités (exemple: en juin et juillet, elle informe quotidiennement la population de la concentration des pollens dans l'air par voie de presse et par répondeur automatique), etc.

L'Institut Pasteur

Comme tous les instituts Pasteur dans le monde, l'Institut Pasteur de Bruxelles se consacre à l'étude de problèmes de biologie cellulaire, d'immunologie et microbiologie médicale ayant des applications importantes dans le domaine de la santé humaine. Les activités développées aux centres de référence et pratiquement tous les sujets de recherche pratiqués dans l'Institut ont pour objectif plus ou moins rapproché, la possibilité de développer de nouveaux vaccins ou de nouvelles techniques d'analyse de laboratoire susceptibles d'améliorer la prévention et le traitement des maladies virales, bactériennes et parasitaires. ■

I.H.E.
Rue J. Wytsman 14
1050 Bruxelles
Tél.: 02/642.51.11
Fax: 02/642.50.01

Institut Pasteur
Rue Engeland 64
1180 Bruxelles
Tél.: 02/373.31.11
Fax: 02/373.31.74



L'Observatoire de la Santé de la Région de Bruxelles-Capitale: points de repères

C'est en 1992 qu'un protocole d'accord était signé entre la députation permanente de la Province du Brabant et l'exécutif bruxellois. Mais la partie bruxelloise de la Province était en sursis ! Une fois la scission de la Province opérée (janvier 1995), l'Assemblée réunie (pouvoir législatif de la Commission Communautaire Commune) vota une ordonnance portant constitution d'un «Observatoire de la Santé de la Région de Bruxelles-Capitale» en service du Collège réuni de la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale à gestion séparée. L'Observatoire est donc intégré aux services du Collège réuni (Ministère) tout en bénéficiant d'une autonomie de gestion et d'un budget propre.

L'ordonnance confie à l'Observatoire de la Santé le soin, notamment, de «rassembler, traiter, et diffuser les informations nécessaires» à l'élaboration d'une politique coordonnée de la santé sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale (art.5). Et l'ordonnance de spécifier toute une série d'aspects de cette mission dont, par exemple, la «mise en évidence des caractéristiques socio-sanitaires» de la Région. L'Observatoire devra pouvoir un jour être en mesure de fournir, à tout moment, photos, projections et analyses de la situation, des problèmes et des besoins «santé» des Bruxellois.

Un Observatoire se construit peu à peu. Pour le moment, ses efforts se concentrent dans différentes directions complémentaires:

- les contacts avec les responsables administratifs, institutionnels et politiques à tous les niveaux de pouvoir qui, de près ou de loin, concernent la santé;
- le volet informatique, technique et statistique incluant l'accès aux données, la récolte de celles-ci, leur enregistrement, leur traitement et leur utilisation (par exemple pour éclairer la décision politique);
- le travail de documentation et d'information du public, des intervenants de terrain etc.;

- et, enfin, - et ce n'est pas la moindre des tâches - l'écoute du terrain et des nombreux intervenants du secteur médico-social proches des gens, de leurs situations, de leurs réalités, de leur quotidien dans un contexte et un environnement (urbain, de conditions de vie etc.) dans lequel nous trouvons la plupart des déterminants de la santé sur lesquels il faut pouvoir agir et travailler.

A son actif, l'Observatoire a déjà participé à de nombreuses études ou recherches dans des domaines aussi divers que le sida, la santé des personnes âgées, la couverture vaccinale des plus petits, la pauvreté, etc. Il est actuellement impliqué dans «l'enquête santé» conduite par l'Institut scientifique de la Santé publique - Louis Pasteur (l'ancien IHE) et l'INS. Dans une perspective de travail s'étalant sur du plus long terme, l'Observatoire travaille sur les indicateurs et déterminants santé en région urbaine (bruxelloise en l'occurrence) - un travail de base essentiel - et a entrepris une recherche sur la consommation de soins des Bruxellois (qui consomme quels soins, quand, où et pourquoi ?).

L'équipe compte actuellement 5 personnes: un sociologue, un ingénieur commercial (responsable du secteur informatique), une psychologue et deux secrétaires médicales. L'organisation, la forme et la composition définitive de l'Observatoire sont «sur le métier».

Les Ministres Chabert et Hasquin ont, déjà et tout récemment, doté l'Observatoire d'un solide Comité scientifique dans lequel on trouve des représentants de toutes les écoles de santé publique (ULB, VUB, UCL, KUL), de l'Institut Louis Pasteur, de la Plate-forme de santé mentale de la Région bruxelloise, des médecins généralistes francophones et néerlandophones et du *brusselse welzijnsraad*.

L'Observatoire doit être un carrefour, une «interface» entre acteurs et intervenants de terrain, chercheurs et scientifiques, administratifs et politiques et devenir un outil décisionnel permettant, sur base des données existantes et continuellement réactualisées et analysées, de diffuser l'information à tout qui le souhaite, mieux cibler où doivent se concentrer les efforts pour prévenir les problèmes et besoins «santé» des Bruxellois. ■

*Observatoire de la santé
Rue du champ de mars, 25
1050 Bruxelles
Tél.: 02/502.60.01
Fax : 02/502.59.05*

L'usager inconnu du système de santé

Il y a un trésor symbolique dans le culte du "soldat inconnu". On pourrait avantageusement le transposer dans l'univers composite - moins absurde et sordide que celui d'une guerre saigneuse de génération, certes, mais non moins hanté par le spectre de la mort individuelle et par une certaine forme de débâcle civilisationnelle - de l'aide aux personnes, des secours thérapeutiques quotidiens, des dispositifs publics variés chargés d'amortir les souffrances et les divagations humaines au coeur de la cité...

Qu'a de particulier, au fond, cet anonyme acteur de la Grande Guerre, broyé comme des millions d'autres dans l'équarissage militaire généralisé de 14-18, devant lequel on vient à nouveau de se recueillir officiellement ce 11 novembre et auprès de qui brûle la flamme continue d'un souvenir européen tenace ?

On pourrait dire que le personnage tranche surtout, par des attributs à contre-courant, sur ce qui d'habitude fonde "spontanément" la notoriété, suscite la considération, retient l'attention de façon durable. Il ne fait pas partie de l'élite attirée. Rien n'indique même qu'il se soit distingué par un acte d'héroïsme quelconque. Son "truc" à lui, c'est de rappeler que le malheur ratisse large; que les humbles et les oubliables y dégustent statistiquement la part du lion; que chacun peut se reconnaître dans le destin d'un homme ordinaire, dont on ne connaît même pas le nom, le milieu d'origine ni la vie : tout au plus le sort final tragique, non exceptionnel de surcroît dans le contexte collectif que ce quidam d'entre les quidams incarne avec tant de force.

Enjeux de système, hors-jeu d'acteurs...

Le système de santé, lui, est une oeuvre de paix. Il n'en est pas moins apte et quelquefois même enclin à exposer ses "bénéficiaires" à certains tourments spécifiques; ou alors à négliger des problèmes exogènes qu'il devrait en principe circonscrire dans le cadre de ses missions. Pour dire les choses de manière plus positive, il n'est pas encore arrivé au bout des principales améliorations nécessaires à l'établissement d'un service de qualité optimale à l'égard de la masse des usagers. Cela, non seulement parce que ce sont des femmes et des hommes

avec leur propre histoire, leurs intérêts catégoriels, leurs imperfections et leurs limites qui animent ce "système", mais aussi - sinon surtout - parce que ce dernier n'est pas imperméable aux ambivalences, aux tensions, aux pressions, aux contradictions qui parcourent et façonnent en tous sens la société d'aujourd'hui.

Dans tout débat un tant soit peu approfondi sur un aspect déterminant ou l'autre de la politique de santé, fuse en général la question à cinq francs (ou à cinq milliards, selon les sensibilités) : *"mais qui donc représente vraiment les usagers?"*. Et chacun y va de sa prétention ou de son scepticisme péremptoire : *"les médecins sont aujourd'hui les derniers défenseurs des intérêts des malades"*; *"les mutualités s'arrogent indûment le titre de porte-parole des patients"*; *"les décideurs s'occupent bien plus de mesures budgétaires que de prise en compte des besoins de la population"*; *"les associations de consommateurs ne sont pas représentatives des soucis des plus démunis et méconnaissent largement les dynamiques d'inégalité dans l'accès aux soins requis"*; etc.

Je me surprends alors à rêver d'une consécration culturelle du concept d'usager inconnu dans le champ socio-sanitaire. Quelqu'un, en quelque sorte, dont nous commencerions par reconnaître humblement que nous savons peu de choses de lui. Quelqu'un qui représente pourtant, par là, la commune destinée. Quelqu'un, enfin, dont il serait moralement indécent et intellectuellement trompeur que nous parlions en son nom sans l'écouter (*), ou que nous nous prononcions sur "son" bien sans lui permettre d'abord de faire valoir lui-même la logique de "sa" vie. ■

Thierry Poucet

() La volonté d'écoute non instrumentalisante du commun des mortels — lui-même non dissocié de ses ressources, de ses handicaps, de ses ancrages dans les réalités ambiantes — constitue à mon sens un des grands enjeux de tout projet de "revitalisation de la citoyenneté" qui ne soit pas de pure façade ou de pure incantation "communicante". A cet égard, il conviendra de suivre avec attention le déroulement des 2èmes rencontres francophones internationales de l'écoute, organisées les 18 et 19 mars prochains à l'initiative de Télé-Accueil Bruxelles, sur le thème "L'écoute : promesses et impasses" (rens. : 02/538.49.21).*

Se former pour prévenir les dangers du monoxyde de carbone, une action de l'asbl Cultures et Santé

L'asbl «Cultures et Santé» mène depuis des années (en collaboration avec le Centre Antipoisons) diverses actions de sensibilisation aux dangers du monoxyde de carbone. Afin de permettre aux acteurs de terrain actifs au quotidien ou au travers d'actions ponctuelles, de mieux informer les personnes concernées par la problématique, elle propose -en collaboration avec les Centres Locaux de Promotion de la Santé- un cycle de formation de 3 jours qui s'articule autour de la prévention. Les deux premières journées traiteront, notamment, de l'épidémiologie, de la physiopathologie, des aspects législatifs et techniques des intoxications au CO. Elles auront lieu les 4 et 5 décembre prochains au Ministère de la Culture à Bruxelles, mais sont également prévues dans d'autres villes de la Communauté Française durant les mêmes mois. La troisième journée se déroulera, sous forme de colloque, le 28 janvier, à Bruxelles. Le coût de participation à ce cycle s'élève à 750 FB par jour ou à 1900 Fb pour l'ensemble de la formation (3 jours).

Pour infos: «Cultures et Santé» asbl, Avenue de Stalingrad 24, 1000 Bruxelles: Tél.: 02/513.56.99 - Fax: 02/513.82.28

«Faire rimer école et santé»: un cycle de formation proposé par la Croix-Rouge

Le secteur Education pour la Santé de la Croix-Rouge propose à partir de janvier 1998 un programme de formation destiné au milieu éducatif ainsi qu'aux parents soucieux de la santé de leurs enfants à l'école.

«Faire rimer école et santé» s'orchestrera selon trois modules. Le premier, d'une durée de trois jours, répondra à la question «comment promouvoir le bien-être mental, social et physique des enfants et des jeunes?», le second et le troisième se dérouleront chacun sur 2 jours et répondront respectivement aux questions suivantes: «comment élaborer et implanter des actions-santé à l'école? et «comment gérer les comportements à risques des jeunes?»

Ces formations pourront être suivies à Bruxelles, Charleroi, Verviers ou Namur. Les frais d'inscriptions s'élèvent à 3.300 fb pour le premier module et à 2.200 fb pour les deuxième et troisième modules. Un repas froid est compris dans le prix.

Pour infos: contacter le service Education pour la Santé de la Croix-Rouge: 02/346.02.37

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

Equilibre: une formation pour prévenir les chutes liées au vieillissement, initiée par l'asbl Question Santé et coordonnée par le Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles.

Le projet *Equilibre* aborde la thématique du vieillissement à Bruxelles, sous l'angle de la prévention des chutes à domicile.

La démarche est centrée sur un module de formation, d'octobre '97 à juin '98, destiné aux intervenants à domicile en contact avec des personnes de 60 ans et plus. L'approche développée considère la personne vieillissante dans son environnement humain (les proches ainsi que les professionnels) et son lieu de vie quotidien (intérieur et extérieur). Quatre axes seront développés: le vieillissement (de septembre à décembre 1997), la communication (janvier 1998) le diagnostic de l'environnement (avril 1998) et la mobilité (avril 1998). Les modules peuvent être suivis séparément ou non.

Pour infos: Luciane Tourtier, coordinatrice du projet Equilibre: 02/512.41.74

AGENDA

- les **18 et 19 mars 1998**: 2èmes rencontres internationales de l'écoute organisées à l'initiative de Télé-Accueil Bruxelles, sur le thème «L'écoute: promesses et impasses». Renseignements: 02/538.49.21
- le **samedi 21 mars 1998 de 10h à 12h30**: réunion d'information organisée par l'Association Belge contre les Maladies Neuro-Musculaires (A.B.M.M.) sur le thème «Les progrès récents de la recherche dans la maladie de Steinert ou dystrophie myotonique» par le Docteur Ch. Verellen (centre de génétique médicale, UCL). Renseignements: 02/657.23.88 - 02/672.35.91 - 081/65.58.85

Secrétariat de rédaction :
Françoise Kinna

Comité de rédaction :

Dr Robert Bontemps
Thierry Doyen
Thierry Lahaye
Dr Roger Lonfils
Solveig Pahud
Dr Aldo Perissino
Luciane Tourtier
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



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

DANS NOTRE PROCHAIN NUMÉRO :
Territoire et citoyenneté