

# BRUXELLES SANTÉ

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°26 - juin, juillet, août 2002



N°26

## Les soins et l'aide

## à domicile



BELGIQUE-BELGIE  
P.P. - P.B.  
BRUXELLES X - BRUSSEL X  
BC 1785

### En direct de...

Le CASG du Centre de Service Social  
de Bruxelles Sud-Est .....pages 2 à 7

**Bouquins malins** .....pages 8 et 9

### Dossier

Les soins et l'aide à domicile . . . . .pages 10 à 19

### Initiative

Pouvoir d'agir et pratiques sociales :  
changer le monde au quotidien . . .pages 20 et 21

### L'écho du CLPS

La documentation en promotion de la santé :  
des informations à exploiter . . . . .pages 22 et 23

**Annonces** .....page 24

## En direct de...

# Le CASG du Centre de Service Social de Bruxelles Sud-Est

Depuis 1998, à Bruxelles, les services sociaux dépendant de la CoCoF\* sont rebaptisés Centres d'Action Sociale Globale (CASG). Un nouveau décret a précisé leurs missions et, tout récemment, une campagne de communication a été lancée dans le métro bruxellois : "Tout n'est pas rose?... On ne vous forcera pas à sourire, mais on vous aidera à réagir." Nous avons rencontré deux membres de l'équipe du CASG du Centre de Service Social de Bruxelles Sud-Est, Caroline Vandermeersch, coordinatrice du centre, et Anne Scheuren, assistante sociale, responsable du Centre de documentation et de lecture... Un Centre de documentation? Eh oui! On parle toujours, en promotion de la santé, d'une conception large — physique mais aussi psychique et sociale — de la santé, et d'agir sur les déterminants de celle-ci. Parmi lesquels, la culture. En voici justement un exemple. Mais, d'abord, présentation.

**Caroline Vandermeersch** : Le CASG du Centre de Service Social de Bruxelles Sud-Est a la particularité d'avoir des antennes, au nombre de quatre, couvrant ainsi Ixelles et une partie d'Etterbeek. Le siège, rue de la Cuve, <sup>1</sup> (tout près de la place Flagey), offre une permanence de 20h/semaine, et chaque antenne agréée est ouverte 8h/semaine : une à la Porte de Namur (rue de l'Athénée, 26), une à la Chasse (avenue Pirmez, 47), une au quartier Boondael (avenue des Grenadiers, 48) et la dernière près de la place Brugmann (rue Joseph Stallaert, 6). Nous sommes des généralistes, mais certains CASG ont des particularités qu'ils ont développées au fil du temps. Pour réorienter, si nécessaire, les personnes qui s'adressent à nous, nous avons soit des conventions de collaboration avec d'autres services du quartier, soit des collaborations non conventionnelles, par exemple avec les divers services de la Commune, l'IMS, les centres PMS, les écoles, les logements sociaux, etc. Notre caractère généraliste nous amène à travailler largement en réseau.

© Photos de couverture : Alexandre Muylle/Question Santé

### Individuel, collectif et communautaire...

La brochure publiée par la CoCoF dans le cadre de la campagne "Tout n'est pas rose?" précise que les CASG sont "de véritables services sociaux généralistes". Ils sont ouverts à tous et offrent des services entièrement gratuits. Les travailleurs sociaux des CASG assurent un premier accueil, une analyse des besoins et de la situation de la personne, qu'ils peuvent orienter vers un service plus spécialisé ou accompagner dans ses démarches juridiques ou administratives. Ils peuvent aussi mettre en place un suivi adapté à sa demande. Mais, outre cette intervention individuelle, ils offrent des réponses collectives ou communautaires. "L'originalité des CASG, poursuit la brochure, est de développer avec les bénéficiaires des réponses collectives ou communautaires favorisant leur participation. Cette intervention vise à lutter contre l'isolement et les mécanismes d'exclusion sociale et culturelle de la population."



Photo © : Question Santé

#### **Mais quelle est la distinction entre «collectif» et «communautaire» ?**

**C. V. :** Le décret des CASG définit l'action collective et communautaire : "L'action collective vise à induire, à élaborer et à apporter aux bénéficiaires, en interaction avec leur milieu de vie, des réponses collectives à des problématiques individuelles, à restaurer des liens sociaux ainsi qu'une dynamique de solidarité et de prise de responsabilité entre les personnes. L'action sociale

communautaire vise à induire, à élaborer, à initier et à développer, avec et pour les bénéficiaires, des réponses collectives à des problématiques collectives, des actions concrètes favorisant leur participation et cohabitation sociales et culturelles ainsi que la prévention et la lutte contre l'isolement et les mécanismes d'exclusion sociale et culturelle".

Le travail individuel met en évidence une série de problèmes auxquels on peut apporter des réponses individuelles mais aussi collectives : par exemple, avec le passage à l'euro, nous avons créé un groupe à l'intention des personnes désireuses de mieux comprendre la nouvelle monnaie et de s'y familiariser. Un exemple de travail communautaire est un autre groupe que nous avons organisé et appelé *L'école, l'enfant et vous*. Au moment du nouveau décret sur l'enseignement, les parents étaient sollicités pour faire partie des conseils de participation de l'école, mais ils ne savaient pas du tout de quoi il s'agissait. En partenariat avec Vie Féminine, nous avons rassemblé un groupe de femmes pour expliquer ce décret, ses implications concrètes et le rôle qu'elles pouvaient y prendre. Certaines femmes de ce groupe se sont mobilisées, elles ont pris part aux conseils de participation de l'école de leurs enfants. Voilà la différence avec le travail collectif: cela débouche sur une action — sur leur vie, sur leur environnement... L'action communautaire est un travail à long terme. Nous avons affaire à des personnes qui n'ont pas de quoi manger tous les jours, qui ont des problèmes de logement, etc. : les besoins de base ne sont pas couverts. Elles ont donc beaucoup de mal à penser à autre chose. La confiance met longtemps à s'installer. Les priorités sont ailleurs... Ainsi, leur insertion dans leur quartier semble une approche plus dynamisante, même si la mobilisation reste lente.

**Anne Scheuren :** Nous participons au projet *accès à l'énergie*, qui veut se développer en projet d'action communautaire. Cela fait près de trois ans que nous y travaillons, mais avec la complexité et les diverses modifications des ordonnances, rien n'est simple. Des choses se mettent en place, par exemple la préparation

de plaquettes pour expliquer à l'utilisateur le circuit d'une facture de gaz ou d'électricité (rappel, mise en demeure,...). Pour aboutir à une action communautaire, il faut tout un processus...

**C.V. :** Toute une série de notions très pratiques ne sont pas ou peu connues par les personnes : qu'est-ce qu'un compteur ? Où se trouve-t-il ? Combien vaut un kW/h ? Quelle consommation représente une douche ?... Il faut passer par une série d'étapes avant de s'approprier l'accès à l'énergie, comprendre le système afin de pouvoir l'utiliser de façon responsable... Nous faisons aussi beaucoup d'information sur l'accès aux droits fondamentaux, sur les ressources sanitaires, sociales, économiques, culturelles, l'éducation permanente... Nous touchons un peu à tous les domaines. Certains usagers viennent simplement chercher un renseignement mais sont tout à fait autonomes pour entreprendre les démarches; d'autres ont besoin d'un accompagnement : par exemple, ils ne peuvent pas aller seuls au Palais de Justice demander un avocat *pro deo*, que ce soit à cause d'un problème de langue ou parce qu'ils ne savent pas s'orienter dans Bruxelles; il ne s'agit pas toujours d'une raison financière.

### Une population mouvante

#### *Comment se caractérise la population que touchent le centre et ses antennes?*

**A. S. :** Elle varie beaucoup selon les quartiers. Ici, près des Etangs d'Ixelles, c'est une population à forte densité d'immigrés, notamment portugais. Sur le plan économique, il y a beaucoup de minimexés, de chômeurs, de gens dont le revenu dépend de l'INAMI. En dix ans, la population a beaucoup changé. Il y avait davantage de pensionnés, les habitants étaient relativement plus aisés. Un certain nombre de " personnes déplacées " sont arrivées à Ixelles : d'ex-Yougoslavie mais aussi d'Afrique — en raison sans doute de la proximité du quartier de Matongé. On voit d'ailleurs que Matongé s'étend de la Porte de Namur vers la place Flagey.

**C.V. :** Historiquement, l'antenne du quartier de la Chasse rencontrait une population dite du quart-monde. Aujourd'hui, elle compte une importante population d'une grande diversité culturelle, qui varie d'ailleurs selon les périodes : actuellement, nous retrouvons un certain nombre de personnes venant des pays de l'Est, d'Arménie, de Géorgie, ainsi que de Russie, d'Albanie, de Turquie, de Yougoslavie... Lorsqu'il y a une situation de guerre dans un pays, on le voit rapidement. Je suis surprise de la rapidité de ces mouvements de population, qui interviennent parfois dans les semaines qui suivent un événement international. Le CPAS d'Ixelles est un de ceux où le nombre de candidats réfugiés politiques a été le plus élevé : plus de 2.000 demandes d'aide, ceci avant l'entrée en vigueur de la loi qui détermine la répartition des candidats réfugiés politiques dans toutes les communes de Belgique...

Dans le quartier de la Porte de Namur, il y a pas mal d'hommes isolés, qui vivent dans des chambres meublées, mal entretenues, parfois à la limite du taudis, étroites, avec juste un lit, une table et une chaise. Ce sont souvent des Belges, la cinquantaine ou la soixantaine. Ils restent seuls dans leur chambre, sans raison de se lever le matin, sans rien à faire, sans même la télévision. Dans les activités que nous organisons, comme les repas chauds, certains d'entre eux nous aident volontiers parce que cela leur donne une raison de se lever et une certaine revalorisation. Ils arrivent à retrouver un rythme de vie, ils reprennent confiance en eux. Parfois cela débouche sur des activités dans d'autres asbl, où certains retrouvent un emploi.

L'augmentation des loyers a été un élément influent dans la vie des habitants. Vers 1990, le boom immobilier a causé un problème terrible : dans le budget de la population qui s'adresse à notre centre, la part consacrée au loyer est énorme. On a beau dire qu'il ne faut pas y consacrer plus d'un tiers de ses revenus : ici c'est facilement deux tiers. Le loyer minimum pour une famille, c'est 396 à 421 €. Pour avoir un appartement correct, un isolé doit payer 347 €. Une chambre, sans douche, sans cuisine, c'est 297 €. Pour un revenu de 545 €... Et

il faut encore compter le gaz, l'électricité et l'eau. Même un isolé arrive vite à 100 € de charges.

### Le Centre de documentation et de lecture

Les caractéristiques de la population du quartier des étangs (Place Flagey) expliquent aussi le choix du Centre de documentation.

**A. S.** : Le Centre de documentation et de lecture a été créé en 1994; il a fallu près d'un an pour le lancer. Nous avons commencé par une analyse du quartier. Il y a une forte densité d'enfants, et on est à proximité de plusieurs écoles. Les problèmes socio-culturels sont fréquents, beaucoup d'adultes maîtrisent mal le français, beaucoup d'enfants ont des difficultés scolaires. Les conditions de vie des familles ne sont pas faciles et la scolarité n'est pas forcément une priorité. D'autres soucis priment : le loyer, les soins de santé, la nourriture. L'espace de vie est très restreint : à la maison,

il n'y a pas de place pour la lecture. Et pas de moyens financiers non plus pour acheter des livres ou même pour faire des recherches documentaires.

A partir de là, et après des recherches dans la commune et ailleurs pour voir ce qu'il y avait moyen de créer pour ce type d'action, après avoir discuté avec les parents, fait de petites enquêtes dans les écoles, je suis arrivée à la conclusion qu'un centre de documentation et de lecture pouvait être une aide efficace pour ces enfants. En 1994, les diverses antennes ont commencé à faire des recherches pour trouver des intervenants. Nous tenons à ce qu'il y ait chaque fois quatre ou cinq adultes pour s'occuper des enfants : ceux-ci ne savent pas toujours bien clairement ce qu'ils doivent chercher, donc il y a déjà un travail à ce niveau-là. Et puis, ils ne savent pas comment s'y prendre : les personnes sont là pour les soutenir, faire la recherche avec eux, les motiver, leur apprendre à travailler. Les assistants



Photo © : Question Santé

sociaux du CASG ont trouvé ces intervenants dans les différents quartiers de la commune. Outre l'accueil des enfants le mercredi après-midi, les personnes bénévoles s'occupent le vendredi après-midi de tout ce qui est dépouillement de la documentation, découpage, classement. Et c'est un gros travail !

### *Qui sont ces intervenants ?*

Il y a beaucoup de «mamys», mais cela va quand même de 35 à 88 ans! Souvent, elles cherchent une activité pour se sentir utiles, entrer en contact avec les jeunes du quartier. Finalement des liens extrêmement



Photo © : Question Santé

Outre la documentation, il y a la bibliothèque : les enfants peuvent emprunter des livres ou lire sur place. Là aussi, une bénévole fait la lecture aux enfants; parfois ils se mettent en petits groupes et elle les fait lire tour à tour. A côté de cela, beaucoup d'enfants ont des problèmes de maîtrise du français, particulièrement dans certaines écoles où les dernières vagues d'immigration sont regroupées. Certains enseignants proposent aux enfants de venir au centre pour être aidés au niveau de la lecture. A travers le jeu, l'image, des activités de lecture sont mises en place le mercredi.

positifs se créent entre elles : cela devient un groupe d'amies qui se retrouvent. Le projet s'est ainsi élargi aux adultes et au quartier. L'aspect intergénérationnel est déjà très enrichissant, mais l'aspect interculturel joue aussi. Car les bénévoles elles-mêmes sont de différentes nationalités, et parfois le contact passe de manière différente avec des enfants d'origine étrangère. Et puis, celles qui vivent dans le quartier rencontrent les enfants dans la rue, l'enfant se sent valorisé quand il peut raconter ce qu'il a fait à l'école. Le lien se crée au centre mais se répercute dans le quartier.

**C.V. :** Ces bénévoles représentent aussi la mémoire, l'histoire du quartier; les enfants adorent les entendre évoquer ce savoir qu'elles ont de par leur âge. La plus âgée a 88 ans, c'est elle qui fait la lecture aux enfants, et c'est comme une grand-mère pour eux, qui sont parfois déracinés, qui ne voient plus leur propre grand-mère... Nous avons remarqué aussi que les barrières culturelles entre les enfants et les intervenants tombaient.

était d'éviter le décrochage scolaire, de revaloriser l'enfant par rapport à soi, par rapport à l'adulte, à ses parents.

**Et en pratique ?**

**A.S. :** Le Centre de documentation et de lecture se situe au n° 28 de la chaussée de Boondaël. Il est ouvert tous les mercredis de 14 à 17h.



Photo © : Question Santé

Quand on ne connaît pas les autres, on a beaucoup de préjugés, d'images toutes faites, d'inquiétudes même. Or nous avons entendu des échanges entre les enfants et les adultes : "Ça, chez moi, on le fait comme ceci... Ah! chez moi, on le fait comme ça." Quelque chose naît de cela, on sent que les comportements agressifs sont remplacés par des liens beaucoup plus positifs et créateurs de solidarité dans le quartier.

**A.S. :** Oui, maintenant le lien s'est créé : les enfants se connaissent, ils connaissent l'école de l'autre, ils se retrouvent dans le quartier. C'est un projet assez dynamisant, rien qu'au niveau relationnel entre les enfants, mais aussi au niveau de l'objectif de base, qui

Les enseignants peuvent emmener leur classe visiter le centre; il suffit de me contacter pour prendre rendez-vous au 02/648.50.01. Il y a un local pour la bibliothèque, un pour la recherche documentaire, et la grande salle comprend une série de caisses à thèmes, où les enfants peuvent trouver l'image ou le texte qu'ils recherchent. S'ils doivent faire une élocution, ils peuvent la préparer sur place avec l'aide des intervenants. Et certains documents peuvent être photocopiés.

\* Plus particulièrement sous la tutelle du Ministre chargé de l'Action sociale, Alain Hutchinson.

*Propos recueillis par F. Kinna et A. Cherbonnier*

En collaboration avec le Réseau Bruxellois des Centres de Documentation de la Santé

## Dossier cancer

Cultures & Santé, 2002.

Ce matériel est un support pour les intervenants désireux d'approcher la problématique du cancer. Spécialement étudié pour un public peu scolarisé, il a l'avantage de s'adresser à tous. Il permet d'aborder les thèmes liés au cancer, des facteurs de risques aux méthodes diagnostiques en passant par les signes d'alerte du développement de la maladie. Le matériel est constitué de supports visuels aux formats A2, A3 et A4, plastifiés. Facile à manipuler, le dossier donne également des repères théoriques aux animateurs.

*Disponible sur commande (le délai de livraison peut varier de quinze jours à un mois) au prix de 75 € + frais de port. En consultation au centre de documentation les jeudis et vendredis de 10h00 à 16h30.*

*Cultures & Santé (02 558 88 10)*

## Amalgames dentaires et métaux lourds

Quels risques pour la santé et pour l'environnement?

Paul Lannoye (dir.), Paris, Ed. Frison-Roche, 2001.

Pour la première fois, un colloque international a permis une confrontation directe des points de vue de professionnels de la santé (médecins, dentistes), de représentants de plusieurs Gouvernements européens, de la Commission européenne, d'Universités et d'associations de patients. Cet ouvrage nous livre le contenu intégral des exposés et des débats qui ont animé ce colloque. Il permet ainsi à tous, spécialistes, praticiens, décideurs politiques ou simples citoyens, de se faire une opinion sur les enjeux et les questions que chacun est en droit de se poser : quelle est la nature réelle des risques encourus ? Les femmes enceintes et les jeunes enfants sont-ils plus vulnérables ? Pourquoi certains pays européens ont-ils adopté de nouvelles législations ou des réglementations particulières ?...

*En prêt au CRIOC (02 547 06 11)*

## Cannabis

Quels effets sur le comportement et la santé?

Expertise collective, INSERM, 2001

Face à la montée en puissance de la consommation de cannabis, première substance psychoactive illicite expérimentée par les jeunes en France, la question de ses effets potentiels sur le comportement et la santé est plus

que jamais à l'ordre du jour. L'intérêt de cet ouvrage réside dans sa mise à plat objective des données réellement disponibles dans les champs de l'épidémiologie, la sociologie, la toxicologie, la neurobiologie et la clinique. Les nombreux travaux réalisés en recherche pharmacologique sur les cannabinoïdes sont rapportés dans ce document afin d'éclairer les mécanismes d'action de ces substances au niveau du système nerveux central. Alors que les effets psychoactifs et somatiques immédiats ou à court terme associés à une consommation de cannabis sont maintenant bien connus, les conséquences à long terme sur la santé d'une consommation chronique restent insuffisamment étudiées.  
*En prêt à Prospective Jeunesse (02 512 17 66)*

## La fièvre des achats

Jean Adès, Michel Lejoyeux

Les Empêcheurs de penser en rond, 2002

Eléonore, 38 ans, achète, par crises, ce qu'elle voit dans les magasins de luxe, des objets qu'elle ne sait à qui offrir, des livres d'art qu'elle n'ouvre pas. Quelles que soient ses résolutions, l'envie d'acheter est irrésistible. Qui n'a jamais acheté, sans raison valable ni réelle envie, un objet inutile ? Quitte à en éprouver très vite du regret, et parfois se sentir coupable ? Cet «achat pour l'achat» diffère de l'acquisition nécessaire et quotidienne des biens de consommation. Achat «remède», il relève bien plus de la consolation : certains, face aux difficultés, aux conflits, aux contraintes, se précipitent sur l'achat comme d'autres sur la nourriture, la sexualité, l'alcool ou la drogue. Impulsifs, répétés, très vite inadaptés aux ressources, longtemps dissimulés à l'entourage, les achats compulsifs plongent les personnes dans de graves difficultés sociales et psychologiques.

*En prêt à Prospective Jeunesse (02 512 17 66)*

## Le nouvel esprit de famille

Claudine Attias-Donfut, Nicole Lapierre, Martine Segalen  
Editions Odile Jacob, 2002

La famille élargie a-t-elle disparu ? Le rôle des générations est-il effacé ? L'amour filial est-il fini ? Certainement pas. Cette enquête unique sur les liens familiaux tels qu'ils se vivent au quotidien entre toutes les générations dans la France d'aujourd'hui le montre de façon étonnante. Elle révèle que ces relations ont plus que jamais un rôle essentiel et que de multiples transmissions assurent le relais de

l'histoire et de la mémoire. Non, famille et modernité ne sont pas contradictoires ; oui, dans toutes les couches sociales, il existe un «esprit de famille», une façon d'être entre soi qui conforte liens et continuité tout en ménageant, mieux que par le passé, l'autonomie de chacun.

*En prêt à Prospective Jeunesse (02 512 17 66)*

## L'adolescence à risque

David Le Breton

Autrement, Mutations, 2002

Les conduites à risque ont pris une ampleur saisissante au fil des années : accidents de voiture, de deux-roues, tentatives de suicide, fugues, errance, toxicomanie, alcoolisme, troubles alimentaires, tous ces phénomènes sont en constante augmentation. Le risque comme mode de vie est devenu une donnée fondatrice pour les jeunes générations. Les sports de glisse leur ont offert un statut esthétique, culturel et même éthique, une manière d'être, en corps à corps avec le monde. Par ailleurs, les incivilités, la délinquance, les violences attisent l'inquiétude et aggravent le fossé d'incompréhension avec le monde adulte. Médecins, psychiatres, philosophes, sociologues, travailleurs sociaux, les auteurs qui ont contribué à cet ouvrage sont tous profondément impliqués dans la prévention ou la prise en charge des jeunes. Ensemble, ils se proposent de démêler les significations des conduites à risques, de mieux écouter et prendre en compte les messages qu'elles nous envoient. De comprendre aussi comment et pourquoi elles permettent aux jeunes de se construire, malgré tout, sur le chemin de l'âge d'homme.

*En prêt à Prospective Jeunesse (02 512 17 66)*

## La France du suicide

Pr Michel Debout

Stock, 2002

"Le suicide, inscrit dans l'histoire des hommes depuis le commencement de l'humanité, a toujours dérangé : il questionne le sens de la vie, de la relation aux autres et il interroge la médecine. Comme médecin légiste, j'ai pris en charge de nombreux corps de suicidés et rencontré les familles endeuillées ; comme psychiatre en service d'urgences, j'ai parlé à beaucoup de ceux qui survivent à leur acte ; je me suis convaincu que le suicide est la marque du désarroi souvent extrême et non celle de la liberté. C'est

pourquoi je milite pour la prévention du suicide, de façon à regarder en face ce geste humain, veiller à le transformer ni en acte héroïque ni en comportement honteux, et aider ceux qui sont tentés par lui à trouver un autre chemin que celui de la mort. C'est très souvent parce que la personne est restée silencieuse dans son désespoir qu'elle passe à l'acte, prenant le risque d'en mourir, et c'est pour cela que, s'il est difficile de parler du suicide, il est toujours plus douloureux de se taire. On recense en France chaque année 12.000 décès par suicide."

*En prêt à Prospective Jeunesse (02 512 17 66)*

## Le guide internet de la santé

Stefan J. Darmoni

Paris, MMI Editions, 2000

Internet est devenu une source majeure d'informations santé pour le grand public. Malheureusement les moteurs de recherche ne permettent pas d'obtenir l'information disponible de manière claire et organisée. D'où une perte de temps souvent considérable, et un sentiment de noyade devant l'avalanche d'informations proposées. En outre la qualité des informations sur Internet va du meilleur au pire. Pour vous aider dans cette jungle, le docteur Stefan Darmoni a sélectionné dans cet ouvrage les sites d'informations santé francophones vraiment utiles, et surtout fiables.

*En consultation au CLPS de Bruxelles (02 639 66 88)*

## Les inégalités sociales de santé

Ouvrage collectif, Paris, La Découverte-INSERM, 2000

Dix mille par an : c'est le nombre de décès prématurés que l'on pourrait éviter si les ouvriers et les employés avaient en France la mortalité des cadres supérieurs et des professions libérales. Ces données sont publiques, pourtant elles n'ont été jusqu'à présent que peu débattues publiquement, alors même que la France fait partie des pays européens où les disparités devant la mort sont les plus fortes. D'où l'importance de ce livre, fruit d'un programme de recherches pluridisciplinaires, qui dresse un état des savoirs en matière d'inégalités sociales face à la santé. Pour les grands domaines de la santé et les principales maladies, il apporte des informations précises et révèle des faits encore trop méconnus, s'efforçant d'expliquer pourquoi ces inégalités ont leurs racines en amont du système de soins.

*En consultation au CLPS de Bruxelles (02 639 66 88)*

# Les soins et l'aide à domicile

**“Le vieillissement de la population : inquiétant?”, titre Le Ligeur du 15 mai dernier. C’est une question que l’on se pose depuis longtemps déjà, que ce soit en termes économiques (comment payer les pensions?), culturels (la “révolution grise” en Allemagne) ou médico-sociaux. C’est bien entendu à ce dernier point de vue que nous nous attacherons ici, à propos des personnes les plus âgées. Celles-ci, si elles peuvent rester autonomes — l’autonomie étant “la capacité de se gouverner selon ses propres lois” — sont souvent peu ou prou dépendantes<sup>1</sup>, c’est-à-dire ont du mal à effectuer toutes les activités de la vie quotidienne. Dans la mesure où la grande majorité de ces personnes restent vivre chez elles le plus longtemps possible, nous parlerons de l’aide et des soins à domicile.**

Un bref détour historique permet de voir que le maintien à domicile des personnes âgées n’est pas une conception récente mais qu’elle a pris aujourd’hui une tournure particulière. Tant que le mode de vie traditionnel n’était pas remis en question (c’est-à-dire jusqu’à la révolution industrielle), la question ne se posait même pas : la personne âgée restait dans sa famille — à moins d’être indigente, auquel cas c’est l’hôpital (au sens ancien du terme : voir notre dossier dans le n° 24) qui l’accueillait. Malgré les bouleversements sociaux, culturels et économiques qui surviennent



Photo © : Françoise Jacobs/Question Santé

au XVIIIe siècle, “la famille reste ancrée dans la tradition, même si celle-ci est parfois lourde à porter, et la personne âgée a sa place. Au XIXe et au début du XXe siècles, de nombreux auteurs montrent que cette place était naturelle par fonction, mais qu’elle ne correspondait pas à un réel désir humain. (...) Toutefois, cette personne âgée à domicile gênait peu la société dans la mesure où la place qui lui était accordée (ou reconnue) relevait d’une prise en charge par des acteurs ayant, dans leur fonction, cette attribution. C’est la femme du foyer qui s’occupait d’elle, alors que l’homme allait «au travail», à l’extérieur”<sup>2</sup>.

Les changements qui vont intervenir au XIXe et surtout au XXe siècle sont conditionnés, bien évidemment, par le facteur démographique (allongement de l’espérance

de vie) : les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses. Mais d'autres facteurs interviennent. D'abord, l'intervention croissante de l'Etat. Ainsi, en France, dès 1851 est votée une loi définissant la pratique de l'aide sociale aux personnes âgées et plaçant l'hospice au centre du processus de la prise en charge (accueil des vieux mais aussi des infirmes et des incurables : l'hospice reprend donc l'ancienne fonction de l'hôpital, qui de son côté se médicalise). Toujours en France, on décide en 1905 de "verser une allocation à tous les nécessiteux, c'est-à-dire les incapables atteints par une limite d'âge"; et en 1910 apparaissent les pensions de retraite ouvrières et paysannes. Celles-ci sont cependant très faibles. Un autre facteur intervient probablement : les représentations collectives. L'hospice a toujours eu une image assez désastreuse (en gros, celle d'un mouiroir).

Les maisons de repos (MR) et les maisons de repos et de soins (MRS) d'aujourd'hui n'ont certes pas une réputation pareille, quoiqu'il y ait sans doute encore beaucoup d'améliorations à apporter : "En Belgique, le secteur des maisons de repos est très structuré, avec de grandes unités de vie et une population dont la moyenne d'âge est de 85 ans : on peut vraiment parler de quatrième âge plutôt que de troisième âge. Dans ces grosses structures, des personnes aussi âgées passent rapidement du statut de sujet à celui d'objet, il faut bien le dire."<sup>3</sup>

Quoi qu'il en soit, les intéressés souhaitent rester chez eux le plus longtemps possible : "De nombreuses études ont montré que la personne âgée souhaite par dessus tout maintenir son autonomie et son identité. En conséquence, elle redoute tout ce qui risque de la désapproprier d'elle-même.



Photo © : Christian Bitsch/Question Santé

La maison de repos apparaît comme une solution ultime que l'on essaie d'éviter."<sup>4</sup>

Aussi pourrait-on penser que tout ce qui permet le maintien à domicile des personnes âgées est positif en soi. Geneviève Favrot-Laurens<sup>5</sup> relativise cette conception : il ne faut pas seulement voir dans le maintien à domicile un «plus» en termes de qualité de vie pour la personne âgée. Car d'autres motivations qu'humanistes sont à l'œuvre : "Au cours des années 1980, pressés par le coût croissant des soins à une population âgée en augmentation, les pouvoirs publics redécouvrent le potentiel de travail bénévole que représentent les familles dont l'activité soignante était jusqu'alors occultée. On rappelle alors que chacun préfère vieillir chez soi, on vante les vertus curatives du cadre familial et l'on met en avant la solidarité envers ses proches."

### L'aide apportée par la famille

Dès lors, poursuit cet auteur, "l'offre de services professionnels se définit comme «une aide aux aidants», faisant de la famille le pivot de l'aide et lui laissant la

charge de la majeure partie du travail domestique, de la surveillance continue du malade et d'une partie des soins. Certaines familles trouvent dans l'aide offerte, si minime soit-elle, l'occasion souhaitée de prendre en charge une activité qu'elles jugeaient jusqu'alors incompatible avec leurs autres activités. D'autres ne font le pas que pressées par la contrainte morale, car l'offre de services renforce le sentiment de culpabilité lié à «l'abandon» d'un parent ou d'un conjoint."

Remarquons aussi que lorsqu'on dit «la famille», il s'agit en fait essentiellement des femmes : "La prise en charge de cette activité, dans des conditions souvent contraignantes et douloureuses pour les proches, utilise le plus souvent la disponibilité d'une femme, plus rarement celle d'un homme à la retraite ou au chômage.(...) La compétence en termes de soins corporels et de tâches ménagères, implicitement reconnue à toutes les femmes en raison de leur sexe, leur permet difficilement d'éviter la réalisation effective des soins. Pour éviter les tâches qu'elles jugent rebutantes ou trop douloureuses, elles doivent mettre en avant des arguments socialement acceptables, tels que leur pénibilité physique ou leur difficulté technique. «L'incompétence»

masculine, symétrique de la compétence des femmes et quasiment toujours mise en avant dans cette génération par les hommes concernés comme par leur entourage, facilite par contre l'accès à une aide professionnelle."

Quoi qu'il en soit, l'aide apportée aux personnes âgées à domicile est donc encore largement le fait de la famille. "La solidarité intrafamiliale ne paraît en voie de disparition que si, ainsi que le rappelle A. Pitrou, l'on se réfère à une famille mythique."<sup>6</sup> L'image du vieillard abandonné à



Photo © : Vincent Lebrun/Question Santé

lui-même est, statistiquement parlant, inexacte. Dans le rapport d'une recherche commanditée par la COCOM, portant sur les conditions de vie de la population âgée à Bruxelles, les auteurs<sup>7</sup>, citant une étude de la CEE (1993), constatent "qu'en Belgique, 81,3% des personnes âgées voient quelqu'un de leur famille au moins une fois par semaine, et pour plus d'un tiers cette visite est quotidienne. Dans les pays où l'organisation sociale est la plus poussée (Danemark, Pays-Bas, Royaume-Uni) ces pourcentages sont beaucoup plus faibles. Par contre, dans les pays méditerranéens, le pourcentage de contacts quotidiens se situe entre 60 et 70%. Cette substitution au niveau du réseau social est significative et laisse déjà entrevoir la place que la famille occupe en Belgique dans le maintien à domicile de la personne âgée. (...)"

"Parmi les Bruxellois ayant 75 ans et plus (environ 80.000 en 1991), quelque 13% vivent en MRS, MR ou séniorie, et 87% à leur domicile (soit environ 70.000). (...) La plupart des personnes âgées de 75 ans et plus vivent seules à domicile (59%). Vivre avec son conjoint à cet âge n'est donné qu'à une personne sur trois : 69% des hommes et 15% des femmes. La cohabitation avec un enfant est très rare. Elle n'est le lot que de 7,3% des 75+ (...). Cette solution est d'ailleurs rarement souhaitée. Les solidarités sociales s'organisent prioritairement à partir des liens familiaux. Les 3/4 des personnes ont au moins un enfant en vie. (...) Les relations se nouent selon le modèle «intimité à distance» : 80% des parents ont un de leurs enfants qui habite à moins d'une demi-heure de chez eux, et à peu près autant reçoivent de leurs enfants au moins une visite hebdomadaire (44% une visite quotidienne). Cependant 57% des parents ne pensent pas pouvoir être accueillis par un de leurs enfants en cas de maladie, et ce sentiment est d'autant plus fréquent que l'état de santé de la personne est déficient."

C'est l'état de dépendance qui conditionne le recours à l'aide et aux soins professionnels : "Pour les AIVQ<sup>8</sup>, la plupart (77%) des 75+ nécessitent une aide au moins légère. Mais de 11 à 15,5% ont besoin d'une aide importante. Cette aide est fournie aux 4/5 environ par des proches pour les repas, les courses, l'aide admi-



Photo © : Delphine Duprez/Question Santé

nistrative et le chauffage." Par contre, "le maintien à domicile de personnes ayant besoin d'aide pour plusieurs AVQ<sup>9</sup> est relativement rare (...). Il est quasi inexistant sans la présence d'un conjoint ou l'intervention d'un aidant proche."

### L'aide et les soins professionnels

En principe, l'aide et les soins à domicile concernent tout qui se voit, un jour, confronté à faire appel à l'extérieur pour recevoir des soins (para)médicaux, ou une aide lui permettant de rester à domicile. " Les soins de première ligne s'adressent à l'ensemble de la communauté en vue d'assurer à chacun l'accès aux soins et l'aide requise dans un environnement de qualité. Le retour ou le maintien à domicile devient ainsi une préoccupation majeure requérant une collaboration étroite entre les diverses instances de pouvoir, les institutions responsables de service et les professionnels. "10

En fait, il en va quelque peu différemment. Car l'aide et les soins à domicile, en raison de subventions trop faibles de la part des Régions, sont subordonnés au degré d'autonomie, au revenu et au nombre d'enfants à charge des demandeurs. C'est une assistante sociale (le plus souvent celle du CPAS) qui, après introduction de la demande, se rend à domicile pour évaluer la situation. Pratiquement, les prix des soins infirmiers à domicile (délivrés sur prescription médicale uniquement) sont fixés par l'INAMI. Ils sont partiellement remboursés par la mutuelle. Les prix des services d'aide à domicile, quant à eux, ont été fixés par arrêté ministériel. Ils varient entre 0,59 et 7,44 € l'heure en Région bruxelloise. Des réductions pour l'aide à domicile peuvent être obtenues en fonction de l'appartenance à telle ou telle mutuelle ou de la jouissance ou non d'une assurance libre complémentaire.

Autre réalité : " 60% des activités des services infirmiers à domicile sont consacrés aux aînés"<sup>11</sup> Et, comme le souligne, le Conseil bruxellois de Coordination socio-

politique dans son rapport sur le vieillissement<sup>12</sup>, " la demande en matière de soins et service à domicile est exponentielle. Le mouvement ne fera que s'accroître en raison de plusieurs facteurs : le nombre croissant de personnes âgées, le nombre croissant de celles-ci qui veulent rester le plus longtemps possible à leur domicile et la réduction des durées d'hospitalisation. " Selon l'étude menée par l'Ecole de Santé publique de l'UCL, précédemment citée<sup>13</sup>, " le taux de bénéficiaires âgés parmi les affiliés augmente pour les trois Régions. Pourtant, l'évolution diffère, particulièrement entre la Flandre et la Wallonie : les personnes âgées de moins de 85 ans sont proportionnellement plus nombreuses en Wallonie qu'en Flandre à bénéficier de SAD<sup>14</sup>. La différence n'est pas négligeable surtout entre 40 et 79 ans où il y a environ deux fois plus de bénéficiaires de SAD en Wallonie qu'en Flandre. Après 85 ans la tendance s'inverse, on assiste à une inflexion de la courbe du taux de bénéficiaires par affiliés wallons, tandis que l'autre courbe poursuit sa progression. L'écart s'inverse; parmi les plus de 85 ans, la proportion de bénéficiaires de SAD est la plus élevée en Flandre. "

### Contexte du vieillissement au niveau démographique

" En Belgique, l'espérance de vie ne fait qu'augmenter (en 1999, elle était de 81,4 ans pour les femmes, 74,9 pour les hommes) ; à l'échelle du siècle, nous avons gagné 30 ans. Aujourd'hui, la proportion des personnes âgées (65 ans et plus) est de 17,39% ; à Bruxelles-Capitale, elle est de 20,81%. En 1995, il y avait à Bruxelles-Capitale, 72.090 personnes âgées de plus de 75 ans (7,6%) et en 2000, elles étaient 78.892 (8,3%) alors que la tranche d'âge entre 0 et 14 ans représentait 17,5% en 1995 et plus que 15,4% en 2000. Aujourd'hui, Bruxelles-Capitale a la population la plus vieille; demain, elle sera la plus jeune mais elle ne le devra qu'à la présence massive de jeunes étrangers, la population de nationalité belge de la capitale restant de loin la plus vieille." <sup>15</sup>

Comme le souligne l'Observatoire de la Santé de la Région de Bruxelles-Capitale, on constate pourtant que, "par comparaison avec les autres régions, les



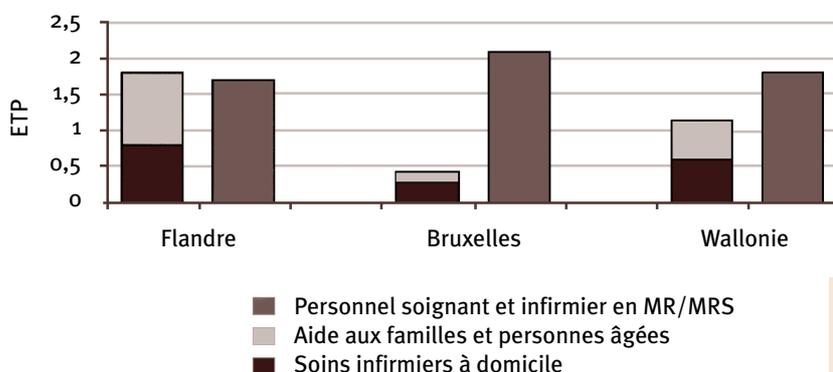
Photo © : Françoise Jacobs/Question Santé

services offerts aux personnes âgées à Bruxelles sont surtout orientés vers l'aide en institution avec une offre moins importante d'aide à domicile (...). La comparaison de l'offre en soins à domicile et soins en institution (MR et MRS) entre les 3 régions montre une offre beaucoup plus faible de soins infirmiers à domicile et surtout d'aide aux familles et aux personnes âgées à Bruxelles (...).<sup>16</sup> (Voir graphique ci-après).

Soins et aide à domicile ne recouvrent (théoriquement) pas les mêmes services. On entend par «soins à domicile» l'ensemble des prestations (actes techniques

et aide à la vie journalière) effectuées par le personnel infirmier à domicile, et par «aide», l'aide sociale et domestique que peuvent apporter les assistantes sociales, aides familiales, aides ménagères, gardes à domicile, etc. Ces deux secteurs d'activités ont été amenés au cours des ans à se développer et se spécialiser de manière relativement autonome. "La communautarisation des compétences autrefois nationales a transféré aux Communautés des matières personnalisables et donc le volet social et familial alors que les soins de santé relèvent du fédéral."<sup>17</sup>

**Emploi du personnel soignant et infirmier dans les institutions de soins (MR et MRS), dans les services de soins et d'aide à domicile en équivalents temps plein (ETP) pour 100 personnes de plus de 65 ans, par région, 1995.**



Source : Pacolet 1999 - *extrait du* Tableau de bord de la santé - Région de Bruxelles-Capitale 2001

### Les soins infirmiers à domicile (SAD)<sup>18</sup>

Le financement des SAD est donc assuré par l'NAMI. Jusqu'en 1991, le remboursement des soins infirmiers à domicile s'effectuait uniquement à l'acte. A partir de cette date, se met en place un nouveau système prévoyant l'attribution d'un forfait-soins journaliers aux personnes se trouvant en situation de dépendance. La dépendance est établie à partir des scores obtenus en utilisant une grille d'évaluation appelée échelle de Katz, basée sur le besoin d'aide dans les activités de la vie journalière. Elle est constituée de six critères d'é-

valuation physique (se laver, s'habiller et se déshabiller, se déplacer, aller aux toilettes, être continent, manger et boire) et de deux critères d'évaluation psychique (orientation dans le temps et dans l'espace). Pour chacun des critères physiques, quatre scores sont possibles, pour les critères psychiques, cinq. Selon la combinaison des scores, la personne est classée dans une catégorie de dépendance déterminée.

Le système d'évaluation est loin de répondre aux attentes qui ont présidé à sa conception. Il aurait même tendance à générer des effets contradictoires. L'échelle

de Katz donne lieu à des divergences d'interprétation, attribution du forfait dès qu'un seul acte est effectué, non adéquation des remboursements pour des prestations en égard à l'assistance apportée à des patients lourds. Cette situation préoccupante a été dénoncée par le Ministre Frank Vandenbroucke en mars 2001. Selon le Ministre, si le secteur se caractérise par une croissance des dépenses, cette croissance ne peut être imputée uniquement à l'augmentation du vieillissement de la population mais également à la diminution de la durée moyenne de séjour à l'hôpital, au développement de l'hospitalisation de jour, à l'augmentation des soins palliatifs à domicile et enfin à l'augmentation de prise en charge à domicile de patients atteints d'affections chroniques. Une réforme de la nomenclature s'impose donc.

Elle devrait répondre aux principes directeurs suivants :

- ▶ assurer le maintien des personnes âgées dans leur cadre de vie ;
- ▶ opérer une distinction entre les soins de courte durée et les soins chroniques, les soins simples et les soins complexes, les soins techniques et les soins de soutien éducatif, de façon à pouvoir structurer les demandes des patients pris en charge à domicile, et donc distinguer les soins aux personnes dépendantes en vue de les maintenir dans leur cadre de vie, la surveillance médicale après hospitalisation, les soins palliatifs et les prestations techniques ponctuelles sur prescription médicale ;
- ▶ prendre en compte le diagnostic infirmier et la nature de l'affection ;
- ▶ se fonder sur le degré d'autonomie du patient et les besoins en soins infirmiers ;
- ▶ établir les conditions organisationnelles pour certains types de soins (permanence, volume de soins, etc.) ;
- ▶ encourager la collaboration multidisciplinaire.

Les orientations énoncées ci-dessus, alliées à la réflexion permanente des différents acteurs, ont donné lieu à l'élaboration d'un nouvel arrêté royal fixant les normes d'agrément des prestations à domicile et distinguant plusieurs niveaux de pratique : la pratique en solo, en association, en cabinet de groupe ou la formule des Services Intégrés à Domicile (SID). L'arrêté

royal devrait porter ses effets dans le courant de cette année.

### L'aide à domicile<sup>19</sup>

Dès le début des années 80, la Flandre a adopté une politique volontariste de développement de l'aide à domicile. Le développement de services classiques est ainsi encouragé tout autant que celui de nouveaux services susceptibles de compléter l'offre existante et de renforcer la capacité de prise en charge par les familles elles-mêmes. En Wallonie, le secteur des maisons de repos a d'abord été privilégié en vue de répondre aux besoins des personnes les plus dépendantes. L'aide à domicile visant le public plus large des familles s'impose peu à peu à l'attention du politique depuis le milieu des années 90.

En Région flamande comme dans la partie francophone du pays, un système de contingentement est instauré. Celui-ci fixe un nombre maximal d'heures subventionnées pour l'ensemble des prestataires, eux-mêmes regroupés en fédérations de services. L'arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 16 décembre 1988 pose les jalons de l'organisation des services d'aide aux familles dans la partie francophone du pays.

En Région de Bruxelles-Capitale, la COCOF organise l'agrément des services d'aide aux familles et aux personnes âgées par son arrêté du 22 mars 1995, poursuivi notamment par les décrets des 18 et 27 mai 1999 et plus récemment par l'arrêté du 27 avril 2000. L'arrêté de 1995 précise la mission de ces services : "mettre temporairement à domicile et sans distinction d'opinion politique, philosophique ou religieuse, des aides familiaux, seniors ou ménagers à la disposition des catégories de personnes (personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficulté) qui en expriment la demande. Par priorité, l'aide doit être accordée à ceux qui en ont le plus besoin et qui sont les plus démunis sur le plan financier, de la santé physique ou psychique ainsi que sur le plan social." A Bruxelles, sept services d'aides familiales<sup>20</sup> sont ainsi subventionnés par la COCOF.

Quant à l'aide à domicile proprement dite, il existe trop peu de données permettant de cerner le recours aux aides familiales, gardes malades et paramédicaux. Dans une étude récente (1999-2000), les Mutualités socialistes se sont basées sur l'activité des aides familiales de trois centrales de services à domicile et en ont dégagé que les trois quarts des bénéficiaires avaient 65 ans et plus. Par ordre décroissant, le recours aux aides familiales est le plus important pour les personnes âgées, les personnes en difficulté économique, les personnes handicapées et les personnes avec des problèmes de santé. L'accompagnement n'est pas le seul fait des aides familiales mais est relayé par un ensemble de professionnels dont l'activité manque encore de réels outils de mesure pour l'instant.

En Région de Bruxelles-Capitale, les moyens affectés au secteur des aides familiales sont en forte augmentation ces dernières années : 75% entre 1995 et 2000. Toutefois, les moyens sont encore jugés largement insuffisants par rapport aux besoins.



Photo © : Hélène Martiat/Question Santé

### L'aide à domicile, concrètement...<sup>21</sup>

Aide familiale/senior : "L'AF ainsi que l'aide senior sont des professionnels à caractère polyvalent. L'aide familiale ou senior assiste et seconde les bénéficiaires dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne. Elle prévient notamment des dangers qui menacent le bénéficiaire et ses collègues et collabore avec tous les acteurs médico-sociaux entourant le bénéficiaire" (extrait du statut de l'AF).

Aide ménagère : "L'AM est une personne travaillant en équipe au sein d'un service social, dont la mission est essentiellement de seconder la personne qui éprouve des difficultés physiques, sociales et/ou psychologiques dans le nettoyage de son habitation. L'AM a également un rôle social : elle rend compte à l'assistante sociale de

l'évolution de la demande et des besoins de l'utilisateur, ainsi que de son vécu. C'est une personne discrète, ayant le souci du secret professionnel" (extrait de la charte de déontologie des AM de Bruxelles-Assistance).

Qui demande une aide familiale ? "Suite à une étude statistique des échantillons pris dans la population des bénéficiaires, il s'est avéré qu'il s'agissait majoritairement d'une population âgée, isolée avec des déficiences évidentes au niveau de l'état de santé physique (handicap moteur, thrombose, cécité, surdité, sida, cancer, maladie de Parkinson, de Huntington, diabète...) et psychologique (instabilité, confusion, dépression, solitude, toxicomanies, pertes de mémoire...). Il faut en outre préciser que la population plus jeune bénéficiant du services des AF et des AM présente également des problèmes de santé importants justifiant ainsi l'aide de ces services."

Les AF et les AM "n'ont généralement que peu de connaissances au niveau de la symptomatologie de pathologies précises et surtout au niveau des attitudes et comportements à adopter dans certaines situations leur permettant ainsi de pouvoir se protéger psychologiquement". Une recherche sur la pénibilité du travail chez les AF a par ailleurs fait ressortir les difficultés suivantes :

- ▶ sur le plan relationnel, mauvais accueil, instrumentalisation («bonne à tout faire»), non respect du travail, agressivité verbale (propos injurieux ou racistes). Ce manque de respect entraîne dévalorisation et démotivation;
- ▶ sentiment d'impuissance face à la souffrance, au placement, à la fin de vie;
- ▶ difficulté à mettre des barrières entre vie professionnelle et vie privée.

Des difficultés assez semblables sont vécues par les AM, qui soulignent en plus le manque de matériel et de produits (d'où des lombalgies et autres douleurs)... et la présence encombrante d'animaux domestiques !

### La coordination des soins et services à domicile<sup>22</sup>

Le 19 juin 1989, le décret de la Communauté française organisant l'agrément et le subventionnement des centres de coordination de soins et de services à domicile est voté, dans le souci de développer des soins globaux, intégrés et continus. Alliant soins et aide dispensés au domicile du patient, les centres de coordination de soins et services à domicile, agréés par les autorités compétentes, instituent la coordination des services suivants. Les services principaux comprennent :

- ▶ l'aide aux actes de la vie journalière par un service agréé comme un service d'aide aux familles et aux personnes âgées ;
- ▶ les soins infirmiers à domicile ;
- ▶ la distribution de repas à domicile.

Quant aux services complémentaires, il s'agit de l'accompagnement social par un service agréé, la kinésithérapie, la logopédie, l'ergothérapie, la podologie, la biotélévigilance, le soutien psychologique, les soins dentaires et la coiffure. Un service de garde peut également être adjoint aux services complémentaires.

La dispensation des services peut être assurée par des professionnels employés par le service de coordination ou, par délégation, à des prestataires compétents.

En Région de Bruxelles-Capitale, la législation a été complétée en 1999 par l'organisation des services de soins palliatifs et continués. Les centres de coordination sont actuellement au nombre de sept à Bruxelles : cinq subventionnés par la COCOF<sup>23</sup> et deux néerlandophones sous l'autorité de la COCOM.

### Conclusion

Pour conclure, il faut replacer la problématique de l'aide et des soins à domicile par rapport à celle, plus large, du vieillissement de nos populations dans le contexte politico-économique actuel. A savoir : de l'Etat-providence vers une privatisation croissante des



Photo © : Alexandre Muylle/Question Santé

services et assurances de tous ordres, et d'une finalité de répartition plus équitable des revenus vers la diminution du chômage comme but en soi (pour faire bref, le triomphe du modèle nord-américain). Dans les années 1990, écrit Geneviève Favrot-Laurens<sup>24</sup>, "face aux problèmes d'emploi, l'insistance n'est plus mise sur la production familiale de soins mais sur la création d'emplois peu qualifiés. Pouvoirs publics et offreurs de services s'intéressent à ces «gisements» d'emplois que sont les «besoins» des familles. (...) L'incitation des jeunes retraités, plus fortunés en moyenne que leurs aînés, à investir dans la prise en charge future de leurs soins par l'assurance-prévoyance tend à créer pour demain un marché pré-financé de services payants. Les efforts antérieurs de reconnaissance de la qualification des aides ménagères ou des assistantes maternelles ont buté sur le coût financier de cette reconnaissance; le développement des emplois de proximité tend de nouveau à dévaloriser ces emplois en gommant la nécessité revendiquée par les professionnels d'un apprentissage spécifique. Tout converge pour maintenir les «services à la personne» dans un statut d'emplois peu qualifiés et précaires, directement gérés et rémunérés par les familles."



Ce pronostic peut sembler excessivement sombre, ou trop propre à la situation française. Pourtant, certains parallèles s'imposent. Dans l'éditorial du numéro du Ligeur cité au début de ce dossier, Philippe Andrienne rappelle "que le système de garde-malade à domicile en Wallonie n'a pu être financé actuellement que via un programme de résorption du chômage (dit de transition professionnelle — le PTP) dont l'instabilité est inscrite dans ce concept même de transition. Et saviez-vous que le nombre d'heures prestées par les ALE en Région wallonne est le même que celui des aides familiales : 5 millions d'heures." Ce qui est à craindre, c'est que les citoyens soient «moins égaux» devant l'aide et les soins à domicile (comme d'ailleurs devant l'ensemble de notre système de solidarité sociale). La Flandre, en instaurant seule l'assurance autonomie obligatoire, a déjà franchi un pas dans ce sens.

"A la veille de ce 1er mai 2002, poursuit le Secrétaire général adjoint de la Ligue des Familles, le gouvernement annonce une assurance autonomie, mais pas pour tous puisqu'elle ne touchera que 60% des plus de 65 ans frappés d'un handicap. En Flandre, elle se cumulera au système précité. Faut-il voir dans cette évolution la réponse aux projections financières difficiles de l'assurance flamande? La nécessité d'initiatives wallonne et bruxelloise en complément n'en est que plus criante pour l'égalité devant la dépendance."

*Dossier réuni par  
F. Kinna et A. Cherbonnier*

- 1 Cette distinction entre dépendance et perte d'autonomie est utilement soulignée par X. Leroy et I. Neyrinck, *Solidarités sociales et santé des aînés. Tome 1 : Les aînés vivant à domicile*. Rapport final, Bruxelles, Centre Interdisciplinaire sur le Vieillissement, Ecole de Santé Publique, UCL, février 1994, p. 9.
- 2 Richard Vercauteren et Nathalie Bibin, *Un projet de vie pour le maintien à domicile des personnes âgées*, Ed. Erès, 1998, pp. 15-16.
- 3 Santé mentale et vieillissement, Bruxelles Santé spécial 2001, p. 29.
- 4 X. Leroy, I. Neyrinck, op. cit., pp. 6-7.

- 5 Solidarité intrafamiliale, responsabilité et réalisation des soins, *Prévenir* n° 35, 1998, pp. 171-176.
- 6 G. Favrot-Laurens, op. cit.
- 7 X. Leroy, I. Neyrinck, op. cit.
- 8 "Activités instrumentales de la vie quotidienne" : se préparer un repas, se chauffer, utiliser le téléphone, faire ses courses, laver son linge, entretenir son domicile, gérer ses biens, utiliser des moyens de transport, prendre ses médicaments...
- 9 "Actes de la vie quotidienne" : se nourrir, se mouvoir du lit à la chaise, être continent, utiliser les toilettes, s'habiller, se laver.
- 10 "Manpower Planning" dans le secteur de la Santé et du Bien-être, II. Le personnel infirmier et soignant, Chapitre 3 Analyse de la demande, Analyse croisée des secteurs et professions, Fonds Social Fédéral - Objectif 4, Rapport intermédiaire, 22 mars 2002, Ecole de Santé Publique, Université catholique de Louvain, p.39
- 11 Ibidem.
- 12 *Rapport du groupe de travail sur le vieillissement*, CBCS, juin-novembre 2001.
- 13 Ibidem, note 1, pp. 48-54.
- 14 Soins à domicile.
- 15 Sources INS in *Rapport du groupe de travail sur le vieillissement*, CBCS, juin-novembre 2001, pp.4-5.
- 16 Tableau de bord de la Santé. Région de Bruxelles-Capitale. 2001, Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale/Commission communautaire commune, 2001, p. 79.
- 17 "Manpower Planning", op. cit., pp. 40-43.
- 18 Ibidem.
- 19 "Manpower Planning", op. cit., pp. 40-46.
- 20 Centre de Formation et de Services d'Aide à Domicile; Cefor, Centre Familial de Bruxelles, Aide Familiale Région bruxelloise; Maison de la Famille de Saint-Josse, Vivre chez Soi, Service d'aide aux Familles (de Schaerbeek et de Koekelberg).
- 21 Extraits d'un article de Cécile Bouillon, *Contact* n° 84, 2000, pp. 9-11.
- 22 "Manpower Planning", op. cit., p.47.
- 23 Bruxelles-Assistance-IIIème Millénaire ; Centre de Coordination de Soins et Services à Domicile Indépendants asbl COSEDI ; Centrale de Service à Domicile de Bruxelles asbl CSD ; Soins à Domicile asbl; Soins chez Soi.
- 24 Op. cit.

## Pouvoir d'agir et pratiques sociales

***Dans le cadre de séminaires intitulés " De l'analyse à l'action pour des environnements favorables à la santé de personnes socio-économiquement défavorisées ", organisés par Cultures & Santé et Question Santé, une première intervention était consacrée au thème suivant : " Développer le pouvoir d'agir des personnes et des collectivités en milieu défavorisés : une alternative crédible ? ". Pour développer ce thème, nous avons invité Yann Le Bossé, psychosociologue spécialisé en psychologie communautaire et professeur au Département des Fondements et des Pratiques en Education de l'Université Laval à Québec.***

En voulant s'attaquer aux causes socio-économiques des inégalités de santé, à qui n'est-il pas arrivé de se sentir démuni devant ce qui apparaît comme une tâche trop complexe ou trop lourde ? De plus, même dans le travail communautaire, les exigences sont de plus en plus fortes vis-à-vis des résultats : ils doivent se produire rapidement et, comme par magie, persister d'eux-mêmes ! Or, tous ceux qui privilégient l'approche communautaire savent combien elle demande de patience et de ténacité. Ce qu'elle vise, ce ne sont pas forcément des résultats immédiats, mais surtout une modification à long terme des façons de parvenir à ces résultats. L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (DEPAPC), développée dans cet article, tente d'étayer et de systématiser les pratiques de terrain, que ce soit dans le domaine social, dans celui de la promotion de la santé ou dans d'autres contextes sociaux. Mais y a-t-il vraiment quelque chose de nouveau à proposer ?

***Ni policier, ni sauveur : quel est le pouvoir d'agir d'un intervenant ?***

La plupart du temps, les intervenants ont tendance à se positionner dans une relation d'aide unilatérale envers les personnes concernées<sup>1</sup>. Ainsi, souvent, les modèles d'intervention ne sont pas construits d'après les besoins exprimés par les personnes concernées, mais d'après

ceux perçus par les intervenants. Pourtant, dès la mise en place d'un projet, plusieurs enjeux sont implicitement présents :

- idéologiques : p. ex. donner plus d'autonomie;
- socio-économiques : p. ex. réduire les coûts de prise en charge;
- socio-sanitaires : p. ex. diminuer l'incidence de tel problème;
- scientifiques : p. ex. développer une connaissance rigoureuse;
- administratifs et organisationnels : p. ex. optimiser la gestion du programme, harmoniser les objectifs du programme avec les pratiques de l'institution...;
- de l'intervenant : p. ex. produire des changements qui confirment le sentiment de compétence;
- de la personne qui reçoit de l'aide : p. ex. résoudre de manière viable à moyen et à long terme la situation qui fait problème.

Bien entendu, chaque enjeu n'a pas le même pouvoir d'influencer la finalité et les modalités du programme. Généralement, les enjeux de ceux qui disposent des fonds et du pouvoir décisionnel pèsent plus lourd dans la balance que ceux des personnes qui composent plus directement avec le problème. Cependant, chaque acteur seul ne peut avoir conscience que des enjeux qui lui sont propres ; ceux des autres lui étant a priori étrangers. C'est pourquoi il apparaît important de favoriser l'implication de toutes les personnes concernées, non seulement dans la définition de ce qui constitue un problème pour eux, mais également dans la prise en compte des solutions envisageables.

### Trois principes fondamentaux

#### 1. Prendre le temps

Tant dans la définition de la cible du changement que dans la mise en œuvre des moyens d'actions, il importe de prendre tout le temps nécessaire. D'ailleurs, comme le souligne Biarnes (1998) : " Il vaut mieux prendre le temps de créer les conditions d'un changement effectif plutôt que de prendre le risque d'imposer un échec supplémentaire aux personnes concernées "2. En effet, cette approche favorise l'enracinement du changement sur le long terme, et ce parce que les personnes sont seules expertes de leur situation et qu'elles connaissent bien

## : changer le monde au quotidien

les conditions de vie dans lesquelles elles vont devoir opérer le changement visé. Si elles prennent le temps de participer à la définition du problème qui les occupe, leur volonté d'action n'en sera que plus considérable.

### 2. Partager le pouvoir et les expertises

Comme évoqué précédemment, chaque acteur impliqué dans le changement, d'une part connaît les enjeux auxquels il doit faire face, et d'autre part possède sa propre expertise de son milieu de vie. Pour construire un projet qui s'inscrira dans la durée, il est préférable de favoriser la négociation entre les différents acteurs afin que chacun puisse faire valoir son point de vue. Chaque acteur devra classer ses enjeux par priorité et en laisser tomber certains pour arriver à un consensus solide à la fin de la négociation. C'est le consensus établi par tous les acteurs en présence qui permettra de faire avancer le projet.

### 3. Collaborer avec les personnes concernées

La faisabilité d'une démarche centrée sur le pouvoir d'agir repose en bonne partie sur la contribution active et continue des personnes concernées. Cependant, on pourrait douter de la participation effective des personnes que l'on veut aider. Elles ne sont peut-être pas disposées à donner du temps pour coopérer à un projet, quelle que soit l'étape. En fait, cet obstacle ne peut exister que si l'action a été conçue de manière traditionnelle. Par conséquent, si les personnes concernées ont participé à la décision de changement et à la volonté de réalisation, la probabilité de leur implication sera d'autant plus grande. Toutefois, lors de la mise en place, il faudra veiller à développer des pratiques de concertation compatibles avec leurs conditions de vie, leurs compétences et leur expérience. Par exemple, il est illusoire de demander à des personnes peu scolarisées de participer à des réunions où le jargon technique empêcherait la bonne communication. Par contre, on pourrait envisager l'utilisation d'un vocabulaire plus courant ou des réunions sous d'autres formes.

### Limites de l'approche

Ces quelques pistes de réflexions ne doivent pas faire oublier que l'on ne peut pas transmettre, par un enseignement ou des techniques particulières, un

vécu de pouvoir d'agir, ni en donner aux gens. L'approche n'est pas uniforme, ni dans le temps qu'elle requiert, ni dans ses modalités. Ces éléments varient en fonction des contextes et des personnes. La mission du professionnel consiste à faciliter ce processus en contribuant à réunir les conditions de son émergence. " L'approche centrée sur le pouvoir d'agir n'est pas non plus une solution miracle : les problèmes ne disparaissent pas parce que les personnes sont placées au centre de l'intervention. Ce qui change, c'est qu'au lieu de faire partie du problème, l'intervenant contribue au développement de sa solution. "3

Si les changements espérés mettent du temps à se manifester de manière stable, c'est justement parce que l'action est centrée non pas sur la personne, mais sur la situation. Les personnes ne sont plus stigmatisées. Ceci fait que l'application est plus restreinte et délicate dans un contexte d'intervention en autorité. De plus, cette méthode est personnellement très exigeante, car elle demande une remise en question perpétuelle de ses propres valeurs. Le professionnel doit pouvoir se dégager du rôle central qu'il est habitué à assumer et sortir de la logique unilatérale " aidant-aidé ".

Pour conclure, nous laisserons la parole à Yann Le Bossé : " outre le fait que l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir permet de dépasser les dualismes propres aux pratiques sociales traditionnelles (personnes/groupes ; liberté/ fraternité ; ...), elle offre l'opportunité de redéfinir la relation entre les professionnels et les personnes concernées en donnant à ces dernières la place qu'elles auraient dû toujours occuper. "4

*Barbara De Coster/Cultures & Santé*

- 1 Y. Le Bossé et F. Dufort, L'approche centrée sur le pouvoir d'agir : une autre façon d'intervenir, in F. Dufort, J. Guay (dir.). Agir au cœur des communautés : la psychologie communautaire et le changement social, Québec, Presses de l'Université Laval, 2001, p. 94.
- 2 Cité dans Y. Le Bossé et F. Dufort., ibidem.
- 3 Y. Le Bossé, Empowerment et pratiques sociales : illustration du potentiel d'une utopie prise au sérieux, Nouvelles pratiques sociales, vol. 9, n° 1, 1996, pp.127-140.
- 4 Y. Le Bossé, ibidem.

# La documentation en promotion de la santé : des informations à exploiter

*A l'initiative de l'ULB-PROMES et en partenariat avec l'UCL-RESOdoc et le Centre local de promotion de la santé de Bruxelles (CLPS), une série de recueils thématiques ont été abordés jusqu'à présent (le dépistage du cancer du sein, le tabagisme, les habitudes alimentaires, les médicaments, les drogues illicites et l'alcoolisme).*

Ces recueils traitent des sujets les plus récurrents pour lesquels les centres de documentation en éducation et promotion de la santé sont le plus souvent sollicités par leurs usagers. Ils tentent ainsi de répondre aux demandes des intervenants et de toute personne ayant un besoin rapide de documentation sur un des sujets proposés.

Selon l'Association française de normalisation (AFNOR) la documentation est : «L'ensemble des techniques de traitement permanent et systématique de documents ou de données, incluant la collecte, le signalement, l'analyse, le stockage, la recherche, la diffusion de ceux-ci, pour l'information des usagers.»

Le terme «documentation» recouvre donc l'action de recherche, de traitement et d'information. Son but est de fournir des données aussi rapidement que possible sur des sujets déterminés, souvent choisis dans le domaine de l'actualité.

Dans ce contexte, l'idée intéressante est la collaboration entre l'ULB-PROMES, l'UCL-RESOdoc et le CLPS de Bruxelles pour réaliser une série de recueils thématiques afin de permettre à leurs différents usagers un accès facile et rapide à l'information santé. De plus l'information dans le domaine de la santé prend une place importante et les demandeurs sont

d'horizons professionnels différents (écoles d'infirmières, écoles normales maternelles, écoles secondaires supérieures, maisons médicales, Ecoles de Santé Publique, PMS, IMS, ONE, Pouvoirs publics, Universités...).

Pour ce faire, les responsables-documentalistes des trois organismes ont mis à profit leurs compétences pour entreprendre un véritable travail de recherche bibliographique sur différents sujets en relation avec la santé.

Cette approche favorise l'échange entre les centres de documentation mais surtout permet aux usagers de prendre conscience de l'existence d'outils documentaires. A ce propos, nous signalons qu'il existe une quantité impressionnante de documents gratuits dans le domaine de la promotion de la santé, il suffit d'en faire la demande, à condition de savoir qu'ils existent (voir feuillet d'information, Bruxelles Santé n°25, mars 2002).

Les recueils thématiques ont le mérite de contenir plusieurs types de documents selon les publics, avec comme souci d'inciter les différents utilisateurs à exploiter tous les documents sélectionnés. En plus des articles et ouvrages récents, on peut également trouver des données statistiques, des

adresses d'organismes sur le territoire de la Communauté française de Belgique susceptibles de couvrir le domaine dans lequel s'inscrit le thème, ainsi qu'une liste de sites Internet ; le tout est complété par une liste thématique des documents disponibles au CLPS de Bruxelles.

Il est évident que nous avons tenté de fournir des références complètes et vérifiées, de signaler les ouvrages de références les plus adéquats tout en tenant compte des publications les plus récentes. Ces recueils ne prétendent pas en reprendre la matière de façon exhaustive. Leur rôle consiste à donner une information globale ; ils constituent un point de départ pour d'éventuelles mises à jour.

### —— Et Internet dans tout cela ? ——

Contrairement à l'édition papier, l'information disponible sur le «net» n'a pas été évaluée dans la majorité des cas. De même, la qualité des informations présentes est très variable : certaines sources sont fiables et validées, d'autres ne le sont pas. Nous n'avons donc sélectionné que les sites que nous estimons intéressants et qui proviennent d'institutions reconnues afin de permettre un accès à des connaissances de santé pertinentes, utiles et fiables.

Ces recueils sont envoyés systématiquement à tous les CLPS qui, à leur tour, peuvent les diffuser auprès de leurs utilisateurs.

L'équipe de documentation de l'UCL-RESO assure la distribution de ces recueils à tout organisme qui lui en fera la demande.

Les conditions sont les suivantes :

Institutions de la Communauté française : gratuit  
Institutions étrangères et particuliers : 11 euros (frais d'envoi inclus)  
Abonnement : 50 euros pour 6 numéros.

### Recueils déjà parus :

- N°1 Le dépistage du cancer du sein (décembre 2001 – janvier 2002)
- N°2 Le tabagisme (janvier 2002)
- N°3 Les habitudes alimentaires (janvier 2002)
- N°4 Les médicaments (février 2002)
- N°5 Les drogues illicites (mars 2002)
- N°6 L'alcoolisme (mars 2002)

### A paraître :

- La violence à l'école
- Les grossesses précoces
- Les allergies respiratoires
- Le sida
- La santé mentale

Tout organisme intéressé par un thème particulier peut en faire la proposition. Toute suggestion sera prise en considération et insérée dans le planning des publications.

Informations et demandes : UCL-RESO  
Service RESOdoc  
50 av. E. Mounier Centre facultaire niveau -1  
1200 Bruxelles  
Tél : 02/764.50.37 ou 38  
Fax : 02/764.50.74  
E-mail : Karine.Vertstraeten@reso.ucl.ac.be

# Annonces

## ► Portes ouvertes sur l'entraide :

[www.self-help.be](http://www.self-help.be)

Le service Promotion de la santé de l'Union nationale des mutualités socialistes vient de créer un nouveau site d'informations sur les groupes d'entraide et de Self-Help en Communauté française de Belgique. Ce site :

- offre la possibilité de se renseigner sur l'existence des groupes d'entraide, des associations de patients handicapés ou malades ;
- permet de s'informer sur leurs coordonnées, objectifs, activités et publications ;
- propose des informations relatives aux conférences, colloques, exposés - débats, ouvrages, actions de prévention et de sensibilisation,... concernant les problématiques de santé traitées par ces associations.

## ► Parcours D.Stress© :

*réédition du jeu de table interactif pour les animateurs et formateurs*

L'asbl Question Santé avec la collaboration du Service Promotion de la santé des Mutualités socialistes vient de rééditer l'outil Parcours D.Stress© qui permet à des groupes de 4 à 12 personnes (adultes ou adolescents) de dialoguer autour de situations concrètes de stress.

Des formations d'un jour à son utilisation sont prévues en Communauté française (coût : 80 €- jeu compris).

*Pour toute information complémentaire :*

asbl Question Santé, tél. : 02.512.41.74

E.mail : [question.sante@skynet.be](mailto:question.sante@skynet.be)

Service Promotion de la santé des Mutualités socialistes, tél. : 02.515.05.85

E. mail : [promotion.sante@mutsoc.be](mailto:promotion.sante@mutsoc.be)

## ► L'accès aux soins en Région bruxelloise : cycle de 5 rencontres organisé par l'asbl Solidarité Nouvelles Bruxelles.

“ L'accès aux soins n'est pas forcément synonyme de droit à la santé. Une part croissante de la population bruxelloise est, principalement pour des motifs financiers, confrontée aux difficultés de maintenir des soins médicaux tant sur le plan curatif que sur le plan préventif et ce, malgré la présence et l'action du réseau socio-sanitaire bruxellois. ”

Pour examiner ensemble des pistes de solutions, l'asbl Solidarités Nouvelles Bruxelles vous propose de

participer aux modules de formations. Le 1er a eu lieu le vendredi 31 mai dernier et traitait de la réforme de l'assurabilité. Les autres dates et thèmes des modules sont :

- Vendredi 28 juin : les situations de ruptures du droit à la santé.
- Jeudi 19 septembre : le travail en réseau : espoir ou solution ?
- Jeudi 17 octobre : les acteurs bruxellois en matière de santé.
- Jeudi 14 novembre : droit à la santé, au travail, au logement : quelles interactions ?

Chaque séance est animée par des spécialistes de la question. Tous les modules se tiennent au VZW Lisa, 19A rue du Poinçon à 1000 Bruxelles. L'accueil se fait à 9h. Le séminaire débute à 9h10 et se termine à 12h30.

*Pour toute information complémentaire :*

Carine Vandeveldel et Serena Bergamini,

tél. 02.512.71.57 ou 02.512.02.90

## Vendredi 27 et samedi 28 septembre 2002 à Evry (Essonne) : 2ème rencontres de l'Institut Renaudot “ Croisement des pratiques communautaires en santé ”

Les deuxièmes Rencontres sont placées sous le signe de l'Evaluation : Comment évaluer les actions communautaires, leurs effets en matière de participation, de décloisonnement, de réponses aux objectifs définis par leurs initiateurs, leurs financeurs ?

Les actions présentées et débattues porteront sur les sujets les plus divers, qu'elles s'inscrivent dans des initiatives associatives, locales, de quartier, ou qu'elles soient des stratégies de mise en œuvre de politiques publiques.

Il n'est pas nécessaire d'avoir évalué vos actions pour venir en parler, mais il est important de vous être posé la question de la place de l'évaluation pour les faire reconnaître et les faire évoluer.

*Pour votre inscription :* Institut Renaudot, 40 rue de Malte, 75011 Paris

Tél. et Fax : + 32 1 48 06 67 32

Secrétariat de rédaction :  
Françoise Kinna

Comité de rédaction :  
Dr Robert Bontemps  
Alain Cherbonnier  
Myriam De Spiegelaere  
Michel Hemmeryckx  
Thierry Lahaye  
Dr Roger Lonfils  
Solveig Pahud  
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](mailto:question.sante@skynet.be)  
<http://www.questionsante.org>



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

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