

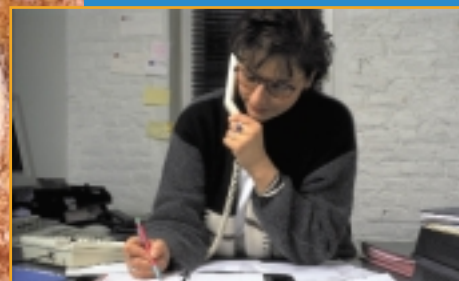
# BRUXELLES SANTÉ

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°27 - septembre, octobre, novembre 2002



N°27

## Interprétariat et médiation interculturels



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

### En direct de...

Le Club des bébés de Molenbeek .pages 2 à 5

Bouquins malins . . . . .pages 6 et 7

### Dossier

Interprétariat et médiation interculturels en milieu socio-médical et hospitalier . . . . .pages 8 à 18

### L'écho du CLPS

Nos communes en santé . . . . .pages 19

### Initiative

Participation des parents dans les consultations ONE . . . . .pages 20 et 21

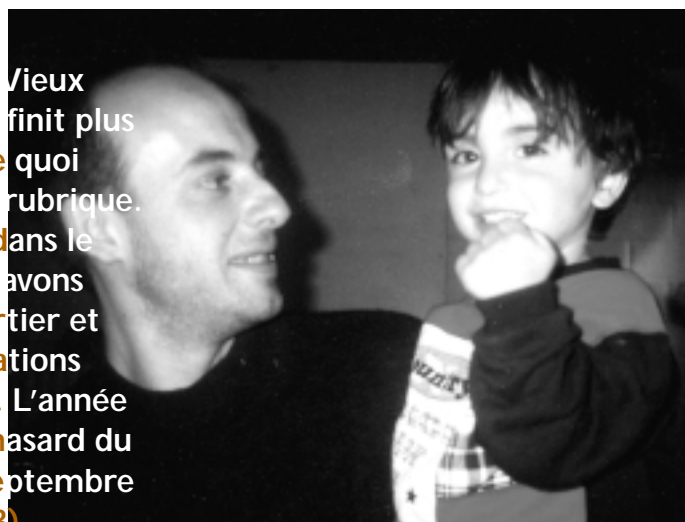
Elargissons le débat . . . . .page 22 et 23

Annonces . . . . .page 24



# Le Club des bébés de Molenbeek

**Décidément, le Vieux Molenbeek n'en finit plus de nous offrir de quoi alimenter cette rubrique. Il y a deux ans, dans le n°18, nous vous avons présenté le quartier et quelques associations qui y œuvraient. L'année dernière — et, hasard du calendrier, en septembre également (n°23)**



**— nous vous parlions des activités de la Maison médicale du Vieux Molenbeek, rue de la Savonnerie. Aujourd'hui, nous y retournons pour rencontrer Nadine Boigelot, psychologue et initiatrice du Club des bébés.**

**Nadine Boigelot :** Le projet est né en 1994. J'étais au chômage, je venais d'être maman et j'étais très sensibilisée à la problématique de l'exclusion sociale. Pour moi, il était évident que, pour lutter contre la marginalisation, il fallait commencer par travailler avec les tout petits. Les spécialistes de l'enfance n'ont d'ailleurs cessé d'attirer l'attention sur l'empreinte fondamentale des premières années. Un ouvrage qui m'a profondément marquée par le respect qu'il témoigne aux familles est celui de Titran et Potekov, *Vies de familles. Un autre regard sur l'exclusion*<sup>1</sup>. C'est notre livre de référence. La démarche de Titran à Roubaix m'a d'ailleurs bien davantage influencée que celle de Dolto et de la Maison Verte (implication active des parents, relation tendant vers plus d'égalité...). L'ensemble de ces facteurs m'a confortée dans l'idée qu'il fallait commencer avec les bébés. J'ai donc parlé de mon projet à différentes associations, dont la Maison médicale du Vieux Molenbeek, qui d'emblée s'est montrée fort enthousiaste et m'a ouvert ses portes en mettant un local à ma disposition.

Toutefois, il nous paraissait à tous extrêmement important de ne rien mettre en œuvre sans une consultation préalable des principaux intéressés : les parents. Il importait donc de les rencontrer et de savoir si le projet leur " parlait ". Pour aller à eux, j'ai décidé de passer par

les consultations des médecins traitants, celles de l'ONE, ainsi que le restaurant social qui accueille un grand nombre de personnes du " quart-monde ". Pourquoi ces lieux ? Pour une raison bien simple : si le quartier se caractérise par une forte concentration d'immigrés, il comprend également un grand nombre de familles belges extrêmement défavorisées qui vivent dans un isolement énorme. Dès le départ, notre choix était clairement de " cibler " plus particulièrement ces familles (sans bien sûr fermer la porte aux autres), qui ne fréquentent pas les associations; on ne les rencontre que chez le médecin ou dans les consultations ONE.

### 1994 : année de rencontres

J'ai passé toute l'année 1994 à rencontrer les familles. Et j'en ai retiré de grandes choses. Dans ma naïveté, je n'avais pas pensé au temps nécessaire pour faire connaissance, pour s'approprier l'un l'autre... Les assistantes sociales me désignaient une famille particulièrement isolée et j'allais vers elle en me présentant : " Bonjour, moi, c'est Nadine. Je suis psychologue et j'aimerais bien faire quelque chose avec les tout petits. Est-ce que ça vous plairait ? " Les gens me répondaient : " Oh, oui, ce serait super ". En réalité, ils ne me regardaient pas. Ils étaient très gentils, mais il y avait un réel décalage entre ce qu'ils pensaient et ce qu'ils me répondaient. Ils pensaient : " Mais tu es qui, toi, qu'est-ce que tu viens faire là ? "

Je me suis donc calmée et j'ai décidé de prendre le temps, d'y aller progressivement. Je venais au restaurant social, j'y mangeais, je gardais les enfants pendant que les parents assistaient aux activités organisées par la

maison médicale... Et c'est seulement ainsi que, finalement, j'ai pu construire des liens privilégiés avec onze familles. Elles souhaitaient créer un lieu, un endroit chaleureux où se retrouver avec d'autres parents, partager, répondre avec des mots simples aux questions que l'on se pose dans la vie de tous les jours, permettre aux enfants de rencontrer d'autres enfants... Un lieu où elles pourraient aller quand elles le voulaient et si elles le voulaient, mais surtout un lieu dont elles seraient partie prenante et où elles ne seraient pas jugées. Le projet du Club des bébés est né de ce désir. Son appellation vient de la lecture d'un livre, *Grandir ensemble. Parents et tout petits*<sup>2</sup>, qui relate, au travers de photos et de textes très simples, écrits par des parents, la création à Reims d'un Club des bébés par ATD (Aide à Toute Détresse) et des familles du quart-monde.

### 1995 : naissance du Club des bébés

Nous avons ouvert le Club en mai 1995. Ce fut un grand étonnement : deux familles seulement sont venues. Et elles étaient parmi les moins isolées du groupe. Ça nous a vraiment interpellés. Avec ces deux familles, on a beaucoup réfléchi à la meilleure manière d'amener les autres à venir. Et nous en sommes arrivés à la réalisation d'un petit journal, constitué pour l'essentiel de photos (un grand nombre de personnes du quart-monde éprouvent des difficultés considérables avec l'écrit) qui montrent ce que l'on fait au Club. Ce journal, c'est un formidable outil pour aller à la rencontre de l'autre. Il est en quelque sorte le sésame qui permet d'aller frapper à la porte d'une voisine que l'on a repérée au quatrième, que l'on sait seule avec ses enfants et vers laquelle on n'oserait pas aller naturellement. Voilà maintenant sept ans que nous publions ce journal. En fait, ce sont les parents qui le réalisent : ils font les photos, les coupent et les collent; ils racontent, au travers de dessins, ce qui fait le quotidien du Club. Aujourd'hui, nous accueillons entre 10 à 12 enfants par semaine. L'année dernière, quelque 114 personnes sont venues au Club, beaucoup de façon très régulière.

### La Trame

La Trame est l'asbl qui chapeaute le Club des bébés et les nombreuses activités qui se sont développées à partir du Club. Par exemple, nous organisons chaque année une journée à la mer. On part nombreux — soixante cette année —, en train. L'idée du train est importante





pour moi : j'ai envie de montrer aux parents ce qu'on peut faire en utilisant les moyens de transport courants. La journée à la mer est extraordinaire pour pouvoir impliquer les pères. Car, si certains viennent au Club, ils ne sont quand même pas majoritaires. Or, lors de la journée à la mer, ils s'impliquent très fort. Ce sont eux qui portent les poussettes, qui gèrent les caisses de pique-nique, qui installent les piquets sur la plage, etc.

Une autre action, née en 2000, est le groupe de parole et d'entraide. Sept parents se réunissent deux fois par mois, sans les enfants, avec un pédopsychiatre, et cherchent ensemble des réponses à leurs questionnements de parent : " Comment apporter à ses enfants ce dont ils ont besoin quand on vit dans un taudis et que ça fait cinq ans qu'on est sur la liste pour obtenir un logement social ? "... Tout se dit de manière beaucoup plus approfondie dans ce groupe où les enfants ne sont

pas présents, où des émotions très fortes peuvent sortir, où l'on peut compter sur l'aide et l'écoute des autres.

Un autre volet relève davantage de l'accompagnement individuel; il s'agit alors d'une réponse à une demande. Quoique " demande " soit un bien grand mot : il est en effet assez rare qu'elle s'exprime clairement. Elle se perçoit plutôt à travers une attitude qui peut aller d'une hyperfébrilité à une énorme agressivité verbale dirigée vers les enfants. Je leur propose alors de passer chez eux pour parler, simplement parler, sans nécessairement être dans l'idée de faire quelque chose. Parfois, la demande est plus précise. Il s'agit par exemple d'aller avec une mère, un père ou les deux parents à un premier rendez-vous chez le juge de la jeunesse, ou de les accompagner lors de la première visite à leurs enfants qui sont placés... En réalité, notre travail touche autant l'individuel que le collectif ou le communautaire, mais

surtout nous défendons l'idée que " ces gens-là ", comme on dit, doivent être partie prenante de la conception, de la gestion et de l'évaluation de toute initiative.

### " La parole aux parents "

La Trame a participé, deux années durant, à une vaste recherche-action menée par le département de psychologie de la KUL. Deux autres associations de lutte contre la pauvreté y ont collaboré, l'une à Anvers, l'autre à Louvain. Un ouvrage est né de ce travail, *Précarité et éducation : la parole aux parents*<sup>3</sup>. Ce livre, publié en néerlandais et en français, est truffé de paroles de parents. L'originalité tient à ce que l'idée de départ émane de chercheurs universitaires. Jozef Corvelijn, professeur à la KUL, souhaitait connaître les forces et les ressources de parents en situation de grande précarité, de grande pauvreté, au niveau de l'éducation de leurs enfants. Deux chercheuses de son département sont venues au Club des bébés. Pleines d'enthousiasmes, elles ont expliqué leur projet aux parents. Et, l'histoire se répétant, la même méfiance des parents s'est très vite fait sentir. Ils disaient " oui, oui " et pensaient " tu es quoi, toi, je ne te connais pas, en plus, Madame Machin de l'Université... " Il a fallu neuf mois pour s'apprivoiser les uns, les autres. C'est seulement après que le travail réel a pu commencer avec les parents désireux de s'y investir. Tout a été enregistré, retranscrit, puis soumis aux parents. Rien n'a été publié sans leur totale approbation. Et, en novembre 2001, nous avons présenté tous ensemble (chercheurs, accompagnateurs, parents) l'ouvrage à quelque 350 personnes. Ce livre, c'est vraiment une recherche-action participative, au sens large et vrai du terme.

### Pour l'heure et à l'avenir...

Deux projets sont actuellement en chantier. Le premier porte sur la relation entre parents, enfants et avocats du Barreau de Bruxelles. Il faut savoir que les enfants suivis par le SPJ (Service de Protection de la Jeunesse) bénéficient des services d'un avocat. Les contacts entre ce dernier et les parents des enfants semblent bien difficiles. Les avocats ont du mal à comprendre ces familles " lourdes, carencées, à problèmes multiples, difficiles avec un grand D ". Les familles disent ne pas connaître l'avocat de leur enfant, ne le rencontrer que devant le juge de la jeunesse... En partant de ce constat, l'idée nous est venue de travailler cette pro-

blématique avec les parents. Nous avons donc créé un groupe de parole où des parents nous exposent leur vécu par rapport à leur relation avec l'avocat de leurs enfants, font des propositions... Tout est enregistré et minutieusement retranscrit. Nous avons choisi une maman dont le dossier est clôturé au SPJ, qui, avec notre soutien, se fera l'interprète des parents lors d'une confrontation avec les avocats de la Colonne Jeunesse, en octobre prochain. Ce qui est génial, c'est que lorsque nous avons commencé ce travail, la fille aînée de cette maman a tout de suite proposé de faire part de son expérience d'enfant placée et de ses relations avec son avocat, mais aussi d'en parler avec ses copines qui ont vécu la même expérience. Cette initiative illustre parfaitement, pour moi, l'aspect communautaire de notre travail. Dans ce cas-ci, la jeune fille enregistre les propos de ses copines, nous les transcrivons et on retravaille le tout ensemble.

Le deuxième projet, qui devrait démarrer à la rentrée, est relatif à l'apprentissage de la lecture et de l'écriture du français. Pour replacer le cadre, il faut savoir que nous nous rencontrons régulièrement entre associations. Or, lors d'une de ces rencontres informelles, je discutais avec une assistante sociale du Collectif Alpha des difficultés qu'éprouvent les parents dont la langue maternelle est le français à suivre leurs enfants dans leur scolarité. Certains ne savent pas lire les avis mis dans le journal de classe et n'osent pas le dire. Et, fait troublant, parmi ces parents aucun ne vient aux cours organisés par le Collectif Alpha. En discutant avec trois mamans qui étaient prêtes à " faire le pas ", je me suis rendu compte qu'elles n'accrochaient pas à la formule proposée par le Collectif, où l'apprentissage de la langue est une entreprise à temps plein. Notre projet consisterait donc à faire venir l'équipe du Collectif chez nous, au Club. L'équipe est enthousiaste, il nous faut maintenant l'accord du conseil d'administration.

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

### Références bibliographiques

1. M. Titran & T. Potekov, *Vies de familles. Un autre regard sur l'exclusion*, Gallimard, 1996.
2. I. Deligne & Le Club des bébés, *Grandir ensemble. Parents et tout petits*, Ed. Quart-Monde, 1995.
3. L. Vanhee, K. Laporte & J. Corveleyn, *Précarité et éducation. La parole aux parents*, Ed. Garant, 2001.

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

## Mille et une facettes d'un quartier

Le Centre de Molenbeek vu par ses habitants

Ouvrage collectif, Bruxelles, Maison de quartier Bonnevie, 2002

Un ouvrage bilingue français-néerlandais, illustré de nombreuses photos anciennes, plus récentes ou contemporaines, réunissant 32 récits tantôt drôles, tantôt émus, souvent émouvants, toujours instructifs sur ce vieux quartier de Bruxelles — instructifs notamment parce qu'ils déconstruisent les images toutes faites que l'on en peut avoir. Le préambule (p. 9) donne le ton : un jeune Flamand qui veut s'installer à Bruxelles demande conseil à ses collègues; chacun a son idée mais tout le monde s'accorde pour le dissuader d'habiter "ce dangereux quartier près du canal". Un jeune Congolais qui cherche refuge en Belgique arrive dans la capitale; les Africains qu'il rencontre lui conseillent d'aller à Molenbeek, "ce quartier si vivant où les chambres ne sont pas chères". Le premier jeune homme, qui ne s'en laisse pas conter, découvre un quartier convivial, et où chaque recoin ne cache pas un agresseur. Le second constate que les logements à loyer modéré sont des taudis et que "vivant" signifie aussi "bruyant" et "sale"... Ce livre, que l'on aurait également pu sous-titrer "Les habitants de Molenbeek à travers leur quartier", donne la parole tant au Molenbeekois de vieille souche qu'au réfugié arrivé il y a deux ans, à la boulangère qu'au ferrailleur, à l'enfant qu'à l'adulte, à l'immigré de jadis (quand l'étranger faisait l'objet de la curiosité du voisinage et recevait bon accueil) qu'à celui des années 70, mal vu, mal reçu. On ne folâtre donc pas dans les images d'Epinal : à côté du pittoresque, des souvenirs d'enfance et des récentes améliorations urbanistiques, il y a le racisme, la pauvreté, l'immobilisme des autorités communales pendant une vingtaine d'années, les ravages durables causés par la construction puis la démolition du viaduc et par les travaux du métro.

Une initiative à saluer, et qui donnera peut-être des idées à d'autres associations de quartier à Bruxelles. C'est en tout cas ce que l'on peut souhaiter !

*En consultation au centre de documentation de Question Santé (02 512 41 74)*

Disponible auprès de l'éditeur au prix de 15 €+ 3,5 € de frais d'expédition. Commande par courrier (40 rue Bonnevie, 1080 Bruxelles) ou via le site <http://bonnevie.vgc.be>. Paiement au compte 001-0558540-90, avec la mention "livre".

**Précarité et éducation des enfants : la parole aux parents**  
Lieve Vanhee, Kim Laporte, Jozef Corveleyn  
Louvain, Garant Editeurs, 2001

Nadine Boigelot fait allusion à cet ouvrage dans l'article qui ouvre ce numéro. Cette étude du Centrum Dieptepsycho-

logie de la KUL se penche sur les familles vivant en situation de marginalisation et d'exclusion sociales, souvent depuis plusieurs générations. Une "étude" ? Oui, et on y trouve tous les signes de la rigueur universitaire, mais ne vous enfuyez pas. Ce qui fait l'originalité et le prix de ce livre, ce sont les nombreux extraits d'interviews, qui disent mieux et plus fort que n'importe quelle analyse le sentiment de n'avoir jamais ou trop rarement été respecté, l'impression de ne pas être "quelqu'un", les multiples souffrances, l'enchevêtrement des problèmes de toutes sortes, le sentiment de solitude et d'impuissance, la blessure, sans cesse ravivée, ouverte par la stigmatisation. Mais aussi la ténacité, les prodiges de courage déployés au quotidien, le désir de fonder une famille, la force que donnent les enfants, le désir de les protéger, de les aider dans leurs apprentissages...

Car, comme l'indique le titre, c'est surtout aux pratiques éducatives des familles défavorisées que s'intéresse l'ouvrage. Un angle de vue particulièrement pertinent : comme le disait Pierre Hendrick au cours d'un exposé, si les représentations des travailleurs sociaux sont opposées, c'est aux professionnels qu'il appartient de modifier leur regard. C'est à eux de prendre distance par rapport aux stratégies sociales et aux comportements de santé des parents : sur ce plan, les professionnels seront toujours en désaccord avec ceux-ci. Pour qu'un dialogue puisse se construire, il faut remonter aux valeurs communes, parmi lesquelles le bien des enfants est la plus fondamentale.

*En consultation au centre de documentation de Question Santé (02 512 41 74)*

## L'attraction des drogues

Pascal Le Rest

L'Harmattan, Educateurs et Préventions, 2001

Ce livre s'adresse à tout public sensible à la question des drogues, désireux d'obtenir des réponses sur les raisons des usages de produits toxiques, licites ou illicites, curieux de comprendre le phénomène de la toxicomanie. Dans un langage simple mais précis, l'auteur invite le lecteur à comprendre la complexité des aspects périphériques à l'usage simple des drogues et son attraction. Il dessine en outre des pistes pour élaborer des solutions pertinentes à l'inflation des consommations.

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

**Le plaisir du jeu : entre passion et souffrance**  
La Joueuse

Serge Minet, L'Harmattan, 2001

Comparable à d'autres dépendances, comme l'alcoolisme ou la toxicomanie, le jeu pathologique peut devenir

incontrôlable, compulsif. Ce problème provoque de graves difficultés sociales, financières, familiales et de santé mentale. La pathologie du jeu, idée fixe, passion et souffrance, est à l'image d'Alexei Ivanovitch, le Joueur de Dostoïevski, amoureux tourmenté, lacéré par l'amour et la passion du jeu, dans une même étreinte. Cet essai invite le lecteur préoccupé par les jeux de hasard et d'argent, les proches des joueurs dépendants, à mieux comprendre de l'intérieur la solitude du joueur de «fonds». Ce livre propose aussi aux thérapeutes, médecins, juristes, assistants sociaux, une réflexion et une approche thérapeutique particulière pour un accompagnement des joueurs dépendants.

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

### Les systèmes de santé

Analyse et évaluation comparée  
dans les grands pays industriels

Denis-Clair Lambert, Editions du Seuil, 2000

Trois formes de protection sociale concurrentes se sont installées dans les pays occidentaux depuis la fin du XIXe siècle. Le modèle de Bismarck apparu en Allemagne (1883) instaure des assurances sociales fondées sur une affiliation professionnelle et financées par des cotisations des salariés et des employeurs. Le modèle Beveridge mis en place en Grande-Bretagne (1948) instaure un système universel de santé publique financé par l'Etat. Enfin, les Etats-Unis ont développé un système mixte, sans obligation d'assurance, combinant des assurances privées et des prestations sociales publiques pour les familles défavorisées. A la fin du XXe siècle, néanmoins, l'évolution des systèmes de santé est marquée par le métissage de ces modèles. Pour en tirer des leçons utiles à la construction d'un meilleur système, l'auteur commence par une analyse économique générale des systèmes de santé, avant de procéder à une étude détaillée des fondements, des réalisations et des problèmes associés aux différents modèles nationaux (23 pays).

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

### Pourquoi la violence des adolescents ?

Voix croisées entre Occident et Orient

Adnan Houballah, Roland Gori, Christian Hoffmann (dir.)  
Toulouse, Érès, 2001

L'adolescent est à l'image de notre société. Il agit avec violence ce que les parents n'osent pas dire, car il traduit en actes à la fois nos idéaux, nos refoulements, aussi bien que notre déni de certaines réalités. Ainsi, hélas, la guerre civile, au Liban ou ailleurs, nous a montré que les adolescents étaient à la fois les victimes et les instruments de notre idéologie. Placé en cette position, au carrefour de l'engage-

ment de l'être dans la société, l'adolescent pose les questions fondamentales pour la constitution du lien socio-familial. Faute d'un Autre pour répondre à ses questions, il n'a d'autres alternatives que la violence et l'addiction. Ces manifestations violentes convergent vers la défaillance symbolique de la fonction paternelle dans notre société. Cette défaillance n'a rien de commun avec quelque nostalgie d'un père idéal.

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

### Le guide de l'adolescent. De 10 ans à 25 ans

Dr Alain Braconnier

Editions Odile Jacob, 2001

La vie en famille, les amis, le corps qui s'éveille, la vie amoureuse et sexuelle, la scolarité, les loisirs, les risques et les problèmes... Pour chacune de ces étapes, l'auteur analyse les grands thèmes de la vie quotidienne, répond aux questions que se posent les parents d'aujourd'hui et les aide à accompagner leurs enfants dans cette traversée tumultueuse. Un guide utile pour aider les parents à être les initiateurs dont l'adolescent a besoin.

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

### Santé, communauté et action humanitaire

Michèle Baumann, Didier Cannet, Serge Chalons

Editions ENSP, 2001

Cet ouvrage aborde les grandes étapes de la planification d'une action de santé communautaire. Le diagnostic de santé, effectué avec la participation de la population concernée, est particulièrement développé et fait l'objet d'un guide méthodologique. Cette étape, souvent sous-estimée, conditionne en effet tout le processus de programmation jusqu'à l'évaluation.

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

### Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé

Francis Nock,

La Mutualité Française, 2000

A quoi ça sert ce que l'on fait?... Comment améliorer notre programme?... C'est sur ces questions des professionnels de terrain que s'appuie ce guide sur l'évaluation en matière de promotion de la santé. Car évaluer c'est accepter de se poser de bonnes questions, accepter de remettre en cause sa pratique, d'interroger les objectifs du programme, de discuter des valeurs qui le sous-tendent. Evaluer, c'est accepter de partager les informations comme les doutes, accepter le regard de l'autre. En un mot, évaluer c'est accepter d'évoluer.

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

# Interprétariat et médiation interculturels en milieu socio-médical et hospitalier

**En Belgique, la première expérience de médiation-interprétariat en milieu médical remonte aux années 70, en Flandre. Nous avons déjà consacré un dossier à la médiation (voir le n° 15, septembre 1999), dont une partie s'attachait à la médiation interculturelle en milieu médical. Le Dr Louis Ferrant, un des pionniers de cette stratégie aujourd'hui présente dans de multiples champs d'activités (à tel point que l'on a pu parler du "temps des médiateurs"), nous en exposait la nécessité et les résistances qu'elle soulevait. Il proposait aussi sa définition du rôle de médiateur. Nous allons voir que la nécessité de l'interprétation-médiation, les obstacles à son implantation et la question de sa définition (de ses limites, mais aussi de sa professionnalisation) restent d'actualité.**

L'interprétariat socio-médical à Bruxelles a une histoire un peu chaotique mais plus ancienne et moins discontinuée qu'il y paraît à première vue. Suivez-nous bien. Le projet FIIMMS (Formation d'Interprètes Immigrés en Milieu Médico-Social), qui fonctionne pendant 3 ans, de 1984 à 1987, trouve sa source dans la réflexion d'un groupe de travailleurs de la santé qui a planché sur l'idée dès la fin des années 70. Parmi ces travailleurs, on trouve le Dr Claire Geraets, généraliste à Schaerbeek, qui participe au projet FIIMMS et que l'on retrouvera ensuite comme consultante du programme ISM. Mais n'anticipons pas.



Photo©: Hélène Martiat/Question Santé

Le Comité Médico-Social pour la Santé des Immigrés, qui a soutenu le projet FIIMMS, est devenu entretemps Cultures & Santé. C'est à cette dernière asbl que la Communauté française confie en 1991, grâce à l'appui du FIPI (Fonds d'Impulsion à la Politique des Immigrés), la tâche de mettre sur pied, dans la Région de Bruxelles-Capitale, un réseau de médiatrices-interprètes dans les langues parlées en Turquie et au Maroc. Le "Projet Médiatrices" démarre en 1992. En 1993, il est rebaptisé ISM (Interprétariat Social et Médical) et fonctionnera sous ce nom jusqu'en 1999, date où l'ISM jette l'éponge. Certaines des interprètes formées se retrouveront ensuite au service interprétariat du CIRÉ (Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Etrangers) et dans le programme fédéral de médiation interculturelle à l'hôpital. Nous y reviendrons.



## Interprétariat Social et Médical (ISM)

Le programme ISM n'a pas pour seule finalité l'interprétariat; il vise aussi l'insertion socio-professionnelle des interprètes, pour lesquelles le seul pré-requis est au départ la maîtrise du français et d'une au moins des langues parlées au Maroc (berbère du Rif, arabe et dialectes marocains) et en Turquie (turc, kurde, arménien, araméen). Le programme de formation des interprètes témoigne d'un triple souci d'efficacité, de déontologie et de professionnalisation. Il comprend une formation initiale étendue sur un mois, à mi-temps, et une formation continue sous forme de modules à thèmes médicaux, sociaux et culturels, d'une supervision avec deux systémiciens et d'une intervision avec les coordinatrices, Marianne Flament, médecin généraliste, et Marie-Pierre Lobet, sociologue.

Huit puis neuf interprètes, totalisant 5,5 puis 6 ETP, constituent le réseau. A partir de 1993, elles vont progressivement passer sous contrat ACS. Ce sont toutes des femmes : "Les personnes ayant des difficultés à s'exprimer en français sont majoritairement des femmes, souvent accompagnées d'enfants. Pour cette raison, il nous a semblé opportun de n'engager que des femmes. En effet, un médiateur aurait certainement eu plus de difficultés à se faire accepter dans des lieux où les femmes sont majoritaires et où les problèmes qui sont abordés (problèmes gynécologiques, soins à apporter aux enfants) ne pourraient l'être que moyennant de fortes résistances. (...) Le niveau de scolarité

des médiatrices va du certificat d'études primaires jusqu'au diplôme du secondaire supérieur. Les médiatrices ont été choisies surtout en raison de leurs qualités humaines : écoute, facilité de communication, compréhension des deux cultures (belge et culture maternelle), adaptabilité" (extraits du rapport d'activités 1992, pp. 3-4).

En 1994, le service ISM de Cultures & Santé se structure en asbl distincte. On notera que les promoteurs du projet abandonnent dès 1993 l'appellation de médiatrice pour retenir celle d'interprète, en raison des trop grandes ambiguïtés de la première : "le terme de médiateur est sur-utilisé dans le contexte social actuel et prête à confusion : l'interprète n'est pas un ombudsman ni une chargée de mission, son rôle n'est pas de résoudre les problèmes à la place des intervenants sociaux et il faut que cela apparaisse clairement dans sa dénomination" (extrait du rapport moral 1993, p. 24).

Des conventions sont conclues avec les structures de soins bénéficiaires du service. Celles-ci sont limitées aux soins de première ligne; jusqu'en 1994, on trouve en tête des partenaires les consultations de l'ONE, suivies par les maisons médicales. La question de l'hôpital se pose d'emblée : dès 1992, "en raison de sa situation privilégiée et du besoin évident que présente l'hôpital Saint-Pierre", la direction de celui-ci est contactée. Après concertation avec les multiples niveaux de décision concernés, une interprète arabo-berbère et une interprète turque sont mises en place. Par la suite, les interventions en milieu hospitalier vont augmenter : en 1995, sur 60 demi-jours hebdomadaires de présence régulière dans des structures de soins, les hôpitaux arrivent en deuxième position (11) après les consultations ONE (33).

Le nombre et le type d'interventions vont également augmenter, en fonction bien évidemment de l'augmentation des demandes mais aussi du nombre croissant de langues (celles des pays de l'Est, notamment) et de l'apparition précoce de demandes occasionnelles donnant lieu à des interventions ponctuelles. Ces dernières, au nombre de 119 dès 1993, sont 574 en 1995... Les deux facteurs (augmentation du nombre de langues et du nombre de demandes occasionnelles) ne se recoupent que partiellement, puisqu'en 1995<sup>2</sup>, 29% des interventions



Photo©: Thomas Chable/Question Santé

ponctuelles vont à des langues d'Europe centrale, contre 62% aux langues parlées au Maroc et en Turquie. Toutefois, note le rapport d'activités de cette année, "le pourcentage de prestations pour les langues parlées en Europe centrale s'accroît de façon constante. Il s'agit principalement de demandeurs d'asile et de personnes déplacées. Les interventions en langue polonaise concernent presque exclusivement des clandestins."

Fin 1994, les interprètes occasionnels auxquels l'ISM fait appel sont déjà au nombre de 24. Ils sont rémunérés en fonction de leur statut sur le marché de l'emploi : les étudiants, à l'heure, au tarif du job étudiant; les chômeurs, dans le cadre de conventions avec les ALE; les pensionnés, à l'heure, comme indépendants. Les demandes occasionnelles émanent de structures très diverses : refuge pour femmes battues, mouvement de lutte contre la prostitution, médiateurs scolaires, services sociaux, centres d'accueil, médecine scolaire, centres de formation permanente... Le tableau synthétique ci-dessous donne une bonne image de l'évolution rapide de ces demandes.



Photo ©: Hélène Martiat / Question Santé

## Le service d'interprétariat du CIRÉ

Comme nous l'avons dit plus haut, à partir de 2000, c'est le CIRÉ (Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Étrangers) qui assure à Bruxelles les services d'interprétariat médico-social. Ce service est étendu à la Région wallonne en 2001. Le CIRÉ est une fédération qui regroupe des organisations actives, sur le terrain,

dans la défense des droits des réfugiés et des étrangers en Belgique. Il dispose de services de première ligne (interprétariat, insertion socio-professionnelle, logement, aide au retour...), dont les activités servent aussi de base à la sensibilisation des politiques et de la population à la problématique des étrangers.

Le CIRÉ Interprétariat fonctionne essentiellement par déplacements et permanences.

**Muriel Pierre** : "Nous avons par exemple deux permanences à l'hôpital Saint-Etienne; les langues les plus demandées sont le russe, le bulgare, le turc, l'albanais, le macédonien et le serbe. A la maison médicale des Riches-Claires, les principales sont l'arabe, le russe et l'arménien..." Quant aux déplacements : "Pour qu'un

### Demandes d'interventions ponctuelles à l'ISM, par secteur, 1994 et 1995

SECTEUR	N 1994	% 1994	N 1995	% 1995
Médical (curatif + préventif)	37	16 %	108	19 %
Santé mentale	25	11 %	93	16 %
Enseignement	66	28 %	62	11 %
Animation et alphabétisation	56	25 %	43	7 %
Secteur social	37	18 %	143	25 %
Judiciaire (avocats, tribunaux, police)	—	—	25	4 %
Accueil des réfugiés	5	2 %	100	18 %
TOTAL	226	100 %	574	100 %

Source : ISM, Rapport d'activités 1995, p. 6.

interprète se déplace, il faut téléphoner à la centrale; il n'y a jamais de lien direct entre le demandeur et l'interprète. Nous avons pu acquérir un logiciel très performant, qui permet d'enregistrer de nombreuses données et de faire le dispatching vers les interprètes. L'opérateur téléphonique regarde son planning, contacte un interprète et confirme le rendez-vous au demandeur... Si un organisme constate que la collaboration se développe de plus en plus et devient régulière, il sera beaucoup plus économique pour lui d'avoir une permanence sur place. Car les interprétations ne sont pas gratuites (11 €/h + frais de déplacement) : les interprètes ont un statut et sont rémunérés, certains sous contrat de travail, d'autres par les chèques ALE ou encore au forfait.

“Notre volonté est de les aider à s'intégrer socialement. L'idéal serait de leur permettre d'exercer une profession reconnue par et dans la société, facteur important d'intégration. Car, actuellement, l'interprète social ne jouit d'aucun statut légal en Europe. Pourtant, de nombreuses associations le revendiquent. Cette reconnaissance leur permettrait de bénéficier d'un salaire correspondant aux barèmes en vigueur dans la profession et des avantages de la sécurité sociale. De plus, l'interprète serait valorisé et motivé dans l'exercice de ses fonctions, ce qui serait un gage supplémentaire de qualité professionnelle.

“Depuis peu, nous avons également mis sur pied un système par téléphone, qui s'inspire notamment d'un service existant à Paris depuis plusieurs années. Car le secteur non-marchand est sans cesse confronté au

problème des langues, le plus souvent dans l'urgence. Une étude de besoins a été faite en Communauté française, notamment dans les hôpitaux. Il en est ressorti que les travailleurs médico-sociaux rencontraient des besoins importants, face auxquels ils se débrouillaient avec les moyens du bord : les amis, la famille, le dictionnaire... Notre service téléphonique repose sur un pool d'interprètes parlant une quinzaine de langues, qui sont par exemple chez eux entre telle et telle heure, dans un environnement qui leur permet de travailler au calme, de manière professionnelle. D'autres travaillent dans nos locaux. Nous voudrions que ce service se développe. Les demandes sont beaucoup moins nombreuses que nous le pensions : le service est encore peu connu, et puis le travail par téléphone c'est une autre culture. Le tarif est de 13 € le quart d'heure, mais au téléphone on est dans l'information, pas dans le thérapeutique ! Donc en quinze minutes beaucoup de choses peuvent se communiquer.”

Le service d'interprétariat vise l'ensemble de la Communauté française mais la majorité des demandes proviennent pour l'instant de Bruxelles. “Les interprètes se déplacent aussi par train, à partir de Bruxelles, et



Photo©: Sandrine Palmaerts/Question Santé

un recrutement se fait régulièrement sur l'ensemble de la Communauté française<sup>3</sup>. Quarante-deux langues sont recensées, mais il faut nuancer : nous pouvons proposer un interprète pour le tagalog (une langue des Philippines), mais cela arrive très rarement ! Alors que d'autres langues sont très utilisées, le trio de tête étant le russe, l'albanais et le turc. Pour le moment, la demande est forte pour les langues des pays de l'Est."

### **Médiation culturelle et interprétariat à l'hôpital**

De février 1997 à décembre 1998, sous l'impulsion de la Conférence interministérielle à la Politique de l'Immigration, sous l'égide du Ministère des Affaires sociales et via un financement du FIPI, s'est déroulée une expérience de médiation interculturelle dans les hôpitaux. Son objectif était, à partir d'une expérience de terrain dans une série d'hôpitaux volontaires, d'évaluer les besoins en médiation interculturelle, d'en analyser les caractéristiques, et de proposer un mode de financement structurel de cette activité. Pour contribuer à la réalisation de cet objectif, une cellule d'accompagnement et de coordination a été mise en place. Cette Cellule Médiation a publié un rapport<sup>4</sup> dont sont extraites les citations suivantes.

Mais pourquoi les hôpitaux ? Le discours sur l'humanisation de l'hôpital n'est pas neuf, puisqu'il remonte aux années 70. "L'hôpital est devenu le lieu d'une formidable concentration d'appareils et de main d'œuvre à produire du diagnostic et du soin, en même temps qu'il a acquis les dimensions économiques d'une entreprise, centre de frais important dans l'économie de la santé. A ce stade, le développement des connaissances et des techniques, et les contraintes économiques liées à la taille des investissements nécessaires — particulièrement dans un contexte de crise — ont conduit à une spécialisation de plus en plus poussée des professionnels de la santé travaillant dans l'hôpital,



Photo©: Maurice Müller/Question Santé

au bénéfice probable de l'efficacité technologique et de la rationalité économique, peut-être pas toujours pour le plus grand confort des malades" (pp. 4-5). Cette standardisation du travail hospitalier a pour corollaire une certaine déshumanisation de l'hôpital : le patient, plus que jamais, est moins un sujet que l'objet de soins.

Dans ce contexte, la relation soignant-soigné, qui peut déjà s'avérer difficile dans le cabinet du généraliste, prend un tour critique qui se manifeste notamment par un déficit de communication. Or, la qualité de la communication est une condition nécessaire de la qualité des soins et de l'efficacité thérapeutique. "Le déficit de communication peut très bien survenir à l'intérieur d'une même culture : de soignant à soigné, des différences de jargon, de formation, de niveau socioculturel, de scolarité sont susceptibles de conduire à des malentendus, même si les deux interlocuteurs parlent la même langue et vivent dans la même région. A fortiori, les différences de langage et de références qui surviennent lors de la prise en charge de personnes étrangères ou immigrées, issues d'autres cultures, soulèvent des problèmes dont la résolution demande un travail particulier" (p. 7).

La récente diversification des origines des immigrés arrivant en Belgique — qui souvent ont connu un

parcours éprouvant et sont sans ressource aucune, financière ou relationnelle — est peut-être une des raisons de l'emphase mise récemment sur la médiation interculturelle à l'hôpital. Écoutons **Zohra Chbaral**, membre de la Cellule Médiation au Ministère fédéral des Affaires sociales : "L'objectif est de lever les barrières linguistiques afin de permettre à des populations qui ne maîtrisent pas une de nos langues nationales d'accéder à des soins de qualité. Au départ, ces populations étaient essentiellement originaires du Maroc et de la Turquie. Aujourd'hui, elles proviennent souvent des pays de l'Est. Récemment, en Wallonie, un hôpital a même engagé à mi-temps un travailleur social qui s'est spécialisé dans les gens du voyage : en un seul mois, il est intervenu une centaine de fois! Toujours dans la partie francophone du pays, on comptait 703 interventions pendant le seul mois de mars 2000; en mars 2001, le chiffre correspondant était de 1.737. Les principales nationalités étaient : marocaine, turque, italienne, russe, belge<sup>5</sup>, bulgare et albanaise — mais la catégorie «divers» totalisait 27,6 % des interventions.

Cette évolution, qui se manifeste également en Flandre, est cependant plus marquée dans la partie francophone du pays. Il faut préciser que l'offre crée aussi la demande : quand un médiateur qui maîtrise par exemple le roumain arrive dans un hôpital, le bouche-à-oreille joue et les demandes affluent.

"La formation de base des médiateurs va de l'enseignement secondaire inférieur au supérieur universitaire. L'arrêté ministériel exige seulement la maîtrise d'une des langues parlées par la population-cible. La médiation interculturelle dans les hôpitaux reçoit un financement structurel depuis l'arrêté de février 1999. Le financement a considérablement augmenté en quelques années puisque, de 20 millions de FB en 1999, le budget passera en 2003 à 50 millions. En 2001, on comptait 29 médiateurs dans 16 hôpitaux francophones (le nombre total d'hôpitaux concernés est de 46 dont, depuis 2001, six hôpitaux psychiatriques). Le Ministère finance les contrats de ces médiateurs mais aussi celui de coordinateurs de

médiation interculturelle, qui sont nécessaires en raison du grand nombre de langues rencontrées.

"Les médiateurs ne sont pas toujours engagés à temps plein; la moyenne est plus proche du mi-temps (15 ETP pour 29 personnes), mais il arrive qu'un médiateur ne soit présent dans l'hôpital qu'un jour par semaine. Or, les besoins sont considérables : dans un hôpital bruxellois, on entend jusqu'à 80 langues différentes ! Il est impossible de répondre à toutes les demandes, bien que les hôpitaux fassent ce qu'ils peuvent pour répondre aux besoins. Certains financent même des interprètes sur leurs fonds propres, mais la plupart recourent à des contrats Article 60, Rosetta ou Maribel social. Les deux premiers cas de figure ne sont pas sans inconvénients. Les emplois Rosetta sont destinés à des jeunes sans qualification, qu'il faut donc former. Mais, comme leur contrat d'un an n'est pas renouvelable, le travail est sans cesse à refaire, entraînant une certaine démotivation des médiateurs et de l'institution hospitalière. L'article 60, par contre, concerne des personnes d'un certain âge, qui ont une expérience professionnelle (parfois même



Photo©: Marina Cox/Question Santé



Photo©: Véronique Vercheval/Question Santé

une formation d'interprète), mais la durée moyenne de leur contrat est d'un an et demi, la finalité de l'article 60 étant de les remettre sur le marché de l'emploi ou de leur rendre l'accès aux allocations de chômage, non de créer de nouveaux postes de travail."

Face à l'ampleur des besoins, la Cellule veut encourager les hôpitaux à travailler en réseau : "A terme, l'échange de compétences entre établissements hospitaliers paraît être la seule réponse à la diversité croissante des demandes, à l'augmentation du nombre de celles-ci et à leur caractère fluctuant, difficilement prévisible. Les situations peuvent varier grandement d'un hôpital à l'autre : ainsi, à Saint-Etienne, le nombre élevé de russophones oblige le médiateur à se limiter, faute de temps, à de la traduction pure et simple. Des médiateurs sont parfois submergés de demandes et cou-

rent tout le temps dans les couloirs de l'hôpital. Il est arrivé que l'un d'eux, en pleine médiation, se fasse en même temps l'interprète d'un autre patient sur son GSM !"

### **Expériences de médiation à l'hôpital**

Heureusement, il n'en va pas toujours de même. Bien que Malek Amrouni soit un peu marginal, statistiquement parlant : c'est un homme, alors que 25 médiateurs sur 29 sont des médiatrices; il a une expérience préalable de médiateur scolaire et une formation spécifique (communication et médiation interculturelle); il ne travaille pas en hôpital général mais partage son temps entre l'hôpital pour enfants Reine Fabiola et l'hôpital psychiatrique Jean Titeca.

**Malek Amrouni** : “En psychiatrie, il s’agit d’essayer de rassembler les perceptions de la maladie mentale qu’ont tous les acteurs en présence — la famille, le patient, le psychiatre. Par exemple, nous avons eu un patient chiite iranien; lors de l’examen, il présentait des cicatrices au niveau du dos. La question de l’automutilation se posait. Un élément que le médiateur interculturel peut apporter, c’est que dans les cérémonies religieuses chiites il existe une tradition d’autoflagellation. Cet élément ne justifie peut-être pas ces cicatrices-là, mais il faut le prendre en considération... Quant à la famille, elle peut exprimer une difficulté relationnelle en parlant de sorcellerie. Mais ce n’est qu’une expression particulière des malaises qu’elle vit. Le tout est que les intervenants ne se disent pas : «tout ça, ce sont des superstitions». C’est une manière d’exprimer quelque chose. Le médiateur est rassurant pour les membres de la famille, qui se disent : «toi, tu vas comprendre, tu es de notre culture». Ils se permettent de dire ce qu’ils tairaient au psychiatre, par crainte de passer eux aussi pour des fous ! C’est alors à moi de leur dire que les intervenants sont capables d’entendre cela.”

A l’hôpital Reine Fabiola, tout en dépendant institutionnellement de la direction du nursing, Malek Amrouni travaille en étroite collaboration avec les psychologues. **Anne Callens** : “Depuis septembre 2001, nous suivons un enfant atteint d’une pathologie gastrique; il a une stomie, c’est-à-dire une poche au niveau du ventre. Il s’est avéré très rapidement que cette affection avait un sens bien particulier pour la famille. A côté du soutien individuel de l’enfant, comme pour n’importe quel autre patient, il était très important d’avoir des moments d’entretien où Malek intervenait en injectant des éléments culturels et, après ces entretiens, un debriefing où il expliquait ce que la maladie représentait pour cet enfant et sa famille. Sans cet aspect interculturel, le travail de soutien aurait été tout à fait inadéquat.”

M. A. : “Cette maladie est mieux acceptée ici que dans les pays du Maghreb, où le malade est un peu vu comme quelqu’un d’incomplet. Et puis, c’est un garçon — l’image du mâle qui doit être parfait, correspondre à l’idée que les parents se font du futur homme et de l’héritier. Plus tard, il aura des copains; et puis il va se marier : comment sera-t-il perçu ? Il lui manquera toujours quelque chose. Cette image-là, dans les

cultures maghrébines les plus traditionnelles, reste très présente.”

**Claire Van Pevenage**, psychologue, raconte une autre situation : “Le médecin avait dit aux parents que leur enfant allait mourir. Cela a posé de gros problèmes, parce que Dieu seul sait si quelqu’un va mourir ! Le médecin peut dire «votre enfant va très mal, nous sommes extrêmement inquiets», mais il n’a pas à se prendre pour Dieu ! Si Malek avait été là, il aurait parlé autrement au papa. Mais comme le papa parlait français... Il ne suffit pas de traduire, c’est vraiment une question culturelle. Par exemple, dans les entretiens avec les parents, en Belgique, seul le médecin est généralement présent. Dans d’autres cultures, plus nombreux sont les intervenants, mieux la famille se sent reconnue, prise en considération. Donc parfois on est cinq ou six autour des parents. Au début, les médecins disaient : «non, ça fait un peu tribunal»... Pas du tout ! Pour les parents, ça veut dire que beaucoup de gens sont là pour eux.”

M. A. : “La notion de famille, de groupe, est très importante. L’hôpital Reine Fabiola a des conventions avec l’Algérie et la Tunisie pour les enfants qui ont des malformations cardiaques. Ces enfants sont accompagnés par la maman, qui se retrouve ici, dans un pays inconnu, avec les difficultés liées à l’intervention, avec ses inquiétudes par rapport à l’enfant malade mais aussi aux autres enfants restés là-bas. Et elle est seule, elle n’a plus sa famille autour d’elle; elle reçoit peut-être quelques coups de téléphone, et c’est tout. C’est à nous de lui offrir ce cadre-là. Bien sûr, nous ne remplacerons pas sa famille, mais nous serons à ses côtés.”

C. VP. : “Nous posons les questions que poseraient leur mère ou leur mari, et qu’elles ne posent pas parce qu’elles sont perdues : «pratiquement, ça veut dire quoi ?... Dans combien de temps pourra-t-il sortir ?...» C’est vraiment du soin culturel, dont on ne peut pas faire abstraction si on veut donner des soins médicaux corrects. Le médecin risque même de se faire saboter : les parents pourraient éviter de donner les médicaments, par exemple. Combien de parents ne préviennent pas l’enfant de ce qui va se passer ? «On est en vacances ici»... On le paie très cher au niveau médical. Quand l’enfant se réveille après l’opération, il est paniqué, il peut arracher des drains, le respirateur, et

il reste quatre ou cinq jours de plus en soins intensifs. Il faut travailler cela avec les parents.”

### Éléments d'évaluation du projet fédéral

La place de la médiation à l'hôpital ne va certainement pas de soi. Les auteurs du rapport déjà cité soulèvent une série de problèmes. Contentons-nous d'en reprendre trois. Tout d'abord, dans la plupart des hôpitaux, le nombre des interventions des médiateurs reste faible. Certes, le fonctionnement même de l'hôpital ne facilite guère l'organisation et la planification de ces interventions. Mais, surtout, il semble que beaucoup de prestataires de soins minimisent l'importance des obstacles linguistique et culturel et soient extrêmement réticents à l'arrivée de médiateurs, ressentie comme une intrusion et comme une remise en question de leurs pratiques voire de leurs privilèges. "L'absence d'une formation reconnue et de déontologie vient nourrir la critique des soignants. Ils soulignent le danger de voir les médiatrices outrepasser leurs missions et s'aventurer sur les terrains réservés de l'art de guérir. C'est notamment la question de la professionnalisation qui est ainsi posée. (...) Dans la situation actuelle propre à une expérience pilote, la formation initiale des médiatrices est hétérogène et les médiatrices sont privées du crédit conféré par les diplômes. Quant à l'expérience, seules quelques-unes d'entre elles peuvent s'en prévaloir, à mesure de leur ancienneté" (p. 113).

Deuxième problème de fond : la triangulation, qui est le fondement même de la médiation, est difficile à respecter. Si les médiatrices francophones énoncent avec conviction le principe de neutralité (se démarquant ainsi de leurs collègues flamandes, qui se considèrent comme les "avocates des patients"), lorsqu'elles racontent leur travail, les témoignages sont éloquentes. "Plusieurs médiatrices disent la difficulté de respecter



Photo©:Antennes Lama/Question Santé

ce qu'elles estiment pourtant être une obligation professionnelle : chacune des parties en présence, que ce soit soignant ou soigné, essaie de «tirer l'interprète à soi». Le soignant parce qu'il «espère que nous allons convaincre le patient d'être un bon patient, et le patient parce qu'il pense que nous allons pouvoir obtenir du médecin tout ce qu'il veut». (...) Pour le patient étranger en particulier, parler sa langue joue comme une connivence et une réassurance : «tu es déjà de son côté parce que tu parles sa langue», «ils se sentent d'office en confiance avec nous», «ils pensent qu'avec nous tout va s'arranger». L'interprète est ainsi amené à jouer le rôle d'intercesseur, de porte-parole du patient quand ce dernier ne comprend pas ce qui lui arrive, quand il a le sentiment qu'il n'est pas traité normalement. (...) Il y a le patient «oublié sur une civière dans un couloir, à qui personne n'a expliqué pourquoi il était là depuis des heures», il y a le patient «qui ne sait pas de quoi on veut l'opérer», celui à qui on demande trois jours d'affilée d'être à jeun pour des examens qu'on ne lui fait pas, etc." (pp. 107-108).

Troisièmement, les médiateurs se retrouvent trop souvent en position d'exécuter des tâches ou d'exercer des rôles auxquels ils n'ont pas été formés, qu'il s'agisse



de soutien psychologique, de soins ou d'éducation à la santé. Ceci indique clairement que la fonction de médiation n'est pas clairement définie, notamment par rapport aux autres fonctions exercées à l'hôpital : chez les soignants, "les critiques essentielles naissent de l'élargissement de la fonction d'interprète ponctuelle à celle de médiatrice. (...) S'il ne s'agit pas de régler en direct des problèmes linguistiques, mais bien d'assurer information et formation, accueil, soutien moral et accompagnement psycho-social, d'être l'avocat des patients, certaines infirmières et assistantes sociales ne comprennent pas la raison d'être des médiatrices. Elles n'apprécient guère l'intervention d'acteurs étrangers à la profession pour faire une part essentielle, la plus attachante, de leur métier" (p. 112).

Les auteurs du rapport formulent dès lors nombre de recommandations, que nous ne pouvons toutes reproduire ici. Retenons celles qui sont de l'ordre de la professionnalisation de la fonction de médiateur-interprète :

- implanter dans les pratiques de médiation une culture d'auto-évaluation et d'assurance de qualité;
- poursuivre l'accompagnement des acteurs de terrain, mais aussi l'analyse des pratiques et la réflexion théorique en matière de médiation interculturelle;
- développer et observer des standards explicites de travail pour les médiateurs, permettant ainsi une évaluation rigoureuse de ce travail;
- poser clairement les limites de la fonction de médiateur et de la médiation elle-même (qui, notamment, ne doit pas aboutir à renforcer les préjugés ni déboucher sur un culturalisme liant toutes les difficultés rencontrées à la "culture" supposée du patient).

### **Quid de la professionnalisation de l'interprétariat médico-social ?**

Curieusement, le rapport ne recommande pas explicitement l'élaboration d'un cursus de formation reconnu (pourtant une des conditions classiques de la professionnalisation). Est-ce parce que les conceptions sont trop différentes du côté francophone et du côté flamand<sup>6</sup> ? Et/ou par méconnaissance de la conceptualisation et de l'expérience acquises en la matière?... Car le CIRÉ comme, en son temps, l'ISM ont défini cha-

cun un cadre clair pour l'intervention des interprètes. Muriel Pierre : "Une traduction professionnelle implique de prendre une distance par rapport aux propos échangés. C'est en tout cas ainsi que nous voyons la fonction de l'interprétariat social : l'interprète n'est pas un médiateur, il ne s'investit pas dans l'entretien entre l'étranger et le professionnel. Il travaille dans le plus grand respect des propos échangés par l'un et par l'autre, dans la transparence absolue, c'est-à-dire qu'il traduit tous les propos et qu'il ne prend pas fait et cause pour l'un ou pour l'autre. Il traduit de façon objective et professionnelle — ce qui demande déjà toute une formation. Cependant, il ne se contente pas de traduire, car une langue est porteuse d'une culture, de valeurs et d'informations inscrites dans cette culture. L'interprète devra dire que, dans tel pays, on ne fait pas tel type de demande de la même manière qu'ici : pour prendre un exemple caricatural, on ne demande pas tout de go à une femme afghane de se déshabiller. Il joue donc un rôle de relais culturel, il précise le code culturel dont le lexique est porteur, afin que la communication fonctionne.

"Cela fait partie de la formation que nous donnons aux interprètes. Généralement, ils proviennent eux-mêmes d'un pays étranger et ils ont fait le parcours du combattant. Ils savent donc très bien à quoi se heurtent les étrangers qui arrivent chez nous. Une fois qu'ils ont leurs papiers, ils veulent faire quelque chose pour leurs compatriotes. Par des jeux de rôle et l'analyse des attitudes relationnelles, la formation doit leur apporter la distanciation nécessaire à leur fonction. Elle comprend aussi une approche déontologique et éthique de la profession, un travail sur la multiculturalité, des connaissances de base plus théoriques sur le réseau associatif existant, sur certains aspects juridiques (procédure d'asile, code de la nationalité...), médicaux, psychologiques, sur les structures existantes, etc. Et puis il y a des groupes de parole, où les stagiaires peuvent exprimer leur vécu sur ce qui s'est passé au cours de leur interprétation. Car ils sont confrontés à des situations qui peuvent être extrêmement douloureuses. Je pense par exemple à Pag-Asa, une association qui accueille des prostituées: beaucoup d'interprètes sont des femmes, et il faut que la distanciation leur permette de rester indemnes."

Contrairement aux médiateurs du programme fédéral, les interprètes du CIRÉ comme celles de l'ISM

proviennent de structures distinctes du service de 1<sup>ère</sup> ligne où elles interviennent. Cela leur donne au moins une position tierce sur le plan institutionnel. Autre point commun : elles se définissent comme interprètes, non comme médiatrices. Or, toujours selon le rapport de la Cellule, “la polysémie du terme médiation (...) suscite la méfiance des hôpitaux parce que la notion charrie l'idée de conflits, de responsabilités partagées, de problèmes autres que purement linguistiques. (...) Si la «simple» fonction d'interprète est en général admise — tous les soignants ont plus ou moins souvent dû faire appel à une interprète, professionnelle ou non —, l'insertion d'une interprète dans l'hôpital ne va pas sans réserves” (p. 112).

De son côté, l'ISM, dans son rapport d'activités 1995, définit le cadre qu'il donne à la fonction d'interprète :

- “Le rôle de l'interprète est de favoriser et d'amplifier la communication entre les partenaires, donc de transmettre le plus justement et complètement possible tous les messages émis.”
- “Lorsqu'une interprétation culturelle peut améliorer la communication, l'interprète la propose” (ce n'est donc pas qu'un travail de traduction).
- “L'interprète n'est pas chargé de mission, il n'exerce pas de médiation sociale; il ne se substitue jamais à l'intervenant médico-social ni au client, qui restent maîtres du dialogue et de l'interaction.”

Le risque de la position tierce étant toujours de se retrouver pris comme le doigt entre l'arbre et l'écorce, l'ISM pointe les outils systémiques de l'interprète. En d'autres termes : comment considérer ses limites comme des atouts. Outre l'appartenance à une structure indépendante, notons :

- la conscience de son rôle (“l'interprète n'est là que pour aider les deux parties à communiquer”);
- la double appartenance (“tout à fait ici mais encore un peu là-bas; travailleur du secteur médico-social aux yeux des personnes de sa communauté mais vu par les intervenants du même secteur comme un «immigré»...”);
- la prise de distance (“la neutralité émotionnelle n'existe pas”, l'idéal de neutralité est un repère virtuel auquel l'interprète confronte ses expériences).

## Conclusion

Le Ministre fédéral des Affaires sociales a dégagé des moyens financiers croissants pour tenter de rencontrer les besoins en matière d'interprétariat-médiation. Ces besoins sont importants, mouvants, difficiles à prévoir et à cerner. Il semble d'autant plus nécessaire, pour autant que le développement de l'interprétariat en milieu médical fasse véritablement l'objet d'une volonté politique, de l'inscrire dans le long terme (et l'on sait à quel point cette dimension fait souvent défaut dans les politiques sociales), de favoriser les complémentarités entre services internes et externes aux structures de soins, et de soutenir un processus de professionnalisation, ce qui passe par une série de conditions :

- la reconnaissance d'un cursus de formation;
- l'élaboration d'un code de déontologie;
- la définition de la profession en elle-même (et, sur ce plan, on gagnerait sans doute à se centrer sur la notion d'interprétariat plutôt que sur celle de médiation) et par rapport aux autres professions médico-sociales;
- des statuts professionnels (il semble que l'on ne puisse guère espérer un statut unique) clairs et stables.

En ce qui concerne les interprètes intégrés dans les structures hospitalières, la définition d'une place institutionnelle claire et cohérente est certainement une condition supplémentaire.

*Alain Cherbonnier*

*Interviews : F. Kinna et A. Cherbonnier*

*Merci à tous nos interlocuteurs ainsi qu'à Marianne Flament (Cultures & Santé)*

1. C'est le titre de l'ouvrage désormais classique de Jean-François Six (Le Seuil, 1990).
2. La dernière année pour laquelle nous disposons de chiffres.
3. Il faut ajouter que le CRIPEL (Centre Régional d'Intégration pour Personne Etrangères à Liège) a réuni en 2002 une équipe de médiateurs interculturels.
4. Hans Verrept, Aldo Perissino & Anne Herscovici, *Médiation interculturelle dans les hôpitaux, Cellule de Coordination Médiation interculturelle, Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, août 2000.*
5. Cette catégorie peut surprendre, mais il faut se rappeler que, si l'accès à la nationalité belge est facilité depuis peu, il ne garantit pas la maîtrise d'une langue nationale.
6. L'interprétariat en milieu médical s'est développé en Flandre plus tôt et avec plus de continuité qu'en Communauté française, non pas en lien avec la réalité statistique de la présence immigrée en Belgique, mais en raison de la différence des conceptions de l'intégration des immigrés et des cultures médico-hospitalières; ainsi, en Flandre, le médiateur-interprète se place résolument en soutien du patient face au soignant.

## Nos communes en santé

*Bruxelles, Ville et Région. Bruxelles aux facettes multiples, Bruxelles et sa densité de population mais aussi d'associations. Bruxelles bilingue et multiculturelle. Bruxelles-capitale et Bruxelles cœur de l'Europe. Et non loin du centre ville, dans un quartier ixellois, le CLPS de Bruxelles.*

A situation unique, CLPS unique : à Bruxelles, en plus de la Communauté française, c'est la Région bruxelloise (la Cocof) qui contribue aux activités. Deux instances véritablement porteuses de projets dans le domaine de la santé des populations. Du point de vue du CLPS, les axes prioritaires et les stratégies peuvent paraître suffisamment convergentes pour être développées conjointement sur le même territoire, avec les mêmes acteurs. Avec la mise en place actuelle des programmes régionaux et communautaires, certains obstacles ressurgissent avec plus de force : concertation inter Cabinet peu visible dans les programmes ; non prise en compte du bilinguisme des communes ; peu d'attention aux traits spécifiques à Bruxelles...

Aujourd'hui, zoom sur le programme communautaire. Par la suite, nous aurons l'occasion d'évoquer l'avancement du projet Bruxelles Ville santé.

" *Vers des politiques communales de santé* " est une initiative de madame Nicole Maréchal, ministre de la santé de la Communauté française. Ce programme est lancé depuis plus de deux ans et a comme objectif de soutenir et de développer la promotion de la santé à l'échelon communal.

Ce programme s'est développé selon trois axes :

- **Un comité de pilotage** qui rassemble quelques mandataires et professionnels du secteur de promotion de la santé ; il est chargé d'animer le réseau des mandataires, de récolter et faire circuler l'information...
- **Un réseau des mandataires communaux** qui réunit en tant que membres tous les représentants communaux engagés dans des projets de promotion de la santé. Il a pour objectif d'impliquer davantage les mandataires communaux dans la construction d'un savoir collectif et d'adhérer à la charte de la déclaration de Namur.
- **Un appel à projets** destiné à soutenir la réalisation concrète de quelques projets initiés au niveau communal.

La **déclaration de Namur**, document de base pour tous les acteurs, soutient l'idée que l'action communale peut devenir un moteur d'amélioration de santé, de la qualité de vie et de réduction des inégalités dans une dynamique participative et citoyenne.

Les communes ont un rôle important à jouer dans le cadre de leurs compétences. C'est par une attention

particulière et des interventions régulières sur les facteurs déterminants de la santé, comme l'environnement, l'éducation, l'aide sociale, l'emploi ou la culture..., que la commune peut influencer favorablement cette qualité de vie.

Cette manière d'aborder des projets et dossiers très divers, ce regard " promotion santé ", ne sont probablement pas faciles à faire passer. Mais les communes disposent de plusieurs atouts non négligeables. Une très grande proximité avec les citoyens concernés qui facilitera la démarche participative ; les collaborations existantes entre les échevins qui faciliteront les approches intersectorielles ; la connaissance et les contacts déjà entrepris avec le réseau local ; les projets déjà menés dans un souci de partenariat et de participation...

Avec l'appel à projets, une subvention est accordée par la Communauté française à quelques actions programmées sur deux ans. Lors de la deuxième année la commune s'engage à prendre une part active dans le financement. La date limite pour l'introduction des projets est le 1<sup>er</sup> octobre 2002.

Pour le Centre local de promotion de la santé de Bruxelles, les communes sont devenues ce que nous appelons des relais privilégiés. Ainsi, nous sommes parfois amenés à relayer des campagnes communautaires auprès de différentes instances communales : mandataires, associations, structures culturelles ou sportives... D'un autre côté, les communes peuvent adhérer à la charte de Namur ou des mandataires peuvent devenir membres du réseau.

Petit à petit, l'idée de promouvoir la santé fait son chemin et le CLPS est identifié comme une ressource, un partenaire potentiel. Il peut concrètement apporter une information détaillée via son centre de documentation. Le CLPS peut aussi soutenir la réflexion locale en prenant part à divers groupes de travail. Il peut encore collaborer en proposant des méthodes, divers outils ou pistes innovatrices pour orienter toute action qui peut participer à promouvoir la santé et la qualité de vie des habitants.

Bégonia Montilla  
Yves Gosselain

# La participation des parents

*Travaillant à l'ONE, j'ai été interpellée par le discours de certains professionnels de la santé autour de la prévalence de la mortalité périnatale dans les populations maghrébines. J'entendais régulièrement des propos comme celui-ci : "ont-elles bien conscience des risques liés à la grossesse ?"... Cela a été un des éléments déclencheurs de ma réflexion et du processus de participation que je vais présenter ici.*

Car, pour ma part, j'avais l'impression que ces femmes effectuaient bel et bien toute une série de démarches autour de leur grossesse ! Mais peut-être n'étaient-ce pas celles que les professionnels attendaient; il n'était peut-être pas évident d'imaginer que l'autre, en face de soi, n'avait pas la même représentation de la réalité. Il m'a dès lors paru important d'investiguer les représentations, les savoirs, le vécu des familles maghrébines pendant la grossesse. Envisager le sens qu'elles donnaient à cet événement m'a permis de proposer de nouvelles lectures d'une réalité complexe. J'ai pris conscience de l'importance des savoirs et des savoir-faire issus de l'expérience de la population avec laquelle je travaillais. Et de la nécessité de partager les savoirs entre les professionnels et les parents. La communication n'est en effet possible que si le professionnel est conscient de ses propres représentations et de celles de la personne qu'il a en face de lui.

Un autre élément qui m'est apparu comme primordial est la nécessité de ne pas négliger la dimension relationnelle de la communication. Partage des savoirs et qualité de la relation sont des déclencheurs potentiels de la participation des parents ou futurs parents. Celle-ci pourra démarrer à partir d'une demande, de souhaits, de constats, de réflexions, provenant tant des TMS (travailleurs médico-sociaux), des bénévoles ou des interprètes que de la population elle-même. Par exemple, des TMS souhaitent réfléchir à la qualité de l'accueil, créer un coin jeux, réunir un groupe de parents, aborder une thématique particulière... Des interprètes ou des habitants du quartier amènent à la consultation leurs questions ("mon

enfant fait régulièrement des colères : que faire ?") ou soulignent l'isolement et la solitude de certaines familles...

## La démarche participative

Pour expliciter cette démarche, je prendrai comme fil conducteur la chronologie. Celle-ci me paraît d'autant plus importante que brûler les étapes risque de nuire à l'objectif de participation des parents. Plusieurs acteurs interviennent dans la démarche : les personnes qui ont formulé la demande, le souhait ou le constat (les "demandeurs"), les autres intervenants médico-sociaux, et la population elle-même.

Comment aider **les demandeurs** à entrer dans un processus de participation ? La première étape est de mettre en évidence leurs représentations et leurs besoins. Où se situent les demandeurs ? Quelles sont leurs représentations de la participation ? Ont-ils suffisamment de motivation pour l'envisager avec les personnes avec qui ils travaillent ? Comment communiquent-ils avec les parents ?... L'accompagnement des demandeurs prend du temps et nécessite un soutien, de l'écoute et une aide méthodologique. Plusieurs réunions sont parfois nécessaires pour que chacun puisse exprimer ses représentations et ses priorités. Des techniques comme, par exemple, le brainstorming ou le photolangage peuvent y contribuer.

En second lieu, **d'autres partenaires** sont contactés : les bénévoles, les interprètes, le médecin, d'autres consultations ONE... Cela permet de déboucher sur une réflexion plus large autour de l'importance de la relation entre parents et personnes gravitant autour d'eux. Et parfois sur un réaménagement de l'accueil en consultation.

Viennent ensuite les démarches vers **les parents**. Un *facteur déclenchant* est nécessaire : la fête de Saint-Nicolas, une fête à la consultation, une exposition, une activité ludique, l'aménagement d'un coin-jeux... Il est primordial de toucher les parents dans les lieux qu'ils connaissent et par des activités pour lesquelles ils se déplacent volontiers. Les mères expriment d'ailleurs souvent le souhait de se retrouver, de pouvoir parler,

## dans les consultations ONE

de "se déposer". Créer des liens permet de les motiver et de les "mouvoir".

Lors de ces manifestations, les demandeurs *récoltent des données* concernant le vécu des parents. Ce travail a une triple portée : il permet l'expression des savoirs expérientiels de ces personnes, de créer avec elles d'autres types de relations en étant attentif à leurs expériences de vie, et de les reconnaître dans leur identité propre. C'est à ce moment qu'une relation de confiance s'installe, qui peut faire émerger d'autres éléments, hors de la thématique initialement abordée.

Un autre facteur de participation des parents est la *recherche de leaders* dans la population. Ainsi, les interprètes qui participent aux consultations peuvent être des moteurs pour dynamiser les activités. Habitants dans le quartier, elles sont reconnues et peuvent même jouer le rôle de médiatrices.

Comme dans les étapes précédentes, il faut souvent plusieurs rencontres pour que les différents partenaires prennent conscience de l'importance de la participation des parents et de la place de ceux-ci dans l'opérationnalisation du projet. Une évaluation continue est, sur ce plan, fondamentale : comment l'objet du travail a-t-il été défini ? Par qui a-t-il été défini ? Comment la population a-t-elle réagi ? A-t-elle pu exprimer ses attentes ? Quelles sont les méthodes utilisées pour faire émerger celles-ci ? Ont-elles été adéquates ?... Cependant, plusieurs mois sont parfois nécessaires pour que les parents "accrochent" au projet, que des liens se créent avec les professionnels et qu'émerge un désir de créer.

### Vers un *empowerment*

Ce processus peut déboucher sur des groupes de parents (principalement des mères), qui se réunissent régulièrement, une fois par mois ou tous les quinze jours. Dans certains cas, les professionnels fixent les thèmes à aborder en fonction des priorités ressenties : l'alimentation du tout petit, la préparation des vacances, la sécurité dans le logement... Dans d'autres cas, la première rencontre est simplement une réunion

conviviale où les parents disent leurs souhaits. Le récit d'histoires personnelles (par exemple autour de l'éducation des enfants) est un moyen de récolter des données qui serviront de base à la préparation d'autres rencontres.

Ce type d'activité demande deux professionnels : un animateur et un observateur. Ce dernier assure la prise de notes ou prend du recul par rapport à la dynamique du groupe. Il est important aussi d'évaluer régulièrement les activités et de "triangler", c'est-à-dire de renvoyer le processus aux parents afin qu'ils se l'approprient et restent acteurs.

Progressivement, la population devient de plus en plus autonome et active. Dans un quartier, des mamans ont interpellé une direction d'école à propos de la qualité des dix-heures proposés. Cette entrevue a permis d'arriver à un consensus sur des collations plus équilibrées. Autre exemple : des parents se sont investis dans la préparation de fêtes scolaires ou de quartier. Avec le temps, la participation amène la population à l'*empowerment* c'est-à-dire à acquérir du pouvoir, du contrôle sur sa vie, sur ses conditions de vie et sa santé.

Plusieurs conditions sont nécessaires à cet *empowerment*. L'écoute, tant de la part du coordinateur que des différents partenaires, à tous les niveaux du projet, permet de connaître et de reconnaître tous les acteurs dans leur individualité et leur appartenance. Un autre élément à ne pas négliger est le soutien des partenaires tout au long du projet. L'évaluation de chaque activité porte sur le degré d'*empowerment* des partenaires et des parents, sur le type d'approche utilisé, sur la diffusion de l'information, le lieu et la fréquence des activités... Proposer d'autres méthodes de communication, de nouvelles approches, permet de maintenir la participation et l'adhésion du groupe. Mais, ici encore, il est nécessaire de prendre le temps pour que tous les acteurs s'approprient la démarche. Enfin, le respect de chacun dans son identité et dans son rythme est indispensable dans le processus d'*empowerment*.

Myriam Herickx  
Service Education Santé  
de la Régionale bruxelloise de l'ONE

Pourquoi donc être contre la pub tabac à Francorchamps ?

Ces dernières semaines, le débat sur cette question a rebondi à l'occasion d'une proposition Monfils-Happart, au Sénat, d'autoriser la publicité pour le tabac pendant les trois jours du grand prix de F1 à Francorchamps.

Les sénateurs Ecolo, comme d'autres, ont choisi de ne faire aucun compromis par rapport à cette question, qui concerne autant les Bruxellois que l'ensemble des habitants de notre pays. Ainsi, il s'est trouvé une majorité de Sénateurs pour rejeter cette proposition, et nous nous en félicitons.

Les réactions chagrines (doux euphémisme) des auteurs de la proposition de dérogation furent à la mesure de leur déception. Certains amalgames furent avancés, et il nous semble donc bon de rappeler, si c'était nécessaire, qu'Ecolo est pour la lutte contre **toutes** les assuétudes, qu'elles soient dues à l'usage abusif de l'alcool, des drogues "dures" ou "douces", du tabac, ou encore des médicaments. Quant à la méthode appropriée pour lutter contre chacune d'entre elles, la place me manque ici pour l'exposer en détail.

Revenons au tabac et à Francorchamps. Il nous a semblé que mettre de côté un objectif de santé publique aussi important pour satisfaire le diktat posé par un lobby commercial est une attitude politique qui n'est pas la nôtre : il faut rappeler les ravages causés par le tabac et son coût pour la collectivité; n'oublions pas que ce sont le tabagisme et l'alcoolisme qui provoquent le plus de décès et d'accidents. Créer une dérogation au profit de la FIA et de son très controversé patron Bernie Ecclestone (il déclarait au quotidien *L'Equipe*, fin juillet, que "si la corruption n'intervient que par l'argent, ce n'est pas le plus grave") aurait conforté l'obstination de l'industrie du tabac, qui aurait pu poursuivre sans entraves la politique de séduction envers les plus jeunes, alors que le monde de la F1 a disposé de cinq ans pour chercher d'autres solutions de sponsoring et ne l'a pas fait.

**Bernard Ide**, Député Ecolo  
au Conseil Régional Bruxellois

Santé : où en est l'Europe sociale ?

En 1978, à Alma-Ata, les participants à la Conférence mondiale organisée par l'UNICEF et l'OMS avaient fixé comme objectif de garantir " la santé pour tous d'ici à l'an 2000 ". Hélas, cet objectif est démenti par la tragique réalité des faits. Les participants à cette conférence étaient-ils de doux rêveurs, des utopistes ? Ils se rappelaient tout simplement que le droit à la santé est inscrit dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Leur seule erreur fut de ne pas déceler des symptômes, pourtant visibles : la santé est malade de l'économisme.

En Europe, la protection sociale en matière de santé semble absente des débats. Hormis le Traité d'Amsterdam, peu de textes européens donnent voix à ce chapitre. Il s'agit pourtant d'une matière essentielle qui risque d'être soumise à des politiques de libéralisation abusive. Et, dans ce cas, la santé à deux ou trois vitesses risque d'augmenter la fracture sociale. En effet, actuellement, le processus d'intégration européenne répond trop souvent aux exigences de la mondialisation, qui prône la mise en place d'un contexte de compétitivité pure et dure. Les personnes les moins favorisées au sein de l'espace européen risquent d'être les premières victimes de ce processus s'il n'est pas endigué.

D'où la nécessité de se demander où est l'Europe sociale et de repenser les politiques sociales à un niveau supranational. La santé est un droit fondamental, inscrit dans la constitution et les traités internationaux. Elle ne peut en aucun cas faire l'objet d'une compromission résultant de la logique de compétitivité. L'égalité d'accès aux soins de santé doit être assurée, de même que la qualité des soins doit être garantie.

Aujourd'hui, nous sommes loin de l'objectif de 1978 : garantir la santé pour tous d'ici à l'an 2000. Et si en Europe, les réformes en cours ne se limitent qu'au traitement économique et financier de la santé, l'objectif fixé pour 2000 peut attendre 3000.

**Mahfoudh Romdhani**  
Président du Groupe PS à la CoCoF

### 2003 : année internationale de la personne handicapée

Plus que quelques mois, et 2003 sera à nos portes. Cette nouvelle année sera inscrite, au niveau international, comme année de la personne handicapée. C'est une excellente chose, car il reste bien du travail pour mieux considérer, accepter, intégrer les personnes handicapées au sein de notre société. Et pourtant, les problèmes liés aux handicaps nous concernent tous. Un accident, une maladie, une naissance difficile, et la vie bascule. Nous voilà confrontés aux difficultés de vivre diminué ou d'accompagner un de nos proches touché par un handicap.

Le 17 juin dernier, le groupe MR de l'Assemblée de la Commission communautaire française a consacré une journée de rencontre et de réflexion à l'intégration et à l'autonomie des personnes handicapées. Durant toute la journée, plus de 150 participants ont écouté, discuté, partagé leurs expériences. Débats riches et intéressants qui seront prolongés par des groupes de travail.

Retenons 4 points :

- un regard différent de la société sur les personnes handicapées, personnes à part entière avec des droits et des devoirs ;
- une attention politique constante pour que chaque projet tienne compte des personnes handicapées, que ce projet relève des travaux publics, de la formation, de l'emploi, de la culture... ;
- une meilleure coordination entre les différents niveaux de pouvoir compétents ;
- un renforcement des structures d'accueil adaptées pour les adultes et de l'intégration des enfants handicapés dans les milieux " ordinaires ".

Le travail continue donc...

Pour obtenir les actes de la journée du 17 juin 2002 ou participer à un groupe de travail, n'hésitez pas à contacter le secrétariat du Mouvement Réformateur de l'Assemblée de la Commission communautaire française - (courriel : ndony.prlfdf@parlbru.irisnet.be tél. : 02/549 65 72).

**Caroline Persoons**  
Députée bruxelloise  
Présidente du groupe MR de l'ACCF

### Le coût du logement

Un aspect fondamental des liens entre logement et santé est le coût du logement par rapport aux ressources des personnes. En publiant, au nom des parlementaires cdH de la Région bruxelloise, la plaquette "Le logement en Région bruxelloise. Précarité à deux vitesses ?", nous avons voulu attirer l'attention sur la situation de dizaines de milliers de ménages dont la précarité est considérablement aggravée par la part excessive de leur loyer en regard de leurs revenus. Car le problème ne cesse d'empirer. Les nombreux témoignages recueillis sont confirmés par quelques chiffres : un taux de chômage qui approche 19%; une explosion du nombre de minimexés (35.000 en automne 2001); près de 60% de ménages d'une personne; la quasi impossibilité de trouver un logement à moins de 10.000 FB hors charges.

Or, les moyens financiers publics ne permettent pas de remédier à cette situation. L'offre nouvelle de logements sociaux est quasi bloquée pour plusieurs années puisque l'essentiel des moyens (18 milliards sur 9 ans) sera consacré à la rénovation du patrimoine. Le nombre de logements produits par les AIS et les initiatives communales ou associatives reste insuffisant. La distorsion entre la demande et l'offre génère une dualisation à l'intérieur même du monde de la précarité : à situation financière égale, il y a ceux que l'on aide, et puis les autres.

Vu l'urgence, nous proposons donc l'octroi d'une aide financière mensuelle à tout ménage inscrit et enregistré dans une société de logement social ou une AIS. Cette aide serait financée par le transfert d'une partie de la taxe sur les surfaces de bureaux. Il est prévu que 80% des montants perçus (35 millions € en 1999) soient utilisés à la production de logements, à des aides locatives ou à la distribution d'allocations loyers aux plus démunis. Or, à peine 0,25% de cette taxe aurait été redistribué en allocations loyers. Il suffirait de préciser les objectifs de la circulaire en prévoyant une affectation à 50% de la perception annuelle. Nous pourrions ainsi diminuer la désespérance de milliers de ménages.

**Michel Lemaire**  
Député cdH - Chef de Groupe CoCoF

# Annonces

► **Dans le cadre de l'accord de coopération entre le Québec et la CoCof dans le domaine de la santé, il a été créé un Centre de Ressources.** Celui-ci permet, notamment, l'échange de documents sur les villes santé, le développement social urbain, l'évaluation des politiques publiques et de santé publique, ...

*Si vous souhaitez recevoir ces documents, vous pouvez contacter Thierry Lahaye – Courriel : ccfbe@yahoo.fr*

► **Quinzaine du glaucome 2002 : examens oculaires gratuits**

Le glaucome est une maladie oculaire qui affecte le nerf optique, entraînant une diminution du champ visuel. Afin de prévenir le glaucome, la Ligue Braille organise des examens préventifs, gratuits et indolores de la tension intra-oculaire, le lundi 14 octobre 2002 (de 10h à 17h) au Théâtre Royal de la Monnaie, Place de la Monnaie à Bruxelles. Les examens sont surtout conseillés aux personnes de quarante ans ou plus. Ces examens n'ont pas d'utilité pour les personnes souffrant d'un glaucome.

► **Communication & Santé vous propose un cycle de formations dont la thématique principale est : " Gérer les aspects relationnels et la communication au quotidien dans sa pratique professionnelle ".**

Quatre journées, destinées à toutes personnes confrontées à des situations relationnelles (responsable d'équipe, directeur, responsable de projet, cadre,...) sont proposées :

- La négociation, le 24 septembre 2002 de 9h à 17h
- La gestion du stress et du temps, le 3 octobre 2002 de 9h à 17h
- Naviguer dans le changement, le 10 octobre 2002 de 9h à 17h
- Elaborer un diagnostic organisationnel et institutionnel, le 31 octobre 2002 de 9h à 17h

Les formations se déroulent au 585 Chaussée d'Alseberg à Uccle. Le prix pour une journée est fixé à 85 euros.

*Pour tous renseignements et inscription :  
tél. 081.81.36.97 – Courriel : axelroucloux@skynet.be*

► **Penser la psychose. Du traitement à l'accompagnement : un congrès européen francophone** co-organisé par la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale et la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale en collaboration avec l'Union Internationale d'Aide à la Santé Mentale et l'Association Française de Psychiatrie, les 7, 8 et 9 novembre 2002 au Palais des Congrès de Bruxelles.

*Pour tous renseignements et inscription : Eric Messens, LBFMS, 53 rue du Président à 1050 Bruxelles. Tél. + 32 (0) 511 55 43 – Courriel : lbfsm@skynet.be*

► **Diagnostic et Surveillance des Maladies Infectieuses : 18ème Séminaire** organisé conjointement par le Service d'Epidémiologie de l'Institut Scientifique de la Santé Publique et la Société Belge de Biologie Clinique, le vendredi 22 novembre 2002 au Centre Culturel de Woluwé-St-Pierre, 93 avenue Ch. Thielemans.

*Pour tous renseignements et inscription : Madame Ducoffre, tél. : 02.642.57.77 - fax : 02.642.54.10 – Courriel : genevieve.ducoffre@iph.fgov.be*

► Le Centre de Consultations et de Planning Familial Marconi et SOS-Sectes organisent une **nouvelle session de groupes de parole destinés aux ex-adeptes et proches d'adeptes de sectes**, deux soirs par mois de 18h à 20h au 85 rue Marconi à Forest (Prix : 5 euros par rencontre).

*Pour tous renseignements : 02.345.10.25*

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  
<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.