

# BRUXELLES SANTÉ

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°28 - décembre 2002, janvier, février 2003



N°28

## Santé à l'école

### La médecine scolaire



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

BUREAU DE DÉPÔT :  
BRUXELLES X

### En direct de...

Le CASG de l'Entr'Aide  
des Travailleuses .....pages 2 à 7

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

### Dossier

Les services  
de médecine scolaire .....pages 10 à 17

### Initiative

La maltraitance  
des personnes âgées .....pages 18 et 19

### L'écho du CLPS

Les coulisses de l'exposition de photos  
sur les réalités du sida .....pages 20 et 21

**Elargissons le débat** .....pages 22 et 23

### Annonces

Bruxelles, Ville Région en Santé . .page 24

# Le CASG de l'Entr'Aide des Travailleuses

Comme on l'a expliqué dans cette même rubrique (n° 26), les missions des Centres d'Action Sociale Globale (CASG) se situent aux niveaux individuel, collectif et communautaire.

L'action communautaire recoupe souvent le champ de la santé, on va le voir à nouveau.

Corinne Moulin et Florence Goens, assistantes sociales au CASG de l'Entr'Aide des Travailleuses (rue des Tanneurs) nous exposent deux projets menés en partenariat dans les Marolles.



**Corinne Moulin** : L'Entr'Aide des Travailleuses existe depuis 1926 et est bien implantée dans le quartier. Outre le service social, elle comprend un service médical, un service psychologique et un service de soins et d'aide à domicile. En plus, nous avons la chance d'accueillir dans nos locaux, depuis des années, des consultations de l'ONE (prénatale, nourrissons et 3-6 ans) ; les mamans qui viennent consulter peuvent

donc s'adresser aux autres services. Le CASG existe depuis 1998, dans le cadre du décret de la COCOF. L'équipe comprend quatre assistantes sociales ; elle est coordonnée par Jacques Verstraeten, qui est aussi le directeur de l'Entr'Aide. Plusieurs projets d'action collective et communautaire, menés en partenariat, sont financés par le Contrat de quartier Tanneurs, qui en est à sa troisième année. Florence coordonne le projet "Promotion de la santé et de l'environnement" avec Delphine Louterman ; pour "Toile de jeux", c'est moi qui suis la personne de référence avec Renée Vanliefland.



### Qui fréquente le service social ?

Comme l'Entr'Aide des Travailleuses comprend de nombreux services, l'association reçoit tous les types de populations. Il y a des Belges, plutôt âgés, des personnes issues de l'immigration espagnole, portugaise, maghrébine ; pour les demandes de régularisation, des Africains sont venus chez nous, des Latino-Américains... En ce qui concerne spécifiquement le service social, 95% sont d'origine marocaine. Ils viennent voir l'assistant social pour les aider au niveau administratif : remplir les papiers, comprendre les formulaires... Il y a dans ce quartier trois grands ensembles de logements sociaux : la Querelle et les Brigittines, qui dépendent du Foyer Bruxellois, et Sorelo. Ce sont des familles à faible revenu, principalement des revenus de remplacement : beaucoup de gens sont sans travail.

**Florence Goens** : Nous travaillons surtout avec la population du bas des Marolles : entre la rue Blaes et l'avenue de Stalingrad. Les gens du haut des Marolles (entre la rue Blaes et le Palais de Justice) descendent peu dans le bas, et vice-versa. La zone de la rue Blaes et de la rue Haute est un peu le no man's land ; c'est aussi la partie des Marolles que connaissent les touristes, autour du Vieux Marché. Dans le haut, du côté de la Samaritaine, on trouve encore une population d'anciens Marolliens, belges, quart-monde.

**Corinne Moulin** : La population du service social comprend aussi quelques anciens du quartier qui ont déménagé à Saint-Gilles, Anderlecht, mais continuent à venir. Certaines familles fréquentent le service social depuis deux, trois générations ! Notre public est constitué de parents, de jeunes adultes (18-25 ans) qui viennent pour une recherche d'emploi, les papiers du chômage, le mariage, le regroupement familial, les séparations... Les plus jeunes viennent rarement chez nous ; ils vont plutôt dans les maisons de jeunes du quartier.

### Une enquête sur la santé et l'environnement

**Florence Goens** : Ce projet a d'abord été pensé en termes de citoyenneté, à partir d'une expérience de groupes de parole. Avec l'arrivée du Contrat de quartier, nous l'avons repensé en termes de promotion de la santé et de l'environnement – environnement au sens de logement, habitat, quartier. Nos partenaires dans ce projet sont la Maison médicale des Marolles, le Centre de Santé du Miroir, le CPAS de Bruxelles-Ville, Habitat & Rénovation et une association néerlandophone, Vrienden van 't Huizeke. Nous avons voulu commencer par un état des lieux, via une enquête auprès de la population du quartier, que nous avons élaborée avec

l'aide de partenaires extérieurs, dont Marianne Prévost, de la Fédération des Maisons médicales. L'enquête a été menée de juin à octobre 2001. Comme nous voulions interroger tous les habitants, et pas seulement ceux qui fréquentent les associations, nous avons fait du porte à porte.

Cent vingt-et-un questionnaires ont été remplis, selon la méthode de l'entretien semi-directif. Les gens ont été interrogés sur leur logement, leurs relations avec le propriétaire, le nettoyage et l'entretien, la sécurité, etc. Nous voulions aussi savoir s'ils faisaient le lien entre leur santé et leur logement. Le travail de dépouillement et d'analyse a été dirigé par Christine Gilles, infirmière en santé communautaire au Miroir, qui suivait une licence en santé publique. Dans le cadre de son mémoire, elle a réalisé une évaluation à mi-parcours, relevant les points forts et les points faibles du projet et analysant le fonctionnement du Contrat de quartier lui-même. C'est un outil qui permet un regard critique " de l'intérieur " sur notre projet et sur l'ensemble du système dans lequel il prend place.

Les deux gros problèmes qui ressortent sont le sentiment d'insécurité et le manque de propreté. Nous allons essayer de travailler par rapport à cela, en sachant très bien que ce sont des problèmes multifactoriels. Nettoyer, par exemple, n'est pas suffisant ; il y a toute une dimension de citoyenneté qui joue.

### La " maison des dangers "

Nous avons aussi travaillé parallèlement à l'enquête, qui a pris beaucoup de temps. Suite à une fête de quartier, nous avons créé la " maison des dangers " sur le thème des accidents domestiques. C'est un module composé de huit trompe-l'oeil

qui forment cinq espaces : la salle de bain, la chambre, la cuisine, le salon et la rue. On a monté cette maison par deux fois : à côté de la salle d'attente du CPAS de Bruxelles, Antenne Blaes, et de celle de la Maison médicale des Marolles ; on proposait aux gens d'entrer dans la maison et on discutait avec eux de la prévention concernant aussi bien les jeunes enfants (coins de table,



prises de courant...) que les problèmes de monoxyde de carbone, d'humidité, etc.

Ces animations ont eu un certain succès. Nous avons maintenant le projet d'installer la maison dans un local pendant plusieurs semaines, afin de permettre aux associations qui en font la demande de venir avec un groupe. Des groupes déjà constitués nous permettront de travailler plus en profondeur. Nous y aborderons aussi des thèmes comme les premiers soins et la pharmacie, d'une part, les cafards, l'humidité et le CO<sub>2</sub>, d'autre part.

Nous avons d'autres projets, comme une mini-formation pour travailleurs de terrain sur les problèmes qu'ils pourraient identifier en se rendant à domicile (humidité, CO<sub>2</sub>, etc.). Qu'est-ce que les travailleurs sociaux, qui ne sont ni techniciens, ni architectes, ni ingénieurs, peuvent donner comme conseils aux locataires ? Des choses très pratiques : aérer, installer du chauffage, nettoyer les taches d'humidité... Car il y a beaucoup à faire ; certes, les défauts structurels sont réels, mais il ne faut pas nier que certains problèmes sont liés à la mauvaise gestion des lieux par les locataires. Même si on n'arrive pas à éliminer l'humidité, on peut améliorer ses conditions de vie. Ce projet serait mené en collaboration avec M. Laurent Van Hasselt, de l'asbl Habitat Santé.

### Journée Propreté dans les Marolles

Des habitants ont voulu organiser une Journée Propreté dans le quartier, qui est excessivement sale. Nous les avons fortement soutenus en prenant en charge toute la gestion du projet. Un des aspects importants de cette journée réside dans la collaboration entre les habitants, l'associatif et la Ville de Bruxelles. La Ville nous a

prêté cinq machines, sans compter tout le matériel (balais, gants, poubelles, etc.), et sept agents d'entretien nous ont soutenus. La journée a commencé par un petit déjeuner très convivial, offert par le Centre de contact de la Ville, réunissant les habitants, les associations et les membres de Bruxelles Propreté. Après le nettoyage des rues, à midi, le CPAS de Bruxelles a offert un apéritif et les jeunes du quartier ont organisé un barbecue. Ensuite nous avons fait des animations pour les enfants sur le thème de la propreté. Un château gonflable a été offert par le Foyer bruxellois, le bus de Bruxelles Propreté était présent, l'IBGE tenait un stand " achetez malin ", Habitat & Rénovation a organisé une opération " balcons fleuris " et le groupe " Santé Environnement " a présenté son enquête.

Les habitants ont apprécié cette journée, mais l'impact au niveau de la propreté est très limité dans le temps et il est difficile d'évaluer le degré de sensibilisation des gens. Par contre, il semblerait que, pendant les vacances, il y ait eu beaucoup moins de problème avec les jeunes. Et le comité " Vivre à la Querelle ", qui s'est reconstitué en septembre 2002, a l'intention de réitérer l'expérience en 2003.





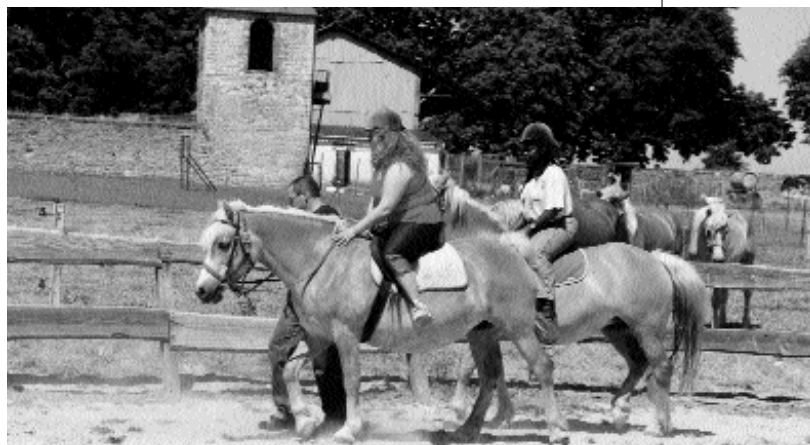
### Et le projet " Toile de jeux " ?

**Corinne Moulin** : Au départ, il y a le projet de l'ONE, " Si on jouait ". A partir de là, nous avons eu l'idée de montrer aux parents le plaisir du jeu et d'amener une discussion sur le choix des jeux et sur leur aspect éducatif. C'est, à mon avis, un excellent outil de prévention par rapport aux limites et à la relation parents-enfants. Je trouvais intéressant de commencer très tôt, avec les tout petits et les mamans. C'est un support intéressant pour amener les parents à dire des choses avec leurs enfants et sur leurs enfants. Par ce projet, nous essayons notamment d'apporter une alternative à la TV, qui est souvent branchée en permanence.

Nous travaillons en partenariat avec la Maison médicale des Marolles et le Centre de santé du Miroir. Nous avons constitué notre propre malle de jeux grâce aux subsides du Contrat de quartier Tanneurs. Nous allons jouer à domicile chez les familles intéressées par cette approche. Par ailleurs, tous les mercredis de 14 à 16h, un espace de jeux est proposé à la Maison médicale des Marolles. Nous faisons également des animations dans la salle d'attente des trois partenaires et de la consultation de

nourrissons de l'ONE. Et nous allons bientôt visiter une ludothèque avec les mères et les informer des magasins d'occasion.

Nous sommes deux pour faire l'animation, l'une joue avec les mamans, l'autre s'occupe des enfants, et quand la maman a apprivoisé le jeu, elle joue avec ses enfants. On voit ce que le jeu met en place comme compétences, la mémoire par exemple – et aussi, surtout, le plaisir de jouer ! Il est important que les parents se rendent compte que même les tout petits ont déjà des compétences : quand maman parle ou chante, bébé la suit du regard. Dans le même esprit, nous avons organisé deux sorties avec les mamans, dans une ferme et à la



mer. Ce sont des lieux qu'elles ont choisis elles-mêmes. A la ferme, il y avait des poneys. Les enfants sont montés dessus, mais les mamans aussi ! Ce qui était chouette, c'était le sourire des enfants voyant leur mère s'amuser.

Nous recevons des feedbacks de ces animations. Des mamans nous disent : " après la séance de jeu, mon enfant a bien dormi la nuit " (beaucoup d'enfants ont des problèmes de sommeil) ou " ils étaient plus calmes le soir ". Il en ressort des questionnements sur la relation parents-enfants, sur l'éducation en général; c'est pourquoi nous allons développer un groupe de parole. Nous allons aussi essayer de sensibiliser les pères. Quand on retourne dans une famille, on voit parfois qu'il y a maintenant un petit vélo, une poupée ou un jeu d'occasion. Les parents se rendent compte que l'enfant est calme et concentré quand il joue à quelque chose, et qu'il s'amuse. En plus, quand nous faisons jouer les mamans, les enfants sont ravis de les voir rire, être dans le plaisir.

Un autre élément important, c'est qu'une fois qu'on a fini de jouer, on lit un livre ! Pour l'intérêt même du



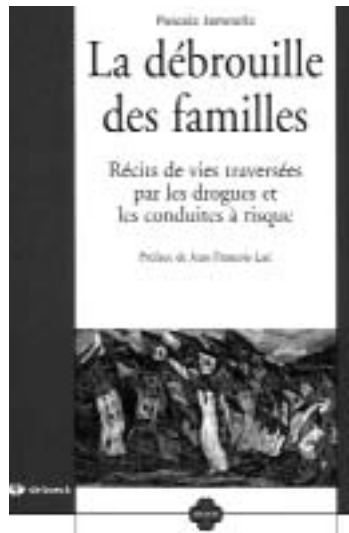
livre, pour le plaisir d'entendre des histoires, mais aussi pour la familiarisation avec le français, qui représente souvent une grosse difficulté dans les familles. Au début, les petits prennent le livre pour le mordre ; au bout de trois séances, ils commencent à regarder. Ils vont entrer à l'école maternelle, et ils ont déjà un petit acquis. En soi, c'est peu de choses, mais cela ouvre des perspectives, leur curiosité est stimulée.

*Propos recueillis par Alain Cherbonnier*



En consultation au Centre de documentation du CLPS de Bruxelles (02/639.66.88).

Pascale Jamouille,  
La Débrouille des  
Familles,  
Bruxelles,  
De Boeck & Larcier,  
2002.



Fruit d'un travail de terrain de longue haleine avec des familles de milieu populaire touchées par les conduites à risques (addictions, violences, microtrafics, tentatives de suicides, automutilation, anorexie/boulimie...), l'ouvrage livre leur vécu intime et collectif.

L'auteur a cherché à recomposer leurs réalités quotidiennes, leurs parcours et le sens des gestuelles de risques qui traversent les foyers.

Adapté à un large public qui souhaiterait mieux comprendre les parcours de risques de la jeunesse et le vécu des familles éprouvées, cet ouvrage intéressera tout particulièrement les professionnels et les étudiants des secteurs psycho-médico-social, socio-anthropologique, éducatif et judiciaire.

Oscar Grosjean,  
Victimisation et soins de santé,  
Sprimont (Belgique), Mardaga, 2002.

Assurer des soins de santé de qualité accessibles à tous ressemble de plus en plus à la quadrature du cercle. Gestionnaires, infirmières, médecins et paramédicaux sont placés quotidiennement devant des choix cornéliens, le maintien de l'outil hospitalier étant de moins en moins compatible avec une médecine respectueuse de l'homme, efficace et d'un rapport qualité/coût raisonnable.

Il en résulte d'importantes victimisations à tous les niveaux et pour tous les acteurs du secteur des soins de santé. L'auteur essaie de comprendre, d'expliquer et de trouver des remèdes à ces formes nouvelles de victimisation.

Institut Théophraste Renaudot,  
Pratiquer la santé communautaire,  
Lyon, Chronique Sociale, 2001.

Les pratiques communautaires autour de la santé prennent aujourd'hui de plus en plus de place dans les débats sur la santé et le système de distribution de soins.

Malgré cette mise en avant, elles restent mal connues, parfois suspectes par leur proximité lexicale avec le communautarisme, quelquefois confondues avec des productions de la Communauté européenne ou assimilées à des méthodes pour pauvres. Les malentendus ne manquent pas.

Pourtant ces pratiques existent, elles sont utilisées par de nombreuses équipes et produisent de la santé au sens de la définition de l'OMS.

Cet ouvrage de l'Institut Renaudot se propose de clarifier le concept. Basé sur les travaux du colloque de Grande-Synthe, il resitue les pratiques communautaires en santé dans leur contexte historique, aide le lecteur à comprendre le pourquoi et le comment de ces actions, présente des exemples et réunit des textes de référence de cette approche (déclaration d'Alma-Ata, Charte d'Ottawa...).

Pierre Karli,  
Les Racines de la violence,  
Paris, Editions Odile Jacob, 2002.

Y a-t-il des facteurs spécifiquement génétiques qui conduisent les hommes à des comportements violents, ou ces comportements sont-ils davantage dictés par notre environnement ?

Pour Pierre Karli, seule une vue d'ensemble des conditions d'apparition de la violence et des multiples dysfonctionnements de la société, qui y prennent une large part, permet de mieux comprendre les façons d'être et d'agir que nous constatons et déplorons. Et seul un débat ouvert, lucide et débarrassé des habituels préjugés d'ordre idéologique a des chances sérieuses d'apporter quelques vraies réponses à ce qui est très certainement un vrai problème.



Jocelyn Lawler,  
La Face cachée des soins,  
Paris, Seli Arslan -  
Editions françaises Marie-Françoise Collière, 2002.

Bien que le corps soit objet permanent de soins, la situation de prendre soin du corps d'autrui que connaissent les infirmières reste encore en marge de leur formation et continue d'être ignorée.

Que représente pour les infirmières d'avoir à franchir les limites sociales de l'intimité du corps, de côtoyer le vécu du corps, d'enfreindre les conventions culturellement acceptées et acceptables pour donner des soins à quelqu'un qui ne peut plus les assumer ?

Inversement, que représente pour les patients d'avoir à laisser quelqu'un s'approcher de leur corps, envahir ce moi-peau, marque de leur plus profonde identité ?

C'est le thème de cet ouvrage, évoquant de façon à la fois réaliste et audacieuse le silence qui prévaut autour de ce qui touche au corps.

Pierre Brisson,  
L'Usage des drogues et la toxicomanie,  
Montréal-Paris-Casablanca,  
Editions Gaétan Morin, 1988.

Force nous est de constater que le champ de l'usage de drogues et de la toxicomanie se présente aujourd'hui comme un écheveau de discours, de pratiques et d'émotions où il est difficile de départager les faits des fantasmes, la réflexion de la réaction, ce qui compromet une compréhension véritable, autant scientifique que sociale et historique, du phénomène en cause.

En réunissant pour une première fois en langue française un ensemble de textes permettant à un public large de constater l'éventail des dimensions couvertes par la question des drogues, le présent ouvrage veut favoriser une vision globale et nuancée du sujet.

La perspective adoptée est résolument interdisciplinaire comme en témoigne la sélection de trente textes, représentatifs de la variété des approches comme de la diversité des points de vue existant sur la question.

Didier Nourrisson,  
Education à la santé du XIXe au XXe siècle,  
Rennes Cedex,  
Editions ENSP, 2002.

Cet ouvrage est le fruit d'une série de conférences données entre 1997 et 1999 au centre local de IUFM de Saint-Etienne, dans le cadre d'un séminaire de recherche sur l'éducation à la santé. Outre l'éducation sanitaire à l'école à travers l'éducation physique, l'éducation sexuelle et la prévention de l'alcoolisme, les auteurs abordent l'origine de certains concepts majeurs dans le champ de la santé (hygiène, tabagisme, solidarité...) et l'évolution de l'image de la santé avec la " caméra sanitaire " et certaines publicités spécialisées.

Fumer ou ne pas fumer...  
Est-ce la question ?  
ASBL Forum Santé  
& Question Santé, 2002

Ce document propose une synthèse de deux journées d'étude organisées en 2001 à l'initiative de la Ministre de la Santé de la Communauté française. Si le tabagisme apparaît comme un problème majeur de santé publique, il constitue aussi une problématique liée à de multiples facteurs psychologiques, sociaux, culturels, économiques... Si la prévention du tabagisme est une nécessité, il semble de plus en plus pertinent de dépasser l'approche comportementale visant une illusoire éradication du problème et d'adopter des approches multiples prenant en compte la complexité de celui-ci.

Ce document se veut un outil de réflexion à l'intention des professionnels de santé et des éducateurs impliqués dans la prévention du tabagisme. Il évoque les discours qui se font jour autour de cinq axes : le produit ; la personne ; l'environnement ; le rite, la loi et l'autorité ; la prévention et l'éducation. Il comprend également une bibliographie et la présentation de quelques outils de prévention.

(Disponible chez Question Santé, 02.512.41.74)



# Les services de médecine scolaire

Tout le monde connaît l'IMS, l'inspection médicale scolaire, qui est aujourd'hui un sujet d'actualité dans la Communauté française : un décret<sup>1</sup> vient en effet de remplacer la législation de 1964, dont les insuffisances étaient évidentes depuis une dizaine d'années au moins, comme en témoigne notamment la publication en 1991 d'un livre blanc par l'Association Professionnelle des Médecins Scolaires (voir encadré). Il est trop tôt pour parler de la mise en application du décret, qui démarre à peine. C'est par contre l'occasion de faire un peu le point sur les services de médecine scolaire à Bruxelles.

La médecine scolaire, tout le monde connaît, mais cela ne réveille pas forcément d'excellents souvenirs, comme en convient Michèle Meersseman, médecin responsable du service PSE (ex-IMS) de la Ville de Bruxelles : *Nous sommes très attentifs à accueillir tous les élèves, quel que soit leur milieu, leur enseignement, leur niveau de santé ou de développement, à leur offrir le même respect, à leur apprendre à rencontrer et à «utiliser» les adultes qui sont là pour eux, qui ont fait le choix d'être au service des jeunes pour les aider à grandir. Quand on travaille en santé scolaire, si on ne met pas cela au centre de ses préoccupations, on devient vite «digne» du souvenir que certains adultes ont de la médecine scolaire : le médecin laconique, pressé voire «papouilleur», l'infirmière revêche, les files d'attente – enfants goguenards, adolescents gênés, en sous-vêtements... Il faut accepter, bien entendu, que tout ne soit pas parfait partout, mais dire que la médecine scolaire c'est quelque chose de ringard, d'inutile, quelque part entre la médecine vétérinaire et la médecine militaire, c'est parfaitement injuste. La médecine scolaire est un volet de la pédiatrie sociale et de la santé publique, qui amène chaque jeune, pour la première fois en son nom propre et à part entière, à entrer en relation avec le monde médical. Cette*

*expérience, qui devrait être positive et enrichissante, va sans doute peser sur la manière dont il pourra ultérieurement recourir aux services de santé.*

Nous allons tenter, dans ces quelques pages, de cerner un peu mieux la santé à l'école, à travers le regard de quelques acteurs du terrain scolaire. En toute modestie, car ce dossier n'a aucune prétention à la représentativité. En particulier, ce sont surtout des membres de «gros» centres de médecine scolaire que nous avons rencontrés, et il ne nous a pas été possible d'interroger également des enseignants... sans parler des parents et des enfants ! C'est donc dans d'étroites limites que se situe cet article. Il aura du moins le mérite, pensons-nous, d'élargir la perspective au-delà des images d'Épinal (même si celles-ci ne restent que trop vraies dans certains cas).



Photo©: Alexandre Muylle/Question Santé

Le service PSE est un service public de médecine préventive. Ce qui, négativement, signifie qu'il ne s'occupe pas des traitements, laissés au médecin choisi par la famille. Mais aussi, positivement, qu'il peut avoir une fonction non négligeable dans la vaccination ou le dépistage précoce. Jean-Claude Hariga, lui aussi

médecin scolaire, le rappelle : *Il ne faut pas oublier la médecine préventive, dont le rôle reste important en matière de dépistage de troubles de la vue, de l'audition, de la statique, de problèmes dermatologiques, etc. On en rit parfois, mais cela peut éviter par la suite des souffrances et des frais considérables.*

*Sur ce plan, le médecin scolaire a vraiment un rôle complémentaire à celui du médecin de famille. Je l'ai vu avec la vaccination contre l'hépatite B. La première année, j'ai eu un taux de couverture de plus*

*de 85%. L'année suivante, le vaccin n'a plus été disponible à l'école, pour des raisons financières, et seuls les généralistes ont pu l'obtenir ; j'estime la couverture à 30%. CQFD... En outre, même la médecine préventive a un aspect éducatif, pour peu qu'on explique aux enfants ce qu'on va faire et pourquoi on va le faire. Je cite de mémoire Françoise Dolto : « toujours dire ce que l'on fait et faire ce que l'on a dit ». L'éducation, c'est aussi au quotidien, dans le tête-à-tête avec les jeunes, que ce soit au cabinet médical ou dans la cour de récréation.*

### La santé scolaire en question

C'est le titre d'un livre blanc de l'Association Professionnelle des Médecins Scolaires (1991), dont les auteurs appartiennent à toutes les universités et à tous les réseaux de médecine scolaire de la Communauté française. Dans un résumé de quelques pages sont présentés les points essentiels de l'ouvrage. En voici quelques extraits.

« La loi du 21 mars 1964, rendant obligatoire l'IMS, et organisant celle-ci dans les différents réseaux scolaires subventionnés, a rendu d'incontestables services. Nous lui devons une meilleure prévention de la tuberculose et d'autres maladies infectieuses. Les déficiences sensorielles sont dépistées plus précocement et sont plus rapidement traitées. Des progrès appréciables ont été obtenus dans le domaine de la santé physique générale. Beaucoup reste à faire cependant pour répondre efficacement aux besoins actuels et aux défis de notre temps dans le domaine de la santé physique et, plus encore, dans celui de la santé psychosociale. Il n'est pas répondu de manière satisfaisante aux besoins d'amélioration et de surveillance du milieu et de l'environnement scolaire, aux impératifs de la politique de protection et d'éradication de certaines maladies infectieuses, aux missions d'éducation pour la santé, à

la réalisation d'exams et de bilans de santé avec des moyens techniques modernes et fiables. Des demandes explicites non satisfaites se manifestent clairement de la part des élèves (écoute, éducation pour la santé), des parents (contacts, communication, information, garde d'enfants malades), des enseignants (accompagnement, prise en charge des problèmes d'ordre professionnel, formation en éducation pour la santé), des équipes IMS (autonomie de fonctionnement et moyens en rapport avec l'étendue des missions, informatisation). »

Les auteurs pointent également l'incohérence qui préside à la coexistence des services d'IMS et des centres PMS sur le terrain scolaire, deux structures nées de logiques différentes et dont les modes de fonctionnement ne favorisent guère la complémentarité : « l'une issue de la santé publique ne comportant ni psychologue ni pédagogue, l'autre issue de l'enseignement, dont le médecin, qui y est simplement rattaché, ne fait pas partie intégrante. Les deux structures comportent chacune une infirmière dont le statut et les fonctions varient suivant le type de structure. Cette coexistence est onéreuse mais surtout mal adaptée aux besoins et génératrice de conflits de compétence et de confiance. La simple juxtaposition ne peut aboutir à un fonctionnement optimal. »

Nous reviendrons plus loin sur l'éducation pour la santé. Au-delà du dépistage « classique », les agents de santé scolaire détectent-ils des problèmes de santé nouveaux depuis quelques années ? Certes oui, et sur ce plan la médecine scolaire est un révélateur de phénomènes qui dépassent de loin l'école : les troubles liés à l'alimentation (obésité, anorexie), diverses formes de violence<sup>2</sup>, les « nouvelles migrations », les troubles liés à l'évolution des structures et des relations familiales. Sans oublier des aspects négatifs de l'environ-

nement urbain, particulièrement présents à Bruxelles, comme la pollution sonore ou la vétusté du parc immobilier dans les communes du centre et de la première couronne. Passons en revue ces problèmes, en commençant par les derniers.

Michèle Meersseman : *L'école est un lieu où les jeunes passent presque autant de temps qu'en famille... Certains enfants arrivent à 7h30 et sont encore là à 18h. Je ne connais pas un syndicat qui accepterait de*

tels horaires pour ses affiliés ! Non seulement on y passe beaucoup de temps, mais on ne fait pas qu'apprendre : on mange, on joue, on dort même... C'est un lieu de vie au quotidien, dont bien des aspects affectent la qualité de la vie. Or, sur le plan de l'environnement, les écoles bruxelloises, notamment celles de la Ville de Bruxelles, connaissent une situation assez particulière : elles se situent dans l'environnement très dense propre à un grand centre urbain, ce qui implique de la pollution, des risques physiques (beaucoup d'enfants sont victimes d'accidents sur la voie publique), des bâtiments souvent magnifiques (certains sont classés) mais anciens et situés dans un cadre étroit. Il est difficile de les agrandir ou d'en modifier l'aménagement intérieur pour s'adapter à de nouvelles réalités pédagogiques. Les contraintes sont particulières si on les compare à celles des écoles situées dans un cadre plus large : ici, quand une école prend de l'ampleur, il faut pratiquement «squatter» les immeubles environnants; c'est terriblement long et lourd à mettre en place.

Ce sont aussi des écoles exposées au bruit; je pense à un établissement particulier, près de la Gare du Midi : il est impossible d'ouvrir les fenêtres en été ! L'espace disponible pour les enfants est compté : dans certaines cours de récréation, les classes se succèdent par roulement ! Et pour avoir des équipements de jeu sûrs et de bonne qualité, il faut un minimum d'espace... Il y a aussi la question de la propreté et de la maintenance des infrastructures : vous allez sans doute me parler des toilettes !... Beaucoup d'écoles urbaines ont été construites pour une vie scolaire avec laquelle celle d'aujourd'hui n'a plus rien à voir : on ne mangeait ni ne dormait à l'école, les sanitaires étaient à l'extérieur... Aujourd'hui, il faut prévoir des cuisines, des réfectoires, des lieux de repos pour les tout petits. Il faudrait que les adolescents puissent se détendre à l'école, or il est rare que l'on dispose d'un local où ils puissent discuter en écoutant de la musique, donc ils se détendent à l'extérieur et, de temps en temps, ils oublient de revenir !... Plus prosaïquement, combien d'écoles disposent de lieux où donner des soins à un enfant de façon discrète, sans devoir emprunter le bureau du directeur et être dérangé par le téléphone ?

### De «nouveaux» problèmes de santé ?

Sur le plan somatique, à côté d'une relative stabilité des problèmes liés à la croissance (les enfants scolarisés

sont, par définition, en plein développement, de l'âge de 3 ans jusque bien après la puberté), il existe aussi des spécificités bruxelloises : La Région bruxelloise a des caractéristiques propres en matière de maladies infectieuses : le risque de rencontrer le bacille de la tuberculose y est trois fois plus grand que dans le fond de la province du Luxembourg ou de la Flandre orientale. Ce n'est pas une problématique dramatique, mais le fait est là. Les malades ne se trouvent pas à l'école mais dans les poches de pauvreté qui subsistent dans la Région, et les enfants qui vivent dans ces milieux sont susceptibles de les côtoyer. Quant au nombre de cas de méningite C, la Région est également en tête.

Par ailleurs, on perçoit à l'école l'impact de comportements propres aux modes de vie contemporains dans les pays d'Europe occidentale : On a beaucoup parlé récemment des excès de poids. On voit évidemment une augmentation des obésités précoces, et on peut craindre de voir se développer une série de pathologies secondaires à ce type de problème. On commence à découvrir des diabètes de type 2 chez des adolescents, ce qui est plutôt déroutant.<sup>3</sup> Chez les enfants plus



Photo©: Françoise Jacobs/Question Santé

grands, il y a aussi les troubles alimentaires, dont on pense qu'ils deviennent plus fréquents ces derniers temps. Il faut certainement être prudent : depuis toujours, les pédagogues disent que les enfants d'aujourd'hui sont plus difficiles et compliqués que ceux d'hier ! Mais il est clair que l'anorexie à l'adolescence est un problème actuellement, même si, au siècle dernier, les chloroses ou « anémies des jeunes filles » étaient probablement des diagnostics fort proches.

Il faut évoquer ici les sollicitations multiples auxquelles les petits citadins sont soumis dès leur plus jeune âge et sans doute de manière plus intrusive que les autres enfants. Les jeunes sont non seulement le public cible mais aussi les spectateurs malgré eux d'une série d'invites par rapport auxquelles tant les agents de santé que les éducateurs (à l'école comme dans la famille) ont bien du mal à définir leur rôle et leurs stratégies éducatives : la consommation de produits – licites ou non – dans un environnement bien achalandé, les comportements et attitudes liés à la sexualité dans un environnement très érotisé, l'acquisition (ou le maintien) de l'estime et du respect de soi et des autres dans un environnement multiculturel parfois très sourcilieux...

A côté des troubles liés à l'alimentation, le Dr Hariga relève quant à lui d'autres problèmes comme le manque d'exercice physique : Le cours d'éducation physique est de plus en plus déconsidéré, souvent il est simplement remplacé par du sport. On peut aussi parler

des allergies, qui vont croissant. L'école n'est pas toujours le milieu idéal pour des enfants allergiques : il n'est pas rare que l'on y vende des cacahuètes, par exemple, ou que l'on trouve un cobaye ou un lapin en classe. La santé passe aussi par la prévention des assuétudes. A commencer par le tabac – car, en quelques secondes, le principe actif atteint le cerveau –, mais sans oublier l'alcool, le cannabis et les médicaments que l'on trouve dans la pharmacie familiale. Quel que soit le produit, je considère qu'on ne doit pas faire la chasse aux consommateurs, mais on peut promouvoir une école sans cannabis de même qu'une école sans tabac ou sans alcool. L'école n'est pas un lieu comme les autres; on éteint sa cigarette en y entrant, comme on le fait à l'entrée d'une crèche, d'un hôpital ou d'un musée. Par respect. Le rôle des enseignants est fondamental sur ce plan. Ils sont très dévalorisés aujourd'hui et ne se rendent peut-être pas compte de l'impact que leur comportement a sur les jeunes, en termes d'image, de modèle. A tout le moins, ils doivent respecter les limites qu'ils imposent aux autres. Chaque enseignant peut faire passer simplement un message en ne se montrant pas en train de fumer ou de boire de l'alcool. Je crois beaucoup à l'importance de la limite; il y aura toujours quelqu'un pour la transgresser, mais elle aura été posée.

Un autre volet est la santé mentale : 20 à 25% des 11-18 ans rencontreraient un problème de type psychiatrique (angoisse, psychose...) et bon nombre d'entre eux ne seraient pas dépistés. De plus en plus d'enfants sont soumis à des pressions nouvelles. Les séparations familiales entraînent une frustration et une culpabilité qui peuvent les mener à créer des abcès de fixation pour que les adultes s'occupent d'eux et cessent de se déchirer. Beaucoup de parents, également, ne sont plus capables de donner des limites à leurs enfants.

A Woluwé, Karin Levie, médecin directeur du centre de médecine scolaire de l'UCL, pointe elle aussi les problèmes de santé mentale : Je suis frappée depuis quelques années par les signes de dépression chez les enfants de 5 à 10 ans : troubles du sommeil, difficultés de concentration,



Photo©: Maurice Müller/Question Santé



Photo©: Marc Ots/Question Santé

*tristesse, découragement et perte d'appétit sont des items souvent mentionnés dans l'anamnèse des parents. Tous signes qui doivent attirer notre attention et être l'objet d'une étude scientifique afin de permettre un suivi adéquat.*

*On peut mettre ce phénomène en relation avec divers facteurs : les familles monoparentales lorsque le père et la mère ne parviennent pas à dépasser leurs conflits; la suractivité professionnelle des parents («mes parents travaillent tout le temps, ils ne rigolent jamais»); les difficultés d'adaptation à notre culture, à notre société, qui se marquent très concrètement: souvent, quand les parents maîtrisent peu le français, les enfants sont chargés de porter des messages qui ne sont pas de leur âge. On ne se rend pas toujours compte à quel point ces difficultés d'adaptation sont importantes, et on oublie que notre société, notre culture offrent peu d'ouvertures pour faciliter cette adaptation.*

A la Ville de Bruxelles, Sabine Hoffman, infirmière coordinatrice, constate à ce propos, depuis une dizaine d'années environ, l'évolution de la population scolaire de certaines écoles de quartier : *Nombre d'enfants arrivent en maternelle, ne sachant pas parler français. Si nous avons peu à peu appris à connaître les familles maghrébines et turques, à présent nous rencontrons aussi des Africains et des Européens de l'Est. Nous sommes ainsi déroutés par d'autres langues, d'autres*

*cultures et même d'autres religions. Nous devons en permanence nous adapter à l'évolution de notre population. Il y a les réfugiés qui ont dû s'enfuir sans papiers ni autre trace de leur identité, de leur passé. Ils vivent dans la crainte d'être expulsés et n'osent pas sortir pour consulter, par exemple. Et les illégaux, les femmes dont le mari a été tué, les enfants qui ont connu des atrocités... Il y a dix ans, nous avions très peu de cas comme ceux-là. Certains ne cherchent pas à s'intégrer, tout simplement parce que leur projet de vie est de retourner chez eux : des pères de famille vivent ici depuis des années et ne parlent toujours pas français; c'est leur enfant qui traduit. Et n'oublions pas les «bons Belges» en grande précarité, qui ont besoin d'encadrement et de soutien... Heureusement, il y a aussi des familles qui vont bien et qui veillent, avec plus ou moins de moyens, à la santé des enfants !*

### Et l'éducation pour la santé ?

La promotion de la santé de tous les membres de la communauté scolaire passe par une reconnaissance de l'école comme milieu de vie et de tous ceux qui y vivent comme acteurs de leur propre santé et de la santé collective. L'éducation pour la santé, dans ce cadre, apparaît moins comme une lutte contre les «mauvais» comportements que comme le développement des aptitudes, des compétences, des ressources de chacun et de tous. Vaste programme ! Mais qui n'a rien d'utopique, même s'il implique de réunir des conditions difficiles à réaliser dans certains établissements et aussi d'accepter que tout le monde ne se représente pas la «bonne santé» de la même manière.

Ces différences de représentations, on les connaît bien en matière d'alimentation avec les populations d'origine immigrée, par exemple. Mais n'oublions pas qu'il faut également les prendre en compte s'agissant de l'âge, comme y insiste le Dr Hariga : *La question «qu'est-ce que la santé ?» reste pertinente, non seulement parce que la définition de l'OMS (un état de complet bien-être physique, mental et social) est plutôt une finalité qu'un objectif réaliste à terme, mais aussi parce que les représentations de la santé ne sont pas les mêmes chez les médecins ou les enseignants que chez les jeunes. L'image que ceux-ci ont de la «bonne santé» varie avec l'âge. Les plus jeunes (avant l'école primaire) ont intégré un paradigme basé sur l'hygiène : se laver les mains avant de manger, se brosser les dents, etc. Et ils con-*



Photo©: Marina Cox/Question Santé

naissent par cœur les slogans des publicités télévisées ! Vers 7-8 ans, ils commencent à comprendre les messages publicitaires et à distinguer les «bons» et les «mauvais» comportements... selon le marketing. L'éducation pour la santé est très déstabilisée par les images qui sont véhiculées dans les médias : pour un enfant, petit déjeuner rime avec chocolat ; qu'on puisse manger une tartine au fromage le matin, ça le surprend ! Il faut reconnaître que l'éducation pour la santé est aussi décrédibilisée par les faux messages que les éducateurs ont eux-mêmes diffusés pendant des années : «fumer empêche de grandir» est aussi idiot que «la masturbation rend sourd».

Les adolescents, eux, ont une image de la santé qui se confond avec «être bien». Ce qui veut dire être dehors à midi, quel que soit le temps, accroupi sur le trottoir avec les copains, la cigarette au bec et, à la main, un sandwich acheté dans un snack. De notre point de vue, ce ne sont pas de très bonnes conditions ! Les repas chauds sont désertés, à tel point que des écoles ont décidé de fournir des sandwiches aux élèves, ne serait-ce que pour en garantir la qualité. L'image que les adolescents ont de la bonne santé, du bien-être, tient beaucoup à l'apparence. Un bon exemple est l'habillement : ils portent des vêtements et des chaussures de sport (parfois très coûteux), mais la condition physique n'y est pas, comme on le voit quand on les soumet à un test d'endurance.

Le service Education Santé de la Croix-Rouge de Belgique développe et coordonne depuis des années,

dans la Communauté française, le programme «Ecole en santé». Ce programme s'appuie notamment sur un principe méthodologique qui consiste, à construire l'action, à partir des élèves, de «là où ils sont», de leurs besoins et de leurs motivations, de leurs capacités et de leurs connaissances, et de leurs représentations de la santé. Mais il s'agit aussi de tenir compte des représentations que se font, de la santé et de leur rôle par rapport à celle-ci, tous les autres acteurs du terrain scolaire : enseignants, direction, agents PMS et IMS, personnel technique et administratif, surveillants... et parents.<sup>4</sup> Ces principes sont d'ailleurs valables pour tout projet de santé à l'école.

Sabine Hoffman : *Avant d'être infirmière coordinatrice, j'ai travaillé plusieurs années sur le terrain, dans des écoles maternelles, primaires et secondaires de l'enseignement général, dont le nombre d'élèves et le type de population étaient très variables. En fonction du quartier et de la taille de l'école, les démarches étaient différentes. Mais il s'agissait d'abord d'apprendre à connaître la population que l'on avait en charge. Ce qui prend une à deux années de travail avec les*



Photo©: Jean-Louis Saiz/Question Santé

équipes éducatives, la direction, les familles. En observant, mais aussi en étant à l'écoute des demandes, tant des parents que des enseignants, on peut alors «diagnostiquer» les problèmes propres à cette population et lui proposer des actions pertinentes. Par exemple, dans une école maternelle, une institutrice a organisé un groupe de mamans, où elles peuvent parler de tel ou tel aspect de la scolarité et de la santé des enfants : les équipes médicales y abordent le pourquoi et le comment de la visite médicale, du dépistage sensoriel, de la vaccination; les parents dont des enfants ont été victimes d'accidents domestiques amènent le problème, on envisage la prévention, etc. C'est un travail «de proximité», grâce auquel on crée des liens avec les familles.

Ce qui me semble très important, c'est que nous, qui avons par rapport aux équipes éducatives une position relativement neutre de consultants, nous nous intégrions véritablement à l'école. C'est la condition pour participer vraiment à un projet de santé. Ainsi, beaucoup de mamans de milieux immigrés font partie de groupes comme celui dont j'ai parlé; nous y sommes identifiés en tant qu'agents de santé, mais nous y

manque de cohérence entre les messages que nous voulons faire passer (par exemple l'alimentation saine et équilibrée), les modes de vie familiaux (certains enfants mangent des sucreries dès le saut du lit) et l'environnement scolaire (on vend des friandises à l'école). Avec le décret PSE, on va peut-être pouvoir arriver à une plus grande cohérence en mettant tout le monde autour de la table pour discuter d'un projet de santé pour l'école.

### Cohésion et cohérence

Tous nos interlocuteurs insistent, chacun à sa manière, sur l'importance d'une cohésion entre les adultes concernés par l'école. Une cohésion qui ne signifie en rien indifférenciation ni confusion, mais qui est le gage de la cohérence des projets. Cohérence du projet de santé et du projet pédagogique, comme le formule le Dr Hariga : *La santé à l'école, ce n'est pas d'abord le médecin ou l'infirmière, c'est l'équipe du centre de santé et surtout l'équipe éducative : l'ensemble des enseignants, des surveillants, de la direction – et du personnel d'entretien. Tous ensemble, ils ont à manifester et à faire respecter une notion fondamentale :*

*le respect. On voit à quel point le respect fait défaut dans un exemple trivial, celui des sanitaires. Beaucoup d'écoles ne sont pas aux normes parce qu'on ne respecte pas le travail des équipes d'entretien; il y a là une véritable instrumentalisation de l'autre.*

La cohérence des rôles entre adultes est une autre condition. Et tout d'abord entre les éducateurs «professionnels» (enseignants, agents PMS, agents IMS) – ce qui n'est déjà pas une mince affaire – et entre ceux-ci et les éducateurs «profanes» que sont les parents. Ce qui implique au minimum un positionnement clair des professionnels de la santé. Le programme mené

depuis plusieurs années par le centre de médecine scolaire de l'UCL illustre ces positionnements respectifs. Dr Levie : *Les trois quarts des écoles que nous couvrons sont situées dans des communes aisées, mais un quart*



Photo©: Antennes Lama/Question Santé

*apprenons aussi à connaître les valeurs, les représentations, les critères de santé des familles, qui varient non seulement en fonction de leur culture mais tout simplement de leurs conditions de vie. On voit aussi le*



se trouvent sur la commune de Schaerbeek et comprennent des populations beaucoup plus défavorisées. Vis-à-vis de celles-ci, nous organisons chaque année des actions spécifiques de promotion de la santé. Il s'agit de projets annuels vers les 5-8 ans, inspirés par les demandes des enfants comme des parents. Nous cherchons à aborder la santé de manière positive et même ludique, amusante. Par exemple, les enfants réalisent de petits spectacles, des jeux de rôles, qui sont présentés aux parents.



Photo©: Sandrine Palmaerts/Question Santé

Les parents sont pour la plupart d'origine turque ou marocaine. Ce sont des immigrés de première génération, qui ont souvent un niveau de vie très bas; beaucoup ne maîtrisent pas le français. Nous leur proposons, une fois par mois environ, des groupes sur des thèmes liés à la santé. Nous utilisons des techniques de recherche-action et d'éducation par les pairs. Après six années, on peut évaluer les résultats de ces activités. D'abord, 50 à 60% des parents de chaque classe, dans dix écoles, participent à ces groupes. Les enseignants nous ont dit qu'ils voyaient à l'école des parents qui n'y venaient jamais auparavant. Ensuite, ils participent activement : les thèmes étaient initialement choisis par les enseignants, puis les parents ont fait valoir leurs préoccupations (il y a d'ailleurs une certaine opposition entre le point de vue des uns et des autres).

On constate aussi qu'une confiance beaucoup plus grande s'installe, que les mamans sont mieux intégrées (on voit très peu les papas, et quand un homme arrive, plusieurs femmes s'en vont). Il y a entre elles des discussions directes : par exemple, des mères ne veulent pas que leur fille porte des lunettes parce qu'elle ne trouvera pas de mari. Une autre réagit : elle a une fille mariée qui en porte, des lunettes ! Nous intervenons peu, nous contentant de réguler quand les échanges deviennent trop vifs. Nous avons également constaté que les mamans s'entraidaient beaucoup, que ce soit pour sortir dans des endroits inconnus, aller à la piscine, etc. Quant à nous, nous avons changé notre façon de travailler : notre approche des familles, notre regard sur elles se sont modifiés; nous jugeons beaucoup moins. Il existe un fossé entre l'école et la famille : à l'école, les parents n'osent pas vraiment dire ce qu'ils pensent. L'IMS est un peu l'interface entre les deux... ce qui n'est pas toujours confortable.

Propos recueillis par  
F. Kinna et A. Cherbonnier

- 1 Il s'agit du décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école. Les services IMS sont rebaptisés «services PSE» (Promotion de la Santé à l'Ecole). Pour plus de détails sur le décret, voir Education Santé n° 165.
- 2 Nous ne reviendrons pas ici sur les suicides et tentatives de suicide (abordés dans le numéro spécial 2001) ni sur la violence à l'école (largement traitée dans le numéro spécial 2002).
- 3 Le diabète de type 2 (le plus fréquent) apparaît habituellement à la maturité.
- 4 Sur le programme «Ecole en santé», voir les nombreuses publications de la Croix Rouge et Education Santé n° 158 et 173.

# A travers l'expérience d'un service d'écoute télép

*Même si, ces dernières années, notre société a pris conscience de l'importance de la maltraitance des enfants ainsi que des violences conjugales, elle semble encore ignorer la maltraitance de nos aînés : souvent plus fragiles physiquement et mentalement, souvent plus dépendants, ils sont d'autant plus vulnérables vis-à-vis de leur entourage, familial ou professionnel.*

La notion de maltraitance des personnes âgées est assez large. Dans un premier temps, des études<sup>1</sup> en ont approché la réalité : entre 5 et 20% des personnes de plus de 60 ans seraient concernées, la majorité des victimes étant des personnes d'environ 80 ans en situation de fragilité psychique ou physique. Ces études ont également montré la diversité des formes de maltraitance qui sont souvent associées : elles vont des violences psychologiques aux abus financiers en passant par les négligences et les sévices physiques.

Dans la plupart des cas, les auteurs de maltraitance sont des proches de la personne âgée : conjoints, enfants, voisins, amis, connaissances... La fatigue, le stress, l'usure du proche dans les soins et la prise en charge de la personne âgée peuvent l'amener à devenir maltraitant. Des conflits anciens resurgissant à l'occasion de cette prise en charge constituent un autre facteur de risque. En institution aussi, il arrive que des personnes âgées soient maltraitées, que ce soit par négligence (comme le manque d'assistance lors des repas, des résidents laissés trop longtemps dans une certaine position...), maltraitance psychologique (manque de respect pour la personne comme le tutoiement abusif, le manque de douceur dans les soins...), physique (giffes, bousculades, coups...) ou encore abus financier et de biens.

Quel que soit le lieu de maltraitance, la difficulté est de percer la chape de silence. Silence de la personne maltraitée, silence de l'entourage et silence du personnel soignant. En effet, si la victime accepte parfois d'en parler, bien souvent elle ne souhaite pas que " cela aille plus loin ", par gêne, par fatalisme, par peur des représailles ou par souhait de protéger l'abuseur.

## Où trouver de l'aide ?

Face à une situation de maltraitance, que l'on en soit victime ou témoin, il ne faut pas rester seul. Parler ouvertement de ce qui fait souffrir ou d'un comportement déplaisant est la première démarche indispensable pour (r)établir un dialogue. Si nécessaire, on peut s'adresser à des centres d'écoute téléphoniques tels que le service Alma Wallonie-Bruxelles. Ce centre spécialisé dans l'écoute de la maltraitance des personnes âgées a pour missions d'écouter, informer, soutenir et orienter les personnes âgées, leur famille ainsi que les professionnels confrontés à la réalité de la maltraitance, que celle-ci se produise en institution ou à domicile. Concrètement, le service, composé d'écouter professionnels, est destiné à toute personne, qu'elle soit victime, " auteur " de faits de maltraitance, ou encore proche de la victime ou professionnel. Il garantit l'anonymat et la confidentialité.

En outre, ce service a le souci de développer :

- un travail interdisciplinaire tant dans l'écoute que dans le développement du réseau sur lequel il s'appuie;
- un travail de collaboration et de partenariat avec tous les services impliqués dans la prise en charge des personnes âgées à domicile et en institution;
- un travail de sensibilisation et de formation des professionnels à une approche de la maltraitance tout en ouvrant la réflexion sur la bientraitance.

## Comment aborder la maltraitance

Tout témoignage de maltraitance appelle à la prudence, car il n'est pas aisé de trouver le chemin de l'objectivation des faits. Tant au domicile qu'en institution, des dynamiques complexes sont à l'œuvre dans les déclarations, les scénarios de violence. Ainsi, la naissance de ce phénomène est difficile à déterminer mais il est rare qu'il apparaisse du jour au lendemain ; il prend vie dans l'histoire ou la relation qui " relie " ou " délie " les protagonistes. Cela nécessite une lecture globale tenant compte de tous les éléments présents dans la situation : les liens familiaux, l'histoire familiale, le vécu de chacun,

# honique : la maltraitance des personnes âgées

la santé physique et psychique (les maladies, les troubles, les dépendances), les enjeux de la situation (affectifs, relationnels, sociaux, financiers...), le type de maltraitance, les protagonistes.

Comprendre les causes d'un comportement violent ne signifie pas accepter l'abus commis. Cependant, il est important d'éviter le piège du jugement qui condamne et réduit la situation à une lecture linéaire " abuseur-abusé ". En effet, nous avons tous notre propre sensibilité, nos faiblesses et nos forces et, un jour ou l'autre, nous pouvons devenir maltraitants. En outre, la maltraitance est une souffrance " qui cherche à se dire et n'a pas trouvé d'autre manière de s'exprimer ou de se faire entendre " : l'auteur d'abus est lui-même en difficulté et a besoin d'aide et de soutien. La maltraitance, du fait de sa dimension subjective, n'est pas facile à approcher mais, quels que soient sa réalité ou son degré de gravité, il importe d'entendre que la personne souffre réellement et que le seuil de tolérance de chacun est différent.

## Un regard sur les situations rencontrées

Pour chaque situation de maltraitance, un dossier est ouvert par l'écouter. Depuis la naissance du service en 1999, 607 dossiers ont été créés. Un tiers (33%) des appelants sont des personnes âgées se plaignant de maltraitance ; les 67% restants se répartissent entre les professionnels (23%) et les familles et proches de personnes âgées (44%). Souvent associées, les maltraitements les plus fréquentes sont les maltraitements psychologiques (37%), financières (28%), les négligences (17%) et les sévices physiques (9%). Suivent, plus marginaux, les abus médicaux et les maltraitements sociaux (comme le placement forcé).

Dans plus de la moitié des situations traitées par le service Alma Wallonie-Bruxelles, la maltraitance est le fait de l'entourage familial. Dans la sphère familiale, les principaux auteurs sont des fils (35%), des filles (22%) et des conjoints (21%).

## De la maltraitance à la bientraitance

Aborder la réalité de la maltraitance n'a de sens que si on peut mettre en œuvre ce qu'on a découvert, par exemple au travers d'actions de prévention. S'engager dans la voie de la bientraitance fait partie de ce cheminement. Bien traiter, c'est accepter la personne âgée dans sa position sur l'échiquier social, lui reconnaître non seulement ses droits, ses émotions et le droit d'en parler, mais aussi ses besoins et sa compétence à les déterminer. Il s'agit aussi de lui reconnaître sa capacité à gérer sa vie.

Parler de bientraitance n'est pas un simple euphémisme. Il s'agit d'approcher de façon positive la personne âgée, de vivre les relations, les attitudes, les comportements avec un regard qui la reconnaît comme être humain à part entière, avec ses besoins, ses désirs, son histoire... Il s'agit d'aller au-delà des gestes techniques pour rendre aux soins leur dimension humaine<sup>2</sup>. Au-delà d'une relation fonctionnelle, la bientraitance conduit à s'interroger à propos de ce que l'on peut apporter à autrui, en tant que personne en lien avec lui et/ou en tant que professionnel.

*Pour l'équipe Alma Wallonie-Bruxelles  
Bernadette Taeymans*

ALMA WALLONIE-BRUXELLES  
(Allô Maltraitance Personnes Agées)  
Permanence téléphonique tous les jours ouvrables  
de 9 à 16h sauf le mercredi : 081 420 150.

1. Anneleen Vandenberk, Sybille Opdebeeck et Frans Lamertijn, La violence et les sentiments d'insécurité chez les personnes âgées. Prévalence et conséquences, KUL, 1998; Marie-Thérèse Casman et Valérie Lenoir, Vieillir en maison de repos : quiétude ou inquiétude ?, ULg, 1998.

2. Le 1er décembre 2001, pour fêter son dixième anniversaire, l'asbl Permanence Soins à Domicile organisait un colloque sur le thème " Domicile et bientraitance ". Les actes de ce colloque sont disponibles auprès de l'asbl PSD moyennant le versement de 6,50 € au compte 786-5689576-25 de PSD, avenue Dr G. Thérèse 1, 5530 Yvoir, avec la mention " actes du colloque 01.12.01 ".

# Les coulisses de l'exposition de photos sur les réalités du SIDA

## Eclairage du processus de travail mis en place par le CLPS de Bruxelles et de la réflexion qui l'a nourri

Le premier décembre, la journée mondiale du sida fait désormais date. Il est un rappel, un point d'orgue aussi, de tout un travail réalisé par les acteurs concernés par cette problématique.

Cette année et dans les années qui vont suivre, l'accent sera mis sur la nécessaire solidarité entre personnes séropositives et séronégatives.

En plus d'une campagne télévisée et d'un spot radio, une exposition de photos prend aussi le relais pour offrir un autre regard sur le même thème. Son objectif : apprivoiser des visages de personnes séropositives, parler de leur vie au quotidien et de leur lutte ainsi que de celle des associations qui les accompagnent ou travaillent à la prévention mais aussi tous ceux qui s'interrogent sur le SIDA. Plus de mille photos ont été réalisées en Communauté française. A Bruxelles, le CLPS a proposé de travailler cette exposition en étroit lien avec les acteurs concernés par la problématique du sida.

Les lignes qui suivent retracent ce travail, un exemple de concertation et de partenariat intéressant où l'expression artistique a joué notamment le rôle mobilisateur, d'échanges et de reconnaissance. Explication.

### Constitution d'un groupe

Le CLPS a contacté une vingtaine d'associations en leur proposant d'intervenir à Bruxelles à la mise en place d'une exposition de photographies, projet initié par la Plate Forme Prévention Sida. Dix associations ont marqué leur accord et leur souhait de s'investir dans ce projet.

Il n'est pas inutile de rappeler leur spécificité :

- **Modus Vivendi** (travail de prévention du sida et de la problématique de la réduction des risques, mise en place de projets liés à l'usage de drogue) ;
- **Adzon asbl** (travail avec la prostitution homosexuelle) ;
- **Planning Familial Séverine** (animation entre autres sur le thème du sida dans les écoles) ;
- **CERIAS** (Centre International de Recherche et d'Action Sociale) ;
- **Aide Info Sida** (propose une aide aux malades du SIDA à domicile, à l'hôpital ou en prison) ;

- **Ex Aequo** (travail de promotion de la santé avec des personnes ayant des relations homosexuelles) ;
- **Le projet Rousseau** (travail de rue avec des prostitué(e)s) ;
- **Aremis** (aide dans l'hospitalisation à domicile pour les malades du sida et du cancer et soutien psychologique aux malades et à leur entourage) ;
- **Act up Bruxelles** (groupe indépendant menant des actions directes et non violentes en vue de dénoncer des carences en matière de lutte contre le SIDA) ;
- **Les centres de références de l'ULB et de l'UCL** (centres de prise en charge psycho-médico-sociale des personnes séropositives et malades du SIDA) ;
- **Centre Elisa** (centre de dépistage du SIDA anonyme et gratuit).

Dans un premier temps, le CLPS de Bruxelles a fixé un rendez-vous avec Alain Kazinierakis<sup>1</sup>, le photographe, Thierry Martin, directeur de la Plate Forme Prévention Sida, et les partenaires mentionnés plus haut.

Autour de la table, l'enjeu du projet et les questions y afférant ont de nouveau été débattus.

En quoi la photo est-elle un langage intéressant pour restituer le quotidien, le vrai " visage " de celui qui est séropositif ou malade du sida, mais aussi de tous les autres : leurs proches, ceux qui travaillent dans la prévention ou la lutte du sida et tous ceux qui s'interrogent sur le sida ?

Est-ce que l'image capturant ces visages qui témoignent, ces yeux qui interrogent, trouvera assez de punch pour donner vie et consistance à cette lutte journalière qui revendique simplement (mais est-ce si simple?) de vivre sans être sujet de discrimination ? " Vivre ensemble " est le thème retenu pour questionner sur cette place du séropositif et sur la capacité d'ouverture de notre société.



La photo et le témoignage pourront-ils remplir ce rôle de lien qui faciliterait cette rencontre entre celui qui vit ou connaît la question de la séropositivité et celui qui ne la côtoie pas ?

Cet échange riche de questions entre les acteurs et le photographe a permis de mieux appréhender le projet, d'en cerner toutes les exigences et les difficultés.

Ainsi, Alain Kazinierakis, le photographe, a insisté sur son souci d'être au plus près de la réalité, de s'écarter du cliché choc. Il s'est dit tout à fait disposé à prendre du temps avant de réaliser des photos. Prendre du temps, cela signifiait suivre les équipes dans leur travail, rencontrer des personnes " témoins " que ces associations pouvaient dans un premier temps joindre pour leur faire part du projet. On s'en doute, l'implication de ces personnes " témoins " ont été un sujet de discussion : malgré tout le respect que peut avoir le photographe à leur égard. Photographier un visage et le faire voir présente le risque de verser dans le " spectacle ", de briser un anonymat nécessaire pour protéger l'intimité et la vie privée.

Ainsi pour une association qui travaille avec la prostitution, photographier le visage d'une personne prostituée était davantage privilégier le sensationnalisme avec, en prime pour la personne exposée, une stigmatisation de son cas. On le voit, mettre en place une exposition photo sur la problématique du sida, de l'intégration des personnes séropositives, pose les questions du respect, des limites à ne pas franchir pour que la rencontre avec le grand public se passe avec le plus de justesse possible. Afin que des humanités différentes puissent enfin se rencontrer, que l'une puisse se dévoiler et faire écho dans l'expérience de vie de l'autre.

### Travail sur le terrain

Nourri de ce débat, chacun des représentants des associations participantes est reparti pour proposer ce projet à son équipe. Ensuite a été organisée sur place une réunion avec l'équipe, le photographe, le CLPS et la Plate Forme. Notre rôle a été, à la demande des associations, de recadrer les demandes de chacune des parties: les impératifs liés à l'exposition et les attentes des acteurs. Cette étape de concertation s'est révélée nécessaire, dans la mesure où il n'est pas acquis d'office d'amener une démarche photographique au sein d'une association. Au-delà de l'appropriation d'un projet, il y a clairement une phase d'approche, de mise en confiance où chacun s'apprivoise. Et, on l'a vu, la photo a gagné dans sa force de présence et de sincérité dans le témoignage.

Une fois que le travail du photographe a été clôturé sur Bruxelles, le CLPS a proposé une réunion où puissent être présentes les associations participantes afin de prendre

connaissance des photos. Une sélection de ces photos et d'autres prises en Communauté française est consignée dans un catalogue édité par Luc Pire. On y trouve 60 photos accompagnées de témoignages qui sont autant de réflexions, de tranches de vie sur le thème du SIDA.

### Rencontre avec le public : l'exposition

Ces 60 photos sont exposées aussi du 1er au 23 décembre 2002 aux Galeries Royales Saint Hubert.

Pour dérouler ces parcours de vie et interpeller le grand public, il a semblé important de rejoindre ce dernier au cœur de sa ville. Les Galeries Royales St Hubert étaient un endroit de choix pour déployer tous ces témoignages. Six photos agrandies sont présentées sur bâche, afin d'interpeller le passant, de l'inviter à l'exposition qui se déroule à quelques mètres de là, à l'espace Cluysenaer<sup>2</sup>. Les partenaires bruxellois se sont également impliqués sur place puisqu'ils assurent à tour de rôle une permanence. Il semble évident que cette exposition, fruit d'un travail de concertation entre les acteurs, puisse aussi proposer un espace d'échange et de dialogue à tout visiteur. Celui-ci, chargé d'images et de témoignages, éprouve peut-être le désir d'échanger ses interrogations et réflexions.

Les acteurs bruxellois du projet ont également élaboré, avec l'aide de l'Observatoire socio-épidémiologique du SIDA et des sexualités, une grille d'évaluation afin de cerner le profil du visiteur, ses attentes et ce qui lui pose question.

Mais l'important n'est-il pas que cette exposition puisse créer une rencontre, éveiller un autre regard afin que se tissent davantage des liens de cohésion et de solidarité ?

*Patricia Thiébaud,  
CLPS de Bruxelles*

1. Alain Kazinierakis, né en 1962 à Liège, a étudié la photographie à l'Ecole Supérieure des Beaux Arts Saint Luc, à Liège. Primé à plusieurs reprises pour ses travaux réalisés en Belgique et dans le monde, il concentre depuis plusieurs années l'essentiel de ses recherches sur l'Afrique: témoin engagé, il photographie les derniers nomades, les camps de réfugiés, les rapatriements, les combattants de la rébellion, etc... Il est l'auteur de l'album «Les blessures du silence».

2. L'exposition à l'espace Cluysenaers se tient au n°27, Galeries du Roi à 1000 Bruxelles, de 11 heures à 20 heures sans interruption, du 1er au 23 décembre 2002. Pour info, Plate Forme Prévention Sida : 02/733 72 99, CLPS de Bruxelles : 02/639 66 88.

### La santé mentale et les réglementations !

Docteur ! J'ai mal, j'ai mal partout et nulle part.

C'est à ce genre de questions que le 27 mars 2002, deux députés PS, Yvan Mayeur et Colette Burgeon, déposaient une Proposition de Loi au niveau fédéral. L'objet de cette proposition de loi est de clarifier et reconnaître les professions des soins de santé mentale dans la réglementation générale des professions de soin de santé.

Dans notre système actuel, le traitement des troubles mentaux fait l'objet d'un partage controversé entre les sciences humaines, la médecine, la psychologie, ce qui est de nature à alimenter la confusion sur la répartition des tâches entre chacune de ces disciplines. Les auteurs de la proposition insistent sur le fait que: " la santé mentale doit être appréhendée en tenant compte de l'individu et du groupe au sein duquel il évolue". Nous savons tous que chacun de nous rencontre au cours de son existence divers problèmes que la médecine seule ne peut pas solutionner.

L'objectif principal de cette proposition est de permettre au patient d'atténuer une souffrance morale d'ordre personnel, familial, professionnel ou social. Et d'avoir la liberté de choisir son thérapeute librement.

Il est donc urgent de reconnaître l'incidence primordiale du psychologique et du social en matière de santé mentale. Une législation adéquate et propre aux professions de la santé mentale, faisant partie intégrante du cadre général de la santé, est une garantie du respect des droits fondamentaux du patient et du respect de son droit au bien-être.

En conclusion, les professions de la santé mentale doivent être réglementées et incluses dans un schéma de santé global comprenant une réglementation générale des professions des soins de santé, assurant ainsi la reconnaissance de la spécificité de ces professions et de leur exercice en parfaite autonomie, sans exclure l'intervention ou la collaboration d'autres praticiens, et ce, dans l'intérêt du patient.

**Mahfoudh ROMDHANI**

Député bruxellois, Chef du Groupe PS à la CoCof

### Bruxelles : du Forum " Réseaux : santé-pauvreté-logement " à une proposition de décret

Dans le cadre des Alliances pour le développement durable d'Ecolo, notre groupe a organisé un forum intitulé " Réseaux : santé – pauvreté – logement " qui s'est déroulé le 20 juin.

Le Forum ainsi que le travail de préparation avec les associations nous a permis d'engranger de nouvelles pistes d'actions politiques. Ainsi, une proposition de décret relatif au subventionnement de projets dans les secteurs de l'aide aux personnes et de la santé est déposée à la Cocof.

En effet, certaines associations hors cadre décentralisé doivent chaque année se livrer à une véritable course aux subsides ; les projets menés ne peuvent se préparer et s'inscrire dans la durée. Ces associations n'ont pas les moyens de bénéficier des avantages des accords du non-marchand, elles ne peuvent non plus bénéficier d'une représentation au Conseil consultatif *ad hoc* ni accéder aux crédits d'investissement leur permettant d'acheter ou de rénover un bien immobilier. La liquidation des subventions est parfois tardive ...

La proposition de décret a pour objectif d'assurer la pérennité et l'efficacité des projets des associations. Un autre but est de mieux faire coïncider les décisions des pouvoirs subsidiaires avec l'évolution des besoins et demandes des usagers. Le texte vise également au renforcement de collaborations sous forme de partenariat ou de réseau avec différentes institutions concernées, notamment pour favoriser la complémentarité des intervenants et éviter les interventions concurrentes. Tout ceci se fait à l'intérieur d'un cadre souple d'autant que les associations et les projets visés par ce décret sont très différents les uns des autres.

ECOLO a invité les associations à venir discuter de la proposition afin d'intégrer leurs remarques dans le texte avant de le déposer officiellement.

**Dominique Braeckman,**

Présidente du groupe Ecolo à la CCF

### Les ados et la santé : une priorité du MR à Bruxelles

Déjà en discussion depuis plusieurs mois au sein de la Commission de la Santé de la Commission Communautaire Française, la thématique de «L'adolescent dans ses rapports à la santé» a fait tout récemment l'objet d'une proposition de résolution déposée à l'initiative du député MR Vincent De Wolf, président de la commission de la santé à l'Assemblée de la Commission Communautaire Française. Cette résolution, actuellement en discussion en commission, vise à organiser des réseaux qui associent les principaux acteurs oeuvrant pour la santé des adolescents (centres de consultations, psychiatres, hôpitaux, centres de planning familial), centrés prioritairement sur l'école. Le mode de vie, la qualité de l'habitat, le milieu familial, le mode d'alimentation, la pratique sportive sont autant de domaines dans lesquels un tel réseau peut s'avérer utile et constructif pour l'adolescent.

La proposition de résolution suggère également de créer et de subventionner des lieux d'écoute et de parole, quasi inexistant à l'heure actuelle alors que beaucoup d'adolescents sont en demande.

Les centres de planning familial sont invités à mener davantage de missions d'information au sein des établissements scolaires tandis que l'accent est également mis sur la nécessité de favoriser les activités sportives dans les écoles en dehors des heures de cours.

Au sein du gouvernement régional, outre de nombreuses initiatives visant à encourager les jeunes à s'affilier à un club sportif, le Ministre Didier Gosuin a élaboré, en partenariat avec l'asbl «Sport et Médecine», des tests de dépistage de l'obésité dans les écoles, où les aptitudes physiques et les problèmes d'obésité des adolescents sont détectés et des traitements liés aux modes et aux pratiques d'alimentation sont suggérés aux intéressés.

De récents sondages indiquent que la santé est aujourd'hui l'un des sujets qui préoccupent le plus les citoyens. Le MR n'a pas attendu ces résultats pour faire œuvre d'innovation en la matière, et s'est attelé à mettre en place des initiatives et des propositions constructives, comme celles qui viennent d'être rappelées.

**Caroline Persoons**  
Présidente du groupe MR à l'ACCF

### La résolution “ Droit des Enfants Malades ” votée à l'unanimité

L'accueil et le suivi des enfants malades est fort variable d'un hôpital à l'autre. C'est aussi vrai en matière d'implication des parents dans le suivi thérapeutique ou de possibilités offertes à ceux-ci de séjourner à côté de leur enfant à l'hôpital. Avec parfois des situations inacceptables alors que les enfants et familles ont déjà à faire face à un drame d'une intensité rare.

La maladie grave ou l'handicap de l'enfant est souvent à l'origine de situations financières difficiles voire dramatiques pour les familles. Et lorsque le pronostic médical se révèle négatif, peu est mis en place en matière de soins palliatifs pédiatriques, d'accompagnement de l'enfant en fin de vie à domicile ou de structures dites de répit.

C'est dans ce cadre que j'ai eu l'occasion d'entamer une série de rencontres avec de nombreuses associations, des médecins, des infirmières des services pédiatriques, de rendre un certain nombre de visites dans les institutions qui nous ont permis de revoir et de compléter ce qui était originellement la “ Charte de Leiden ” votée en 1988. Le texte réécrit de “ la Charte des Droits de l'Enfant Malade ”, plus accessible aux enfants (*texte à disposition*), a été présenté le 13 novembre 2001 à la presse en présence d'enfants concernés.

Partant du principe qu'il faut agir là où l'on est, j'ai déposé une résolution en Commission Communautaire Commune afin d'appuyer cette résolution. Rejoint par des collègues d'autres partis démocratiques, la résolution a été votée à l'unanimité ce vendredi 29 novembre 2002. Un texte semblable sera déposé en Commission Communautaire Française. Certains éléments essentiels, à nos yeux, ont été intégrés dans ce texte : la fin de vie dans la sérénité et sans douleur, la participation des parents au suivi assuré par l'équipe médicale, la création de lieux de répit (nous y reviendrons) ou la nécessité de formation d'équipes pluridisciplinaires pour accompagner le retour à la maison. Le texte de cette résolution peut être obtenu via e-mail : [joel.riguelle@swing.be](mailto:joel.riguelle@swing.be) ou par téléphone (le matin) au 02/549.64.69.

**Joël Riguelle**  
Député bruxellois CDH

# Annonces



## Bruxelles, Ville Région en Santé

On en parlait depuis longtemps... Ça y est : Bruxelles est entrée dans le réseau des Villes en Santé (Healthy Cities) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Pour gérer ce programme, basé sur une Charte en onze points<sup>1</sup>, le Gouvernement et les trois Assemblées communautaires de la Région ont constitué une asbl, dont vous voyez l'intitulé et le logo sur cette page. Dans un premier temps, c'est l'espace public qui a été choisi comme terrain d'expérimentation. Deux périmètres ont été retenus pour la mise en œuvre de projets pilotes : l'un se situe au nord-est du pentagone, sur une partie du territoire de Saint-Josse, Schaerbeek et Evere; l'autre, au nord-ouest, sur une partie de Laeken, Jette et Molenbeek.

Les projets qui seront sélectionnés et financés doivent répondre à une série de conditions, parmi lesquelles on peut notamment relever :

- favoriser la participation active des habitants usagers du lieu ;
- aborder des thèmes en rapport direct ou indirect avec la santé. Des indicateurs de santé et de bien-être doivent être prédéfinis et mesurés tout au long du programme ;
- mettre en place un partenariat interdisciplinaire ayant un fonctionnement démocratique et régulier ;
- élaborer en commun un diagnostic des potentialités et des problèmes ;
- suivre une formation visant l'acquisition, par l'ensemble des partenaires, des savoirs et savoir-faire nécessaires à la compréhension et à la gestion du projet ;
- participer à des échanges de savoirs avec d'autres villes belges et européennes.

L'appel à projets prendra cours le 1er février 2003 et se terminera le 31 mars. La sélection des projets aura lieu pendant le mois d'avril et les décisions seront annoncées en mai-juin. Les organes mis en place par le programme " Bruxelles, Ville Région en Santé " pourront apporter aux projets retenus une aide sur le plan de l'information, de la formation, de l'accompagnement et de la communication.

Pour lancer le processus, deux journées de travail auront lieu les vendredi 24 et samedi 25 janvier 2003. La

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

première journée s'adresse aux acteurs institutionnels de la Région en matière de santé et de développement urbain. Le concept des Villes en Santé de l'OMS sera explicité et le programme bruxellois présenté. Des représentants des communes impliquées et des villes partenaires interviendront. La journée se clôturera par la labellisation officielle, par l'OMS, de la Région de Bruxelles-Capitale comme Ville Région en Santé.

La journée du samedi s'adresse aux acteurs des deux périmètres. Après la présentation du programme " Bruxelles, Ville Région en Santé ", un jeu de rôles permettra de visualiser l'élaboration en partenariat d'un projet de développement durable dans un quartier. Ensuite, trois ateliers se tiendront simultanément. Diverses problématiques seront abordées à travers la présentation d'expériences : la santé mentale, l'environnement, les sans-abri, la culture et la fête, la prostitution, les espaces verts, les arts, l'activité économique... D'autres projets seront présentés sous forme de panneaux d'affichage, de stands, de projection de vidéos et de spectacles.

L'objectif des ateliers est de cerner les différentes formes que peut prendre la participation de la population à un projet de développement durable et de compléter le cahier des charges pour lancer l'appel à projets. L'ensemble des expériences présentées est destiné à stimuler la créativité et la réflexion des promoteurs de projets.

Ces journées se tiendront à la Fonderie (27 rue Ransfort, à Molenbeek). Attention, pas de parking : utilisez les transports en commun (métro Comte de Flandre) ! Par contre, une garderie d'enfants sera assurée le samedi...

Renseignements : Mme Nicole Purnode, " Bruxelles, Ville Région en Santé ", 7 quai du Commerce, 1000 Bruxelles. Tél. : 02 219 84 44;  
e-mail : ville.sante@misc.irisnet.be

1 Voir *Bruxelles Santé* spécial 1998, p. 69, sur le site [www.questionsante.org](http://www.questionsante.org)

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