

# BRUXELLES SANTÉ

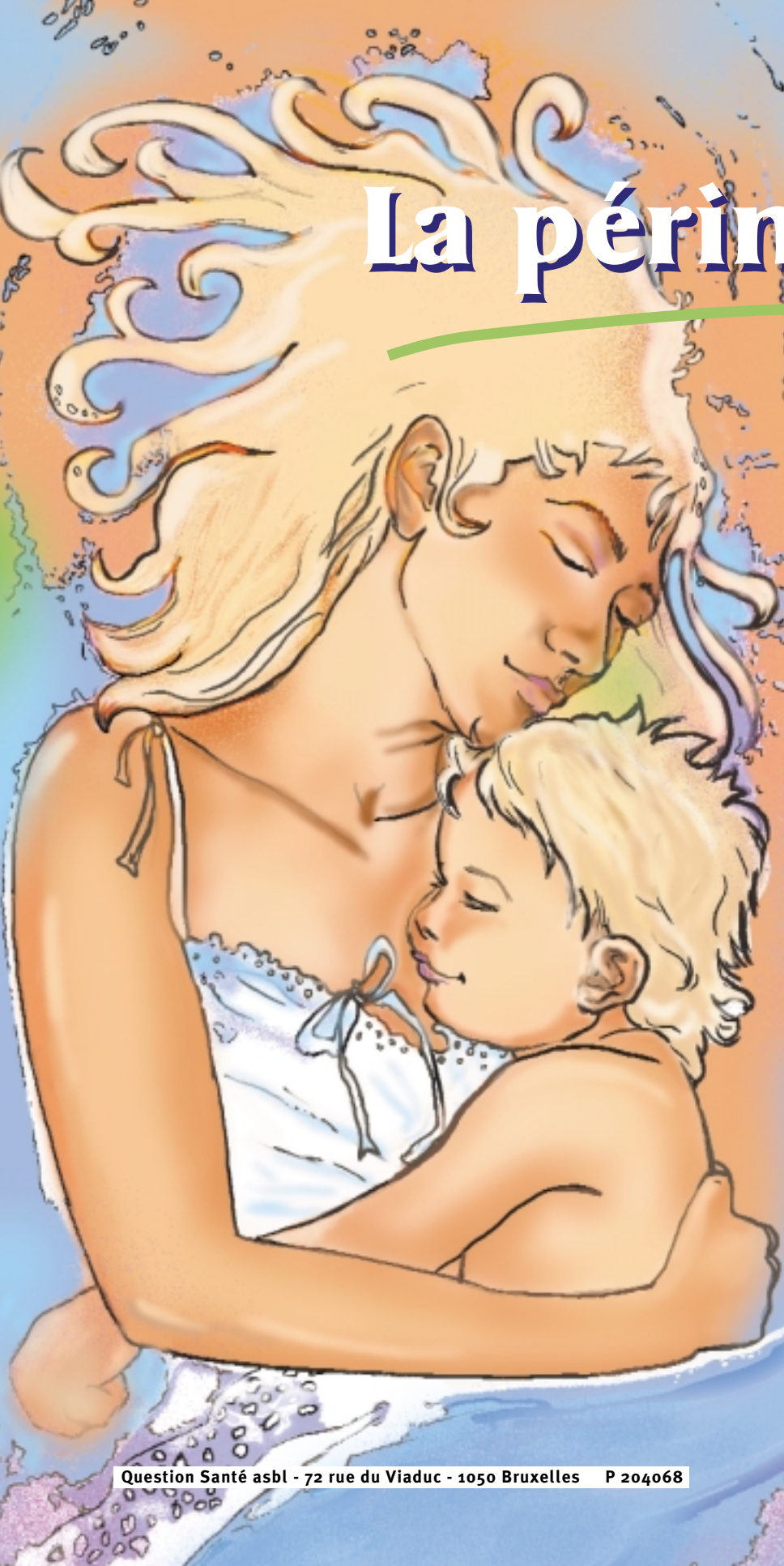
Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°36 - octobre - novembre - décembre 2004 - ISSN 1371 - 2519



N°36

## La périnatalité

Les naissances  
à Bruxelles



### En direct de...

Le Bus Info-Santé d'Anderlecht . . .pages 2 à 5

**Bouquins malins** . . . . .pages 6 et 7

### Dossier

Les naissances à Bruxelles . . . . .pages 8 à 17

### Initiative

Le théâtre pour thérapie . . . . .pages 18 et 19

### L'écho du CLPS

Tout le monde s'appelle Martine . .pages 20 et 21

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

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

# Le Bus Info-Santé d'Anderlecht

Voilà plus d'un an maintenant que la publication de sa photo dans le journal " Le Soir " avait attiré notre attention. Le Bus Santé d'Anderlecht roule depuis septembre 2003. L'idée nous semblait suffisamment intéressante et originale pour que nous lui consacrons les pages de cette rubrique. Nous avons attendu qu'il soit réellement opérationnel pour vous en parler. Aujourd'hui, c'est chose faite et nous avons rencontré Mesdames Staelens et Vehent, les deux infirmières qui, à son bord, sillonnent certains quartiers de la commune.

Rendons à César ce qui lui appartient, et soulignons d'emblée la " maternité " de cette initiative à l'Echevine de l'Action sociale et de la Santé d'Anderlecht, Madame Danielle Depré. L'idée, elle l'a eue au travers de son expérience en tant qu'infirmière en soins à domicile et du constat que certaines personnes, dans quelques quartiers d'Anderlecht, étaient plus délaissées au niveau des structures de soins de santé. Il fallait donc trouver un dispositif qui aille à leur rencontre, dans leur milieu de vie. Le bus semblait le moyen le plus approprié.

**Carine Staelens** : Madame Depré avait entendu parler d'un Bus-santé à Paris. Je m'y suis donc rendue pour rencontrer la coordinatrice du projet. Ce qui m'a tout de suite intéressée, c'étaient les missions qui lui étaient attribuées, à savoir : oublier l'aspect curatif pour ne faire que de la prévention, de la promotion de la santé. Malheureusement pour Paris, l'étendue de la ville rend très difficile le ciblage des quartiers plus défavorisés.

Anderlecht n'est pas Paris et la réussite du projet demandait que nous ayons une méthodologie de travail. J'ai rencontré le CLPS de Bruxelles et nous avons ciblé trois quartiers d'Anderlecht. Nous avons déterminé quelles étaient les ressources de ces quartiers, le type de population, le type de logement, etc. Nous avons ensuite créé des groupes de travail qui rassemblaient les éducateurs de rue, les directeurs d'école, les infirmières scolaires, les associations de quartier,... tous les partenaires avec lesquels nous pouvions travailler au projet.



### Quelle est la particularité de la commune d'Anderlecht ?

Avec une superficie de 17,7 km<sup>2</sup> et 96.375 habitants (en 2004) Anderlecht fait partie des communes les plus grandes et les plus peuplées de la Région bruxelloise. Si l'on y regarde d'un peu plus près, on constate que la commune se subdivise en plusieurs quartiers hétérogènes tant sur le plan social que sur le plan culturel. Un nombre important de logements sociaux y est implanté. La population qui y vit est fragilisée sur le plan social et économique, ce qui ne favorise en rien leur état de santé. La prévention y est donc particulièrement nécessaire afin de tenter d'égaliser les chances. Elle doit, par ailleurs, s'adapter aux coutumes et représentations de santé des individus qui y habitent.

Trois quartiers ont été retenus, La Roue, Cureghem et Peterbos : des quartiers où il y a beaucoup de logements sociaux de différents types. Le Peterbos et Cureghem se caractérisent par des ensembles de grands immeubles, alors que La Roue ressemble plus à une cité-jardin.

### Quels sont les objectifs du Bus Info-Santé

**Elisabeth Vehent** : Les objectifs du Bus Info-santé sont au nombre de quatre. Il s'agit :

- d'améliorer l'accès à l'information en ce qui concerne la santé (accès aux soins de santé, aide à l'orientation, conseils de prévention, etc.) dans le but de lutter contre l'exclusion ;

- de tenter d'égaliser les chances d'accès à la prévention en allant à la rencontre de la population fragilisée dans son milieu de vie (service de proximité) ;
- de tenter de recréer du lien social (passerelle entre les institutions et la population) ;
- d'établir un diagnostic communautaire en favorisant la participation des habitants dans le but d'améliorer la qualité de vie au sein des quartiers.

Pratiquement, nous avons différentes façons de travailler. En plus de cette mission d'information et d'orientation, ce qu'on souhaite, c'est que les gens entrent dans le bus et nous disent ce qu'ils en attendent. On a donc élaboré un questionnaire qui nous permet de comprendre les raisons pour lesquelles les gens viennent dans

le bus, quelles sont leurs difficultés par rapport aux soins de santé. Une fois les réponses dépouillées, on espère pouvoir orienter les activités du bus ou encore voir se développer des projets dans les quartiers en fonction de ce que les gens nous auront dit.

Bien entendu, des retombées sont également attendues au niveau communal. Ce projet veut mettre en évidence l'importance de la promotion de la santé au niveau d'une commune. Il va permettre des liens avec l'Observatoire de la pauvreté d'Anderlecht et de développer une meilleure collaboration des services communaux avec le secteur associatif. Enfin, l'ensemble de ce projet permettra de mieux répondre aux besoins de la population et de développer une politique de santé plus adaptée.

### Comment se déroule le projet et quelles en sont les ressources ?

**Carine Staelens** : Au niveau du personnel engagé, nous sommes deux. Je suis la première engagée. Je suis infirmière et j'ai suivi une formation en santé communautaire. C'est à la fin de cette formation, en septembre 2002, que j'ai été engagée pour ce projet. J'ai eu un an pour pouvoir le préparer avant que le bus ne soit sur roues. Et puis, comme je suis francophone, et qu'on estimait important de pouvoir toucher les deux communautés, on a engagé Elisabeth, qui est néerlandophone et trilingue et qui, en plus, est infirmière spécialisée en psychiatrie, ce qui apporte une complémentarité. L'aspect "santé mentale" est quelque chose de

très fréquent dans les quartiers, où les habitants cumulent quand même pas mal de difficultés sociales.

Au début, on avait même pensé engager un médecin, mais l'idée a été abandonnée parce que peu de médecins sont intéressés par l'aspect préventif uniquement. Finalement, ce n'est sans doute pas plus mal, car dans les quartiers que nous visitons, s'il y avait eu un médecin, les gens n'auraient sans doute pas hésité à demander une prescription qu'ils n'auraient pas pu obtenir.

On a également un chauffeur. Ou plutôt une "chauffeuse". Au départ, par manque de moyens financiers, on a travaillé avec des chauffeurs par intérim, ensuite nous avons pu détacher une personne d'un autre service. Cette dame s'investit énormément dans le projet. Elle distribue des toutes-boîtes, fait le relais dans les quartiers, elle s'occupe du stock des brochures,...



### **Que trouve-t-on comme matériel dans le Bus Santé ?**

Le bus est équipé d'une vidéo, d'un présentoir pour les brochures d'information, d'un ordinateur portable, d'un téléphone mobile avec possibilité de connexion Internet. Nous sommes donc constamment en recherche de cassettes vidéo, de DVD, de brochures, de jeux didactiques,.... Pour le moment, nous allons à la pêche aux brochures existantes, mais nous aimerions, quand nous aurons du temps et de l'argent, pouvoir les réaliser nous-mêmes. De même, il faudrait adapter certaines brochures existantes à la population que nous ren-

controns. Même si ce travail est déjà effectué par Cultures et Santé, il reste encore pas mal de travail car la population que nous rencontrons (comme par exemple des primo-arrivants) a d'abord besoin de l'image avant le texte. La barrière de la langue est souvent un obstacle dans certains quartiers.

### **Avez-vous des demandes précises ?**

Tout à fait. Les questions portent principalement sur le cholestérol, la ménopause, le diabète, en fait toutes les problématiques liées à l'alimentation pour les adultes, mais aussi les problèmes de santé liés au logement. Au niveau des enfants, il s'agit surtout de questions relatives à l'hygiène des dents, l'hygiène corporelle, la pyramide alimentaire, la puberté, le dépistage du sida.

Nous avons également reçu des illégaux ou des personnes très démunies qui viennent nous demander quels sont leurs droits en matière d'accès aux soins de santé; des personnes handicapées qui nous demandent des adresses pour faire valoir leurs droits, des parents qui ont des soucis d'éducation avec leurs enfants,...

Notre but n'est pas de répondre à toutes les questions dans le bus, mais nous cherchons les infos, nous sommes à l'écoute. Nous nous voulons également complémentaires du médecin, qui n'a pas toujours le temps d'informer son patient de la gestion quotidienne d'une affection comme le diabète par exemple.

Avec le bus, nous sortons environ trois fois par semaine. Les deux autres jours de la semaine, nous sommes au Centre de santé, et toujours à la disposition des personnes qui souhaiteraient nous contacter.

### **Et comment annoncez-vous la présence du bus dans les quartiers ?**

On s'installe à des endroits stratégiques, on met des affiches dans les associations, on distribue des toutes-boîtes pour dire qu'on arrive dans le quartier. Et on attend que les gens franchissent le pas de la porte. C'est vrai que sur une permanence, il y a parfois peu de monde, parfois davantage. C'est un peu en fonction du temps,...

Le bus roule depuis septembre 2003 et, à ce jour, nous pouvons dire qu'au moins 500 personnes l'ont visité. Les gens commencent vraiment à nous connaître. Au début, ils n'osaient pas y entrer. Petit à petit, les gens viennent et entrent. Les choses vont en augmentant.

On travaille également sur certains projets plus concrets, comme la Journée mondiale contre le Sida du 1er décembre. Ce projet se travaille en partenariat avec le centre de planning familial et le service communal d'aide aux toxicomanes. A cette occasion, nous avons rédigé une note de service pour inviter tout le personnel communal à porter, ce jour-là, le petit ruban rouge. Notre bus sera installé sur la place de la Vaillance, qui est quand même une place fort fréquentée, pour informer et sensibiliser.

Toujours dans l'idée du partenariat, nous avons travaillé l'année passée – et nous le referons cette année – dans le cadre de l'Année européenne de la personne handicapée, avec l'Association socialiste de la personne handicapée et la personne sur Anderlecht qui s'occupe de tout ce qui concerne la personne handicapée, à des animations dans les écoles primaires (les 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> primaires) intéressées à la problématique.

Différents ateliers ont été organisés et nous avons projeté, dans le bus, un petit extrait du "Huitième jour" suivi d'un débat relatif au handicap mental. Les élèves étaient très intéressés. Mais, pour nous, ce qui est encore plus intéressant c'est de pouvoir se dire qu'au-delà de la rencontre qu'on a pu avoir avec des enfants d'écoles situées dans les quartiers qu'on avait ciblés, on réussira peut-être à atteindre leurs parents.



***Votre expérience a-t-elle fait des émules ? Savez-vous s'il y a d'autres bus en Belgique ?***

En fait, il y a à Liège un député qui a créé un bus mais la finalité n'est pas la même puisque son bus ne travaille que sur une seule thématique, la sexualité des jeunes. Il s'appelle d'ailleurs "Sexcetera". Il est nettement plus grand que le nôtre et ressemble vraiment à un bus. Le nôtre tient finalement plus du camion. À part cette initiative, nous n'en connaissons pas d'autres. Par contre, suite aux différents articles que la presse nous a consacrés, nous avons reçu pas mal de demandes d'autres communes pour que nous passions les voir. Pour le moment, c'est non.

*Propos recueillis par Françoise Kinna*



**Passion alcool**  
Michel Craplet, Paris,  
Editions Odile Jacob, 2000

L'auteur est psychiatre et alcoologue, mais ne fuis pas, lecteur, ce n'est pas d'un ouvrage hermétique qu'il s'agit ici. Ouvrage savant, mais qui dépasse les frontières de la médecine puisqu'il fait aussi intervenir l'histoire, l'économie, l'anthropologie, la littérature. On ne peut manquer d'être impressionné par l'étendue et la variété des connaissances de cet authentique passionné (d'où le titre) qu'est l'auteur. Et par une réelle qualité d'écriture, qui accroche d'emblée et aide en outre à " faire passer " quelques données scientifiques peu digests.

Entre une introduction baptisée " Apéritif " et une conclusion tout aussi adéquatement nommée " Digestif ", l'ouvrage comprend 6 chapitres. Le premier est consacré à l'alcool dans l'histoire (y compris l'histoire des techniques) et dans l'espace politico-économique : de la bière dans l'antique Egypte aux grands crus français d'aujourd'hui, en passant par le saké (alcool de riz japonais) et autres spiritueux. Le deuxième chapitre aborde les différentes facettes du produit : physico-chimique, physiologique, gastronomique, diététique, toxicologique mais aussi sociale et mystique... sans oublier la dimension du plaisir !

Le titre du chapitre III le résume bien : " Moi avec les autres : la convivialité et le lien ". Il aborde l'aspect festif et convivial de la consommation, les rites – qui sont parfois également des contraintes – du boire ensemble, les différentes représentations de la consommation (de l'assommoir des ouvriers à " l'alcoolisme mondain "). Et il termine en relevant la fonction de contrôle social qu'exerce l'alcoolisation.

Le chapitre suivant, " L'alcool des autres ", repose sur un constat maintes fois démontré en matière de comportements jugés défavorables à la santé (qu'il s'agisse de sexualité ou de consommation, d'ailleurs) : l'alcoolique, c'est l'autre ; c'est toujours " celui qui boit plus que moi ". Et les buveurs inquiétants, ce sont les pauvres, les jeunes, les femmes. La consommation est toujours vue différemment selon la position sociale du buveur. Concernant les adolescents, l'auteur reprend en trois pages (226-229) quelques points de repère pour l'adulte, valables, nous semble-t-il, pour d'autres produits que l'alcool. A recommander. Lire aussi le passage, pp. 244-249, consacré au rôle de l'alcool dans les aventures de Tintin... et dans la mort de certaine princesse, de son amant et de leur chauffeur.

Le chapitre V relève notamment les fonctions opposées de l'ivresse : se taire et se révolter, s'intégrer et fuir, s'enfermer

et sortir de soi, lutter contre l'autre et contre soi-même (pp. 287-297). Enfin, le dernier chapitre traite de la prévention. Il pâtit de la comparaison avec les autres : en gros, il se résume à ceci qu'il vaut mieux s'abstenir de boire. Certes, Michel Craplet a prévenu d'emblée : " les questions soulevées aujourd'hui dans ce domaine (la prévention) sont trop nombreuses pour être traitées ici. Je m'y emploierai dans un prochain livre. " Il n'empêche qu'en consacrant 300 pages à montrer toute la complexité – culturelle, sociale, symbolique – du phénomène de la consommation d'alcool, on crée l'attente chez le lecteur ! Il est dommage, en particulier, que l'on ne parle de consommation qu'en termes d'abus et de dépendance, comme si le consommateur moyen – celui qui ne boit pas tous les jours et consomme sans excès lorsqu'il boit – était sans existence cliniquement démontrée. Malgré ces réserves, un livre recommandable et... passionnant.

**Fleur de lait. L'allaitement : un bon départ**  
Anna Rousseaux-DeLeo  
Saint Jean de Braye, Ed. Dangles, 2004



Allaiter : comment, pourquoi ? Des questions que se pose toute femme avant de devenir mère. Ces questions, Anna Rousseaux-DeLeo les a rencontrées elle aussi, puisqu'elle est mère de quatre filles, dont deux jumelles... qu'elle a toutes allaitées longtemps. Le but de son livre est de partager avec d'autres mères son expérience et le bonheur d'allaiter, et de leur apporter information et soutien. L'auteur a suivi l'enseignement du Dr Coussement à l'Institut de Formation, de Recherche et d'Echange autour de la Naissance, puis une formation à l'accompagnement de l'allaitement maternel sous les auspices de l'association internationale Leche League. Elle propose avec ce livre un guide pratique abordant de nombreuses questions bien concrètes telles que celles-ci :

- Quels sont les apports positifs de l'allaitement, pour le bébé mais aussi pour la maman ?
- Comment s'y prendre pour allaiter ?
- Les difficultés : problèmes de crevage, d'engorgement...
- Les situations particulières : enfants jumeaux ou prématurés, césarienne...
- La vie continue : allaitement et travail, allaitement et sexualité, allaitement et nouvelle grossesse.
- Le sevrage, précoce ou naturel.
- Où trouver des groupes décentralisés de mères qui allaitent leur enfant ?...

Un ouvrage illustré de dessins et de photos en noir et blanc (on regrettera la qualité médiocre des reproductions), et qui comprend de nombreux témoignages. Ceux-ci sont parfois trop répétitifs, voire fastidieux dans le premier chapitre, que l'on peut qualifier de militant : c'est véritablement un plaidoyer, avec défilé de témoins ! Mais on se rappellera que le déclin de l'allaitement maternel en Europe est récent – quelques décennies – et finalement assez incompréhensible, du moins du point de vue de la santé (car les obstacles à l'allaitement prolongé sont nombreux dans les conditions de vie actuelles), sans parler de l'attachement mère-enfant. Et que l'OMS, dans un texte récent (mai 2004), insiste – y compris dans les pays développés, où les maladies non transmissibles sont en tête du tableau de la morbidité – sur l'intérêt à long terme d'un allaitement maternel exclusif pendant six mois au moins.

*En librairie. Diffusion en Belgique : Inter Forum.*

#### Une Histoire de Bruxelles

Roel Jacobs, Editions Racine, 2004

Ce gros livre passionnant a peu à voir avec la santé, mais beaucoup avec Bruxelles, raison pour laquelle il trouve place dans ces colonnes. L'auteur, juriste de formation, se livre une fois de plus (il est déjà l'auteur de quatre autres ouvrages) à un travail d'historien. Rien à voir avec l'historien du dimanche, cependant : le travail est très documenté, voire érudit, mais d'une érudition qui parvient, à quelques rares exceptions près, à ne pas submerger le lecteur de détails. Bruxellois néerlandophone et excellent bilingue (la version française est de sa plume), Roel Jacobs a voulu s'intéresser à l'histoire de Bruxelles depuis les origines de la ville (fin du Xe siècle) et consacrer à chaque siècle une place équivalente. C'est là qu'il rompt avec une production historique souvent centrée sur les XIXe et XXe siècles.

Autre point de rupture, et non le moindre : l'auteur prend distance avec les détournements – largement pourvus d'arrière-pensées ! – que l'on voit souvent opérer, à propos de Bruxelles, pour étayer telle position politico-idéologique. Son indépendance d'esprit est réjouissante. Il manifeste d'emblée (p. 5) un regard caustique à propos du choix de 1979 pour le millénaire de la ville. Mais c'est lorsqu'il s'agit d'enjeux " communautaires " qu'on le lira avec le sourire le plus goguenard. Ainsi, à propos de la bataille de Groeninge (ou de Courtrai), remportée en 1302 par les milices urbaines brugeoises et leurs alliés sur la chevalerie française : " Les Flamands sont tellement fiers de ce fait d'armes que, le

6 juillet 1973, ils en font officiellement leur symbole national. Ce choix n'est possible que parce que les Brabançons et les Limbourgeois s'imaginent depuis le XIXe siècle qu'ils sont également des Flamands. " Eh oui, au Moyen âge, le duché de Brabant (qui comprend par ailleurs Anvers !) n'a rien à voir avec le comté de Flandre. Si relire le passé avec les yeux d'aujourd'hui constitue un risque pour tout historien, c'est une tentation à laquelle le militant ne peut que succomber... A l'époque, ajoute Jacobs, ce n'était pas une affaire communautaire : la bourgeoisie de Paris s'est réjouie de la victoire et ce sont les comtes de Flandre qui en ont pâti le plus.

Autres exemples de l'humour du bonhomme. A propos des Primitifs flamands du XVe siècle : " La prudence s'impose à celui qui voudrait les récupérer aujourd'hui à des fins politiques. Un Wallon (*Roger de la Pasture, né à Tournai*) forme à Bruxelles un Allemand (*Hans Memling*) qui peindra à Bruges des portraits d'Italiens (*des banquiers actifs dans la Venise du Nord, où ils sont les bailleurs de fonds de l'aristocratie bourguignonne*). N'est-ce pas là déjà un espace culturel européen avant l'heure ? "... Au siècle suivant, si Guillaume d'Orange, dit le Taciturne, parle peu, c'est que, éduqué en français, il ne maîtrise pas le néerlandais : c'est son bras droit, Philippe de Marnix de Sainte-Aldegonde, qui est son porte-parole. Et ce seigneur, né à Bruxelles dans une famille d'origine savoyarde, se mêle aussi de philologie : " Il intervient ainsi dans la réalisation du Statenbijbel, la traduction de la Bible qui est la base du néerlandais que Hollandais et Flamands tentent de parler avec plus ou moins de succès. La Hollande et la Flandre doivent donc en partie leur langue à un Bruxellois, immigré de la troisième génération, originaire de Savoie. "

A coup sûr, Roel Jacobs connaît et aime sa (notre) ville. Au XVIIe siècle déjà, souligne-t-il, elle a des caractéristiques que l'on retrouve aujourd'hui. Le gouverneur Maximilien de Bavière est alors un passionné de l'urbanisme " moderne ". Mais ses projets sont sournoisement contrecarrés par le gouvernement de la ville : le résultat " débouche en définitive sur la cohabitation entre l'ancien et le moderne, un mélange curieux d'idées urbanistiques très différentes. Les modernisations ultérieures ne toucheront également qu'une partie du tissu urbain. Des rues de toutes les époques se cachent aujourd'hui derrière les grands axes de circulation. Bruxelles est une ville hautement variée pour celui qui prend la peine de partir réellement à sa découverte, car c'est une ville qui ne se livre pas facilement. Voilà précisément le charme de Bruxelles, une cité qui manque parfois de cohésion, mais jamais de pouvoir de fascination. " Bien vu et bien dit, non ?

# Les naissances à Bruxelles

La publication, par l'Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale, du Tableau de bord de la santé 2004<sup>1</sup>, nous donne l'occasion de consacrer ce dossier à un petit voyage autour de la naissance. Les emprunts que nous faisons à cette publication étant rarement des citations, ils ne sont pas souvent signalés par des guillemets. Raison de plus pour souligner à quel point nous sommes redevables à ce travail, dont nous commencerons par relever quelques points saillants, donnant également la parole au " terrain ".

Au cours de la période 1998-2002, près de 99.400 naissances ont été enregistrées sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale. Première particularité bruxelloise : largement plus du quart de ces naissances (28,5%) concernaient des femmes domiciliées en dehors de la région : 16,5% en Flandre, 11% en Wallonie. La raison de ce phénomène est claire, elle tient à la concentration du nombre d'hôpitaux de référence – et donc de centres néonataux – dans la capitale. En périphérie, quand un risque élevé se présente, les équipes ont tendance à référer sur Bruxelles, explique le Dr Patricia Barlow, responsable de la maternité à l'hôpital Saint-Pierre : *" C'est le cas à Saint Luc aussi, ou à l'AZ-VUB. A Braine-l'Alleud, par exemple, en dessous de 32 ou 34 semaines, un prématuré est d'office transféré sur Bruxelles. Il faut donc en tenir compte quand on lit les statistiques, mais c'est aussi très positif puisque les femmes peuvent accoucher dans un lieu capable d'accueillir leur bébé ! "*

Quoi qu'il en soit, les chiffres publiés par l'Observatoire de la Santé et du Social ne concernent que les naissances d'enfants dont la mère réside dans la Région de Bruxelles Capitale.



© Photo : Question Santé

## Âge et nationalité de la mère

La proportion de mères de moins de 20 ans est stable et se situe en bonne place quand on la compare aux chiffres publiés dans les autres pays européens : 3,3% (pour prendre les deux extrêmes, on compte 7,7% au Royaume-Uni et 1,6% au Danemark)<sup>2</sup>. Encore faut-il préciser que les adolescentes, c'est-à-dire les moins de 18 ans, ne sont que 0,6% – taux comparable à celui de l'Ile-de-France – et que les très jeunes filles (moins de 15 ans) se comptent, par an, sur les doigts d'une main. Les disparités entre pays, note l'Observatoire, sont liées aux représentations sociales de la sexualité des adolescentes et aux politiques mises en place : *" Ainsi, on observe une fréquence plus élevée dans les pays anglo-saxons, et particulièrement aux Etats-Unis, où la grossesse chez les adolescentes est combattue avec le plus d'acharnement et la sexualité des adolescentes perçue négativement. Dans les pays où la fréquence des grossesses d'adolescentes est la plus basse, les politiques visent non pas à stigmatiser la sexualité des adolescents mais plutôt à leur permettre d'en contrôler les risques. "* Une approche que l'on retrouve à Bruxelles, où l'offre de services de planning familial est particulièrement importante.



Pour les mères âgées, l'image s'inverse : le taux bruxellois est particulièrement élevé par rapport aux autres pays européens.

En effet, 17,4% des naissances sont issues de mères âgées de 35 ans ou plus (et 3,2% de mères âgées de 40 ans et plus) ; les proportions de mères de 40 ans et plus sont les plus faibles en Flandre (1,4%) et au Danemark (1,8%). C'est une nouvelle particularité bruxelloise. Edwige Haelterman, chercheuse à l'Observatoire : *“ Sur une période de vingt ans, on constate un changement énorme. Dans les années 80, la proportion de mères de 35 ans et plus était de 6,9% ; en 2002, on arrive à 18%. C'est clairement un changement sociologique : les femmes repoussent l'âge de leur première grossesse ; et ces dernières années, l'écart entre deux naissances est plus grand qu'auparavant. Un autre changement d'ordre sociologique est d'ailleurs la diminution de la grande multiparité : il y a de moins en moins de familles nombreuses. Même si le phénomène n'est pas propre à toutes les nationalités. ”*

Car près de la moitié (46%) des nouveau-nés bruxellois ont une mère de nationalité étrangère. Les pays du Maghreb sont en tête avec 13,6%, mais l'Union européenne – hormis la Belgique, bien entendu – n'est pas loin derrière (13,2%). Et la Turquie (3,7%) ne se place qu'après l'Afrique sub-saharienne (5,4%) et l'Europe de l'Est (5,2%).

La nationalité n'est pas sans influence sur la répartition de l'âge de la mère ni sur celle de la parité (nombre d'enfants). Ainsi, on trouve davantage de mères âgées de plus de 40 ans parmi les nationalités maghrébines : 4,9% contre 3,2% en moyenne. Cependant, l'Union européenne n'est pas à la traîne : 4,2%... C'est avec les grandes multipares (quatre enfants ou plus) que le Maghreb se distingue tout particulièrement : 23,6% contre 10,7% en moyenne. Seules la Turquie (15,2%) et l'Afrique sub-saharienne (14,9%) dépassent elles aussi la moyenne. Mais c'est la Belgique qui vient ensuite (8,7%), devançant le reste de l'Europe, qu'il s'agisse ou non des membres de l'Union ! On voit donc une fois de plus que, si les stéréotypes reposent sur des réalités, ils méritent d'être décortiqués et nuancés.



© Photo : Thomas Chable/Question Santé

## Naissances multiples, poids de naissance et prématurité

Depuis les années 80, on observe un accroissement net et continu (même si la progression est en dents de scie) du taux de **naissances multiples**. Dans la période 1998-2002, celui-ci s'élevait à 1,7% des mères et 3,5% des bébés. Il s'agit donc essentiellement de jumeaux. La proportion de naissances gémellaires a presque doublé en vingt ans. Cependant, les triplés, qui représentaient 10,5 pour 10.000 naissances en 1980-84, arrivent à 13,4 pour 10.000 naissances en 1998-2002. Et on peut observer, parmi les accouchements multiples, des disparités importantes entre les pays européens (du simple au double pour les jumeaux). Ces différences régionales et cette évolution temporelle s'expliquent largement par le recours aux techniques de procréation médicalement assistée, qui impliquent l'implantation de plusieurs embryons et/ou l'utilisation de traitements hormonaux. Le nombre de centres pratiquant la procréation assistée est particulièrement élevé à Bruxelles.

**Le petit poids de naissance** (moins de 2,5 kg) est un déterminant majeur de la mortalité néonatale (dans les 4 premières semaines après la naissance). A long



© Photo : Alexandre Muylle/Question Santé

terme, le petit poids de naissance – particulièrement le très petit poids, en dessous de 1,5 kg – est lié à un risque élevé de troubles cognitifs et de divers handicaps. Or on peut constater un net accroissement de la fréquence de très petit poids à la naissance, qui passe de 6,2 pour mille naissances vivantes en 1980-84 à 9,8 pour mille en 1998-2002.

Cet accroissement est vraisemblablement dû à plusieurs facteurs, parmi lesquels on retrouve en premier lieu l'augmentation de la fréquence des grossesses multiples en raison d'un recours de plus en plus fréquent à la procréation assistée et aux traitements hormonaux. Deuxième facteur : une plus grande fréquence des accouchements prématurés " induits ". Qu'est-ce à dire ? Edwige Haelterman : " *En fait, il y a deux origines à*

*la prématurité. La prématurité induite qui est provoquée par la prise en charge médicale : on place une perfusion pour déclencher l'accouchement, on fait une césarienne, pour des raisons de pathologie maternelle ou fœtale. Et la prématurité spontanée : la femme se met en travail prématurément, pour des raisons le plus souvent mal connues (même si on connaît des facteurs de risque). Je pense que la prématurité induite est certainement en augmentation, en raison de l'amélioration technique des possibilités de prise en charge des enfants très prématurés : les gynécologues hésitent moins à déclencher l'accouchement. Est-ce mieux ou moins bien qu'auparavant ?... On peut en discuter. Par ailleurs, il est possible que la prématurité spontanée soit aussi en augmentation (il n'est pas toujours facile de démêler l'une de l'autre), peut-être en lien avec des facteurs sociaux – le stress, les conditions de travail..."*

Edwige Haelterman : " Le taux de césariennes a beaucoup augmenté en très peu de temps. Les taux d'accouchements déclenchés sont extrêmement élevés à Bruxelles – comme dans toute la Belgique (trois fois plus élevés qu'au Danemark par exemple). On dira ou non que l'interventionnisme dans la période obstétricale est excessif : cela dépend des valeurs de chacun. En tout cas, une certaine part des accouchements déclenchés le sont sans doute de manière excessive et pas toujours justifiée médicalement. Il est clair qu'une grande proportion des accouchements déclenchés (à terme) le sont par pure convenance. Or si l'accouchement est déclenché alors que le col n'est pas prêt ou que le bébé n'est pas prêt à naître, ce n'est pas forcément anodin. Souvent, des interventions sont faites pendant l'accouchement, et les femmes ne se rendent pas toujours compte qu'elles pourraient s'en passer. Il n'y a pas toujours un dialogue autour de cela, cela dépend de la maternité. J'ai passé un an à Québec, où l'empowerment des patientes est considéré comme important. Les femmes sont mieux informées, la médecine basée sur les preuves scientifiques est beaucoup plus courante : on distingue ce qui est démontré comme utile ou nécessaire de ce qui est incertain. L'épisiotomie, par exemple, ne doit pas être pratiquée systématiquement. Il ne faut pas forcément refaire une

césarienne quand on en a déjà eu une antérieurement. Ici, les gens ne sont pas toujours suffisamment informés de cela. Quand les Québécois voient les chiffres des inductions en Belgique, ils tombent par terre ! Ils sont choqués, vraiment. Cela montre à quel point ce n'est pas forcément nécessaire sur le plan médical. ”

Enfin, le troisième facteur est plus technique ; c'est un biais lié aux variations dans la déclaration des décès. Patricia Barlow : *“ Dans la loi, l'âge gestationnel doit être d'au moins 26 semaines pour que l'enfant soit déclarable; avant cela, c'est considéré comme une fausse-couche. Mais l'INS nous demande de remplir une déclaration dès 22 semaines. Il commence donc à y avoir un flou plus qu'artistique entre, disons, 22 et 28 semaines. On réanime des bébés de plus en plus tôt, il y en a de plus en plus qui sont admis au centre néonatal, dont quelques-uns vont survivre, même à 24 semaines. Vous avez une patiente qui accouche à 24 semaines d'un enfant vivant, que l'on met en couveuse et qui meurt le lendemain : cet enfant est déclaré. Le lendemain, une autre femme arrive avec un bébé mort à 24 semaines : en principe, il s'agit d'une fausse-couche, mais parfois on déclare aussi l'enfant, en fonction de l'état émotionnel des parents, par exemple pour qu'un enterrement puisse avoir lieu... Il y a quinze ans, on ne déclarait pas d'enfant né à moins de 27 ou 28 semaines et décédé précocement : c'était une fausse-couche, il n'apparaissait dans aucune statistique. ”*

Parmi les facteurs de risque du petit poids de naissance, on retrouve la primiparité (première naissance), l'âge de la mère (plus de 35 ans), mais aussi l'absence d'activité professionnelle. La nationalité de la mère peut jouer dans le sens inverse. Ainsi, il a été maintes fois constaté que les femmes maghrébines avaient moins de bébés de petit poids à la naissance – et davantage de bébés de poids élevé (4,5 kg ou plus). Cette observation est avérée également, mais dans une moindre mesure, chez les mamans turques. Pour expliquer ce phénomène, les hypothèses suivantes sont avancées : divers facteurs nutritionnels, une fréquence accrue de diabète gestationnel, une fréquence moindre d'accouchements déclenchés et

de tabagisme. On voit donc que des facteurs socioculturels peuvent entrer en ligne de compte.

Revenons à la **prématurité**, qui reste – principalement la grande prématurité – associée à des taux élevés de problèmes de santé à long terme. Comme dans d'autres régions, note l'Observatoire de la Santé et du Social, *“ on observe à Bruxelles un accroissement très marqué de la prématurité au décours d'une période de 22 ans. Alors qu'en 1980-84, la prévalence de la prématurité (< 37 semaines) était de 5,6%, pour la période 1998-2002 elle atteint 7,1%. ”* Une augmentation de 27%. On retrouve des hypothèses explicatives déjà citées précédemment : l'accroissement des grossesses multiples dû à un recours accru aux traitements hormonaux et à la procréation assistée, et l'accroissement des prématurités induites ; la plus grande proportion de mères âgées pourrait jouer également.

Quant aux facteurs de risque, l'absence d'activité professionnelle fait plus que pointer le bout de son nez : elle augmente de 30% le risque de prématurité, et cela indépendamment de l'âge de la mère, de sa parité et de sa nationalité. Mais la nationalité joue également un rôle non négligeable, indépendamment des autres facteurs : ainsi, chez les femmes non belges originaires d'Afrique sub-saharienne, le risque d'avoir un enfant prématuré est 25% plus élevé que chez les femmes belges.

## La mortalité fœto-infantile

La mortalité fœto-infantile peut être subdivisée en plusieurs composantes en fonction du moment du décès (voir encadré p. 12). Au cours de la période 1998-2002, 721 décès sont survenus durant la période fœto-infantile dans les familles bruxelloises. Ce sont les décès en période fœtale (morts-nés) qui en représentent la plus grande part. L'Observatoire de la Santé et du Social pointe que Bruxelles se situe à la médiane des pays européens pour la mortalité fœtale et néonatale. Par contre, la mortalité infantile est particulièrement élevée à Bruxelles. La mortalité post-néonatale se situe donc à un niveau élevé dans la capitale.

## Petit lexique

- Mortalité fœto-infantile = mortalité fœtale (avant la naissance) + mortalité infantile (de la naissance à 1 an)
- Mortalité infantile = mortalité néonatale (de la naissance à 28 jours) + mortalité post-néonatale (de 28 jours à 1 an)
- Distinguer mortalité néonatale précoce (de la naissance à 7 jours) et tardive (de 7 à 28 jours)
- Mortalité périnatale = mortalité fœtale + mortalité néonatale précoce

Edwige Haelterman : *“ Il y a plusieurs hypothèses, mais elles sont à vérifier. Des études anglaises montrent que la mortalité post-néonatale est très déterminée socialement et les inégalités sociales sont liées à une fréquence plus grande de mort subite du nourrisson et d'accidents – domestiques, notamment – dans les groupes défavorisés. Les femmes seules, par exemple, auraient davantage de difficultés à bien prendre en charge leurs enfants. Cette hypothèse est-elle valable pour Bruxelles ? C'est possible. Une autre hypothèse, évoquée par des obstétriciens, est liée à la prématurité: en effet, les enfants très prématurés décèdent parfois après le premier mois de vie... En tout cas, quand on fait la comparaison avec les autres pays, Bruxelles est plutôt mieux placé en matière de décès très précoces. Mais la mortalité néonatale est davantage liée à la qualité technique et aux soins, tandis que la mortalité post-néonatale est plutôt affectée par des facteurs sociaux. ”*

## Le poids des facteurs sociaux

Les déterminants socio-culturels (précarité socio-économique, nationalité, familles monoparentales, etc.) reviennent à plusieurs reprises. Cela recoupe d'ailleurs le témoignage des travailleuses médico-sociales de l'ONE<sup>3</sup>. Edwige Haelterman : *“ Le rôle des différences d'origine est très frappant. Quand on consulte la littérature scientifique, on trouve le cliché selon lequel les femmes d'origine étrangère sont plutôt favorisées: moins de petit poids à la naissance, moins de prématurés, etc. C'est vrai mais, en fait, la mortalité*

*périnatale est notable chez elles aussi, et c'est rarement souligné : elle est deux fois plus élevée chez les femmes marocaines que chez les belges (voir tableau). Les hypothèses sont nombreuses. Nous savons que ce n'est pas dû au fait que ces mères sont plus souvent âgées ou multipares, et ce n'est pas lié à l'une ou l'autre pathologie : l'excès de diabète gestationnel, par exemple, ne peut absolument pas expliquer de telles différences. Les malformations congénitales, première cause de mortalité périnatale, n'expliquent pas à elles seules un tel taux de mortalité; j'ai pu le vérifier. Les femmes naturalisées ne présentent plus cet excédent de mortalité; ce n'est donc pas un facteur d'ordre génétique ou biologique qui est en cause. Ce phénomène est d'autant plus troublant que ces femmes sont à moindre risque parce qu'elles fument moins durant la grossesse et ont moins de bébés de petit poids. ”*

Nationalité de la mère	Mortalité N	périnatale - Pour 1.000 naissances	Mortalité N	infantile - Pour 1.000 naissances vivantes
▪ Belge d'origine	153	8,1	98	5,2
▪ Marocaine	86	17,6	40	8,3
▪ Belge d'origine marocaine	33	6,8	30	6,2

Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès

*“ Nous pensons que l'hypothèse la plus probable est la mauvaise accessibilité des soins de qualité. L'accessibilité des soins doit être prise au sens large. Non seulement l'accès pratique (financier) aux services, mais aussi l'interaction entre ces services et les familles : comment les gens y font-ils appel ? Savent-ils reconnaître une situation d'urgence, savent-ils où aller dans ce cas ? La compréhension générale du système de soins est importante : identifier les services, savoir les utiliser... L'interaction soignants-patients – la capacité de s'expliquer, de comprendre les messages, de communiquer sans agressivité (sans oublier une possible discrimination) – constitue une autre piste vraisemblable. La conception de la grossesse et de la*

*nécessité du suivi prénatal peut varier très sensiblement selon la culture. La langue, tout simplement, peut être un obstacle énorme. Il serait intéressant d'investiguer comment les services gèrent cela."*

Bonne idée. Allons voir du côté de l'hôpital Saint-Pierre, à la pointe du cœur<sup>4</sup> populaire de Bruxelles. Ce qui caractérise la population qui le fréquente, dit le Dr Barlow, "c'est son côté multiple, diversifié. J'ai l'impression que nous avons des gens qui viennent du monde entier, de toutes les origines, cultures et religions possibles. On y trouve les extrêmes sur le plan de l'âge et sur le plan économique et social. Les extrêmes aussi en termes de gravité médicale : nous pouvons accueillir des femmes avec des grossesses très pathologiques, catastrophiques, mais nous avons aussi des accouchements parfaitement normaux, "nature", "cool", etc. Dans d'autres maternités, la population est plus homogène : en fonction du quartier, par exemple, ou parce que les gens sans sécurité sociale y sont refusés... Mais le gros de notre patientèle vient vraisemblablement du quartier. Qui est lui-même cosmopolite, multiculturel et même pluriel sur le plan social. La caractéristique de l'hôpital Saint-Pierre, c'est quand même que nous recevons ce qui se fait de plus pauvre, de plus désespéré socialement. Nous sommes assez champions pour ce qui est des grossesses non suivies, des femmes toxicomanes, des migrantes clandestines, des personnes sans sécurité sociale, des prostituées, etc. "

Par rapport à ce que l'on a abordé plus haut, que peut-on apprendre de l'expérience acquise à Saint-Pierre ? Par exemple, quant à la mortalité périnatale chez les femmes marocaines ou turques, qui n'est pas négligeable, on l'a vu, sans que cela semble être imputable à l'une ou l'autre pathologie ? " Cela tient surtout à une question d'acceptation socioculturelle de la grossesse et de solidarité communautaire autour de la femme enceinte. La femme maghrébine qui a conservé sa culture d'origine est une femme protégée. Par sa famille, mais aussi par toute sa communauté. C'est très important par rapport aux facteurs de risque de prématurité. En outre, ces femmes ne fument pas; elles ne font pas de trop petits bébés en raison de leur

*régime alimentaire – qui, par ailleurs, n'est pas toujours très équilibré : il y a davantage de diabète et de poids excessif. Et la religion musulmane va de pair avec une tendance spontanée à l'acceptation. Les enfants en mauvaise santé sont mieux acceptés, on a rarement recours à l'interruption de grossesse en cas de malformation grave du fœtus. Nous rencontrons chaque année plusieurs cas où la grossesse se poursuit même lorsque nous savons que le bébé ne survivra pas. Tandis qu'une femme belge n'accouchera pas dans ces circonstances. "*

*"A cela s'ajoute un problème de consanguinité; on retrouve plus fréquemment certaines maladies génétiques dans de tels cas. Bien sûr, cela ne représente qu'un petit pourcentage en chiffres absolus. Comme la mortalité périnatale est devenue très faible, quelques cas en plus font doubler un pourcentage. Si l'on ne tient pas compte de la prématurité, la première cause de décès est la malformation. Les morts obstétricales en tant que telles (un accouchement qui s'est mal passé) sont devenues exceptionnelles... Et il faut tenir compte d'une autre différence culturelle : si, dans la culture occidentale, on se préoccupe très tôt de la bonne santé du fœtus, si on va très vite chez le médecin pour s'assurer qu'il n'y a pas de malformation, c'est beaucoup moins le cas dans d'autres cultures. Ces femmes sont également moins demandeuses d'examen médicaux, et on se retrouve avec des grossesses qui sont suivies un peu vaille que vaille : les gens n'ont pas voulu à tout prix savoir comment était leur bébé puisque, de toute façon, ils l'acceptaient tel qu'il était."*

Patricia Barlow : " Quand on voit les femmes maghrébines, on se repose la question de la femme enceinte dans notre société. Peut-être est-ce un effet pervers des acquis du féminisme : on a voulu montrer qu'enceintes ou non les femmes pouvaient tout assumer. Mais peut-être une sorte de négligence sociale s'est-elle progressivement installée vis-à-vis de la femme enceinte. Or la prématurité c'est aussi l'affaire de tout un chacun. De tout le monde. Je me souviens, quand j'étais enceinte de sept ou huit mois, personne ne se levait pour me céder sa place dans le bus. Vous êtes avec une poussette devant une rangée

d'escaliers : il n'est pas si fréquent que quelqu'un vous aide. En Espagne, il est impossible de se trouver dans cette situation : dix personnes s'empressent pour vous aider ! Culturellement, toute une solidarité se fait autour de la femme enceinte ou de la jeune mère, que l'on ne retrouve plus chez nous. Je me souviens d'être entrée dans un avion avec un couffin et de m'être presque fait écraser par la horde des voyageurs qui avaient des places numérotées ! Dans le Bassin méditerranéen, cela n'arrive jamais. Je ne sais pas dans quelle mesure on peut faire passer ce message : la femme enceinte n'est pas un être malade ou débile, mais il y a un minimum de protection à lui offrir. ”

### La grande pauvreté

Mais la question se pose en de tout autres termes dans les situations où les besoins humains de base ne sont pas assurés : *“ Si la femme accepte que son bébé ait une malformation grave et décède, je l'accepte avec elle. Cela ne me pose pas de problème. Mais, quand on est devant des états de misère épouvantable, c'est absolument infernal. C'est inacceptable. Quand on est dans notre pays, se retrouver devant des gens qui mangent des pâtes tous les jours, sans rien d'autre, pour se caler l'estomac. Des gens qui ont froid, qui arrivent au milieu de la nuit, pieds nus dans leurs chaussures. Qui habitent dans des caves louées 500 € par mois. Qui accouchent prématurément à 28 semaines. Et on va engager deux millions de FB pour faire survivre le bébé alors qu'ils n'ont par le minimum vital ! ”*

*“ Une loi nous autorise maintenant à faire appel à l'Aide médicale urgente lorsqu'il existe des possibilités de prévention pour certaines pathologies (examen prénatal, échographie, etc.). On peut demander une aide au CPAS – ce n'est pas toujours facile. Je peux vous dire que les travailleurs sociaux s'arrachent les cheveux : ils passent une après-midi entière au téléphone – quatre heures de travail salarié – à chercher un toit pour la patiente. En dernier recours, ils viennent nous supplier de l'hospitaliser, sinon elle est à la rue.*

*On peut donner les meilleurs soins, mais si les gens se retrouvent après dans des conditions apocalyptiques, à quoi cela rime-t-il ?... A Saint-Pierre, ces gens sont surtout des immigrés clandestins. Mais il existe des noyaux de pauvreté majeure chez les Belges aussi. ”*



Linda Doeraene (à droite) et une patiente

Ces clandestins ne sont pas des migrants économiques comme ceux qui sont arrivés en Belgique jusque dans les années 70. Ni vraiment des exilés politiques comme on en a connus ensuite avec les Chiliens, par exemple. *“ Il y a eu chez eux des troubles, des combats, des guerres, mais ils n'étaient pas menacés en raison de leur rôle politique ou de leurs prises de position. Seulement ils se sont fait agresser, ils ont tout perdu : leur famille, leur boulot, leur patrimoine ; ils n'ont plus d'horizon chez eux, tout s'est enchaîné, ils ont pris peur et ont eu l'occasion de se tailler et de venir ici. Où ils ne retrouvent pas nécessairement la sécurité... Il y a aussi des femmes arrivées ici par des réseaux de prostitution, venant notamment de Bulgarie. C'est extrêmement dur aussi : ce sont des filles illettrées, menacées, constamment sous pression. ”*

*“ Chez ces nouveaux migrants, je ne suis pas sûre que ce sont les conditions physiques extrêmes en tant que telles qui engendrent la prématurité ; c'est davantage l'insécurité psychique et physique. Ne pas*

*savoir ce que l'on va manger. Cette angoisse permanente : où vais-je installer mon bébé, comment vais-je le nourrir, qu'est-ce qu'il va devenir ?... Il faut s'imaginer dans la peau d'une femme enceinte, seule, sans appui, sans ressources : je ne suis plus rien et je n'aurai plus rien... Mais il faut aussi voir qu'avec le temps des choses extraordinaires se passent : en 1994, nous avons vu arriver de nombreux Rwandais, suite au génocide et à la guerre. Les femmes arrivaient traumatisées – toute la famille massacrée –, violées, séropositives, enceintes, sans un sou. Et puis, heureusement, nous avons eu la trithérapie. Mais, dix ans plus tard, ce sont des aides soignantes, des infirmières, des secrétaires de direction. Ces gens ont 'rebondi' ! Il faut donc se mettre dans la tête que cela vaut vraiment la peine de les aider, qu'ils ne vont pas forcément rester dépendants toute leur vie. ”*

L'ASBL Aquarelle a justement été créée, à l'initiative du Dr Barlow et de son confrère Michel Degueldre, chef du service de gynécologie-obstétrique, à l'intention des femmes qui cumulent la solitude et la grande pauvreté, une population parmi laquelle l'accouchement prématuré est fréquent. Beaucoup d'entre elles sont peu suivies médicalement (voire pas du tout), n'ayant pas accès à la sécurité sociale et vivant souvent dans une grande précarité (près de 70% n'ont que des revenus épisodiques : " petits boulots ", mendicité...). En 2003, 8% des bébés avaient moins de 37 semaines à la naissance, et 34% de 37 à 40 semaines. Le poids à la naissance était de moins de 2,5 kg dans 8% des cas, de 2,5 à 3 kg dans 21% des cas, et de 3 à 4 kg dans 65% des cas. Près de la moitié des familles venaient des pays d'Europe centrale et de l'Est, 27% d'Amérique latine, 12% d'Afrique sub-saharienne et 10% d'Afrique du Nord. Quatre-vingt pour cent des mamans avaient entre 20 et 35 ans. Si 71% d'entre elles avaient un compagnon, 27% étaient seules. Les femmes seules vivent parfois au sein d'une famille ou avec des amis, d'autres sont accueillies pour un temps en maison maternelle, d'autres encore sont absolument isolées.

*“ C'est ce groupe-là qui requiert toute notre attention, souligne l'équipe d'Aquarelle dans son dernier rapport*

*d'activités, car à leur solitude s'ajoute la perte de repères culturels. La famille n'est pas là pour les entourer et leur transmettre le savoir-faire, le savoir-être avec leur bébé. Comme toute maman venant d'accoucher, elles sont parfois bouleversées par la naissance de leur bébé, par le poids de la responsabilité que représente cet enfant qu'elles vont devoir assumer seules. Nous sommes souvent en admiration devant leur courage et leur détermination à s'en sortir. Notre écoute à ce moment-là est importante afin de leur permettre de parler de leurs inquiétudes, de leurs angoisses mais aussi de leurs coutumes et de leurs habitudes. Nous regardons leur bébé avec elles, nous les rassurons sur leurs compétences et sur les compétences de leur bébé, et valorisons ainsi le lien maman-bébé. ”*

Nous avons rencontré deux sages-femmes de l'équipe, Martine Vanderkam et Linda Doeraene. *“ Aquarelle doit intervenir extra-muros autant qu'intra-muros car ces femmes ont souvent peur d'entrer à l'hôpital. Tous les lieux institués sont effrayants pour elles, car elles y voient l'autorité et craignent que cela débouche au bout du compte sur une expulsion. On s'étonne souvent de voir que nous entrons si facilement en contact avec ces familles. Mais nous sommes des sages-femmes, nous apportons des soins, ce qui change sensiblement la donne par rapport à des travailleurs sociaux, par exemple. Nous nous sommes d'abord fait connaître en post-natal, ce qui a permis d'établir une meilleure relation avec l'hôpital. Ensuite, le bouche-à-oreille a fonctionné, amenant des femmes à consulter plus tôt. Un exemple de la qualité du lien qui s'est créé avec l'hôpital ? Lors des récentes grèves à la STIB, des femmes qui avaient rendez-vous sont venues jusqu'à la gare du Nord via De Lijn puis ont traversé à pied tout le centre de Bruxelles jusqu'à Saint-Pierre... ”*

Le but d'Aquarelle est une prise en charge médico-psycho-sociale de la famille, et non seulement de la femme enceinte. Il faut prendre en compte tous les aspects de la vie familiale. Cette prise en charge globale implique évidemment des synergies avec des services et associations extérieurs : l'ONE et Kind & Gezin, bien entendu, mais aussi les CPAS, des centres d'héber-



Le vestiaire d'Aquarelle

gement, des maisons maternelles, des associations pour personnes prostituées, un service de santé mentale pour réfugiés, etc. Aquarelle a également mis sur pied un " vestiaire " à l'intention des femmes sans ressources, géré par des bénévoles de la Croix Rouge et de l'ASBL Curieux de tout; plus de 500 colis sont ainsi distribués chaque année (771 en 2003) : layettes et vêtements mais aussi lits pour bébé, coussins de change, parcs ou poussettes. L'information en prénatal est donnée par deux sages-femmes bénévoles, dont l'une parle portugais et l'autre espagnol et anglais. Pour les autres langues, il est fait appel aux bonnes volontés parmi la famille, les amis ou le personnel de l'hôpital, ou à des services professionnalisés comme le CIRÉ (voir *Bruxelles Santé* n° 27).

Nos interlocutrices insistent sur la diversité des familles auxquelles elles ont affaire. " *Par exemple, les Polonais, à l'exception de ceux qui vivent dans le quart-monde, sont généralement bien organisés, ils tirent parti de toutes les possibilités. Et les hommes travaillent ! Il s'agit d'une migration économique presque planifiée.*

*Il n'en va pas de même pour les 'mamas' africaines, qui ont fui des situations familiales douloureuses ou des violences plus politiques, et qui ont parfois été violées. Les Eglises jouent souvent un rôle très important pour offrir une structure à ces personnes et pour les aider émotionnellement. Elles jouent également ce rôle positif auprès des familles latino-américaines. Celles-ci sont relativement bien organisées, mais elles comptent beaucoup de femmes seules (éventuellement abandonnées par l'homme qui les a amenées en Europe) qui se sont rassemblées et vivent ensemble dans une grande promiscuité. "*

Du côté des gens du voyage, Aquarelle est surtout en contact avec les Tziganes les plus démunis, non pas ceux qui vivent dans leur caravane (les plus aisés) mais ceux qui logent dans des maisons souvent insalubres, et qui vivent de la mendicité... notamment pour payer des loyers scandaleusement élevés en regard de l'état du logement. " *En raison du prix élevé du loyer, souvent ils n'arrivent pas à faire face à leurs obligations, sont mis dehors et doivent trouver*



*un autre point de chute. En fait, ce qu'on leur reproche – ils mentent, ils ne sont pas fiables, ils changent tout le temps de lieu – est dû à ce qui leur est imposé. Leurs conditions de vie sont très dures. Cependant, il faut se défier des fantasmes et des stéréotypes : dans ces familles, l'ambiance est assez chaleureuse et les enfants sont bien traités, même si les adultes ont souvent la main leste... et si les hommes se la coulent douce !”*

*Vanderkam, sont en permanence dans la survie, l'urgence, l'immédiat. Comme si, ayant la tête hors de l'eau, elles pouvaient se noyer à tout instant. Pour travailler avec elles, il faut acquérir un certain lâcher-prise, ne pas trop se fixer sur les résultats à atteindre...”*

Dossier réuni  
par Alain Cherbonnier et Françoise Kinna



© Photo : Marina Cox/Question Santé

Ces familles tziganes sont souvent originaires de Roumanie, où elles étaient maltraitées à tel point que le contraste est encore en faveur de la Belgique ! Mais pas d'angélisme : il n'est pas facile de travailler avec elles. Les rythmes de vie, la représentation et le mode de gestion du temps sont aux antipodes des nôtres (et particulièrement de nos services et de nos institutions); quand on leur donne rendez-vous, on n'est jamais certain de les voir arriver à l'heure, ni même tout simplement se présenter. Mais ceci n'est pas dû qu'à des raisons culturelles, le contexte de vie joue énormément : “ Ces personnes, conclut Martine

1 Deguerry M, De Spiegelaere M, Haelterman E., Logghe P., Wauters I. *Tableau de bord de la santé, région de Bruxelles-Capitale*, 2004. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2004. Le document est disponible à l'Observatoire et sur le site internet [www.observatbru.be](http://www.observatbru.be)

2 La comparaison entre une grande ville – fût-elle aussi, institutionnellement, une région – et des pays entiers pose question. Cependant, on n'a pas vraiment le choix, explique Edwige Haelterman (Observatoire de la Santé et du Social) : “ Je me suis beaucoup servi des données Peristat, qui ne concernent généralement que des pays, pour effectuer des comparaisons européennes : les chiffres nationaux sont plus disponibles, on a peu de chiffres au niveau régional. C'est effectivement moins pertinent que de faire des comparaisons entre grandes villes : Londres, Paris... Mais les comparaisons ne sont pas toujours évidentes, car les données sont parfois recueillies de manières différentes. ”

3 Voir *Bruxelles Santé* n° 25.

4 Allusion au titre du très beau film d'Anne Lévy-Morelle.

## Le théâtre pour thérapie

Le projet, comme souvent, est né d'une passion. Dans le cas présent, il s'agit de celle de Pascale Champagne, psychologue, psychanalyste pour le théâtre. Et plus précisément, pour le Théâtre-Poème. Voici quelques années maintenant que Pascale Champagne travaille avec des adultes, dont certains sont dits psychotiques, à l'hôpital de jour des Cliniques de l'Europe, site Saint-Michel à Etterbeek. Et quelques autres années encore que le "hasard" l'a amenée à collaborer au Théâtre-Poème, à y organiser des tables rondes avec des psychanalystes ou philosophes qui y présentent leurs livres. Et puis, l'occasion s'est un jour présentée de pouvoir y jouer. Une chose entraînant l'autre, l'idée lui est venue de faire des spectacles avec les patients de Saint-Michel, et avec les jeunes adultes et adolescents en difficulté.

J'ai monté trois spectacles avec les patients de Saint-Michel : le premier avec six comédiens en scène à partir d'un texte de Peter Handke, *Introspection*, en 2002. L'année suivante, c'était le très beau texte de Stig Dagerman, *Notre besoin de consolation est impossible à rassasier*, texte testamentaire puisque l'auteur se suicidait peu de temps après. Ils étaient alors huit sur scène. Et enfin, en 2004, *Eldorada et le nouveau monde*, de Gilbert Mérague, un auteur belge, a rassemblé cinq comédiennes sur scène. Ce dernier spectacle a été joué au festival de Seneffe fin août.

Les effets thérapeutiques d'une pratique théâtrale au sens strict sont surprenants et toujours inattendus, c'est dans l'après-coup qu'il est d'ailleurs possible de les penser et d'en dire l'essentiel. Ce qui m'intéresse c'est de faire travailler les patients comme des comédiens professionnels (même s'ils sont sous traitement), ce qui signifie un rythme de travail "professionnel" : les répétitions s'échelonnent sur toute l'année. Elles deviennent de plus en plus nombreuses à l'approche de la première jusqu'à devenir quotidiennes.

La metteur en scène est également de plus en plus présente, elle s'occupe des déplacements sur scène, de la décoration et des costumes. Je me charge moi-même du travail d'interprétation avec les patients. Nous assurons cinq représentations devant un large public, cent spectateurs à la première. Pour des femmes et des hommes qui aiment parfois se dire malades, c'est une véritable révolution! Ils en sortent enthousiastes...

### **Ces spectacles étaient montés avec des adultes, comment en êtes-vous arrivée à faire travailler des jeunes ?**

Les effets extraordinaires sur les adultes – je rappelle qu'il s'agit de personnes qui parfois n'ont pas du tout la possibilité de prendre la parole, ne le supportent pas ou s'en sentent persécutés – m'ont amenée à demander une subvention au Fonds Benoît de la Fondation Roi Baudouin pour lancer un projet de théâtre avec des jeunes adultes en difficulté issus de milieux favorisés, voire extrêmement favorisés. En effet, l'argent est une parole silencieuse qui impose implicitement aux jeunes de se taire et de ne pas se plaindre. Cet enfermement d'où ne sourd aucun désir les mène à la dépression, au décrochage scolaire...

Le théâtre est l'occasion d'entendre ce qui parle en eux depuis longtemps, et qui s'est perdu dans leurs symptômes, une parole de vie, en somme. Un nouveau spectacle, écrit par une des jeunes, est donc né de cette rencontre, avec ses effets étonnants. Il y avait ainsi, parmi les acteurs, une jeune fille extrêmement délirante qui venait d'un centre psychiatrique pour adolescents. Sa situation était telle que tout le monde était persuadé qu'elle ne serait pas là à la première (elle a effectivement été hospitalisée à cinq jours des représentations). Or, cette pièce, c'est la seule chose à laquelle elle s'est accrochée, et elle a été présente à toutes les représentations malgré son hospitalisation. Je savais qu'elle serait là.

### **Comment en êtes-vous venue à travailler avec des Instituts Médico-Pédagogiques (IMP) ?**

Le Théâtre-Poème propose des spectacles de poésie à destination des écoles. J'ai voulu élargir le concept en donnant des textes de poésie à d'autres jeunes : ceux placés dans des institutions pour handicapés, les IMP, si mal nommés puisqu'on n'y rencontre pas de handicapés, mais des jeunes en souffrance. Le principe est le suivant : les jeunes choisissent différents textes parmi ceux proposés, les apprennent par cœur et les disent sur scène en compagnie de comédiens professionnels qui disent les textes non choisis par les jeunes. Dans une ambiance incroyable, on leur demande de choisir un costume, une couleur pour éclairer la scène, on prend des photos, on leur offre des surprises,...

J'ai principalement travaillé avec deux IMP, la Chapelle de Bourgogne et les Cailloux. Les effets de ces représentations produisent encore des remous. Les directeurs des institutions m'ont envoyé des lettres

dans lesquelles des parents reconnaissent avoir appris certaines choses de leurs enfants. Je pense notamment à un enfant adopté, placé pour des raisons assez lourdes et qui avait choisi des textes d'une grande sensibilité. Le fait que ses parents l'entendent dire les textes qui le touchaient les a amenés à percevoir des choses qu'ils n'avaient jamais entendues. Le lien qui existait entre eux a changé depuis.

**Après les jeunes des IMP, vous avez rencontré d'autres jeunes encore, des adolescents en décrochage scolaire.**

Tout à fait. Et dans ce cas-ci, j'ai contacté l'asbl L'Entreliens, qui s'occupe de tels jeunes. Nous avons travaillé sur le thème de la violence avec le spectacle *La violence à l'école, c'est quoi ?*, qui propose des textes sur la violence à l'école mais également le racisme, les camps de concentration, la guerre, les violences sexuelles, la drogue... Textes écrits majoritairement par des adolescents.

Le principe est le même qu'avec les IMP. Les jeunes choisissent des textes, les disent et les comédiens complètent. On répète cinq fois deux heures avant la représentation, sachant que les jeunes vont, viennent, disparaissent, reviennent,... et puis on présente le spectacle une fois.

Là aussi, le spectacle déclenche des réactions inattendues. Ainsi, je me souviens qu'un des jeunes de la Chapelle de Bourgogne a dénoncé pour la première fois un racket dont il était victime à son école et dans le métro. Un autre a dit des textes sur les camps de concentration alors que, quelques semaines auparavant, il dessinait des croix gammées dans son institution sans savoir vraiment ce que cela signifiait. Pour lui, cela a été terrible de réaliser après coup ce que cela représentait. Lors de la représentation il était bouleversant. Il a même demandé à visiter un camp de concentration. C'est donc très important pour les jeunes de lire et de dire ces textes, parce qu'à travers ceux-ci, ils parlent vraiment.

**Qu'apporte donc le théâtre à tous ces jeunes ?**

Le théâtre, c'est d'abord... le silence! Il faut rester immobile, silencieux, respecter les temps de silence entre les mots, les phrases – or, ces silences sont bien souvent extrêmement angoissants pour ces jeunes anxieux. En faisant du théâtre, ils découvrent lentement le poids d'un mot, d'une parole et d'un silence sans que celui-ci les écrase. Ils comprennent qu'ils peuvent soutenir un spectacle, alors qu'au début ils pensent souvent être "nuls", ne pas pouvoir rester sans bouger, ou prendre un ton juste. Puis ils commencent à entrevoir leur capacité à soutenir un texte sans ridicule, à être

écoutés et applaudis. Ils sont touchés et ils touchent les spectateurs.

Leur propre estime – ils pensent souvent n'être qu'un gosse infernal, "le chieur de service",... – revit. Toutes ces choses imaginaires qu'ils se racontent sur leur identité, ou même pire, leur être, en fait, s'effacent progressivement et ils comprennent qu'il y a autre chose en eux, qu'il y a de l'altérité. C'est ça l'altérité, l'Autre qui peut advenir.

C'est un pari génial : l'Autre qui peut advenir en soi. Le théâtre offre la possibilité de parler de manière incarnée et en même temps, comme c'est une représentation, il s'agit d'être dans ce que l'on dit sans être pris totalement. Parce qu'au théâtre, c'est compliqué, il s'agit d'être dans ce que l'on dit avec un espace de jeu. On pourrait dire que le théâtre remet en mouvement quelque chose de la *pulsion invoquante*.

La pulsion invoquante, c'est ce qui est lié à la voix. Différentes pulsions sont tournées vers différents objets (le caca, le sein,...) et il y a cet objet particulier qui est la voix dont Freud n'a pas parlé contrairement à Lacan. La pulsion invoquante, c'est ce qui nous met ou nous remet en mouvement quand on est appelé par l'Autre en soi. Par exemple, écouter de la musique un jour de cafard reconforte : quelque chose se remet en mouvement, comme si la musique entendait en nous cet Autre qu'on appelle l'inconscient (qui ne se réduit pas au fantasme ou à l'imaginaire dans lequel on s'enferme). Cela vaut pour tous les humains. Et après avoir été appelés par la musique, nous devenons *appelant*.

Quand on est amoureux, c'est le même mouvement : nous ne parlons jamais aussi bien que quand nous aimons. Ce qui se remet en mouvement est une sorte d'invocation, une pulsion particulière où l'on est appelé.

Et bien le théâtre, c'est ça, c'est ce mouvement vers et avec le public. Le théâtre re-donne de l'enthousiasme, c'est-à-dire un transport divin, un passage de l'esprit qui fait que le corps est habité. Il donne de la joie à l'âme humaine, là où l'infini touche le fini, une joie particulière au renouvellement du désir de vie. Parler *vraiment*, comme il est demandé aux comédiens de le faire, c'est se livrer à notre chant intérieur que nous ignorons. Il s'agit donc de permettre à chacun des comédiens de se laisser conduire à ce qui parle en lui, qu'il traverse tous les savoirs jusqu'au vertige du vide. Que la voix échappe à l'imaginaire pour résonner dans le silence de la chair. Qu'on retrouve la possibilité de se fier au signifiant. Même pour ceux que l'on appelle *psychotiques*.

Propos recueillis  
par Alain Cherbonnier et Françoise Kinna

## Tout le monde s'appelle Martine ... ou comment l'expression artistique décline la participation.

**Cette représentation théâtrale s'est déroulée au Théâtre les Tanneurs durant une semaine du mois de novembre. Une aventure artistique et humaine où 18 comédiens amateurs se sont essayés au théâtre pour produire une création collective encadrée par la Cie Théâtre ... à suivre. Histoire d'un processus passionnant où la promotion de la santé n'a pas à rougir de s'être pointée. Un membre de l'équipe du CLPS s'y est joint au même titre que les autres participants. Vécu des coulisses...**

### *Quand l'expression artistique interpelle la promotion de la santé*

Il y a de cela quelques numéros, nous avons expliqué le projet du Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles, dans le cadre des Conférences Locales, d'approfondir le lien entre l'expression artistique et la promotion de la santé. A ce sujet, nous avons émis plusieurs hypothèses et notamment souligné l'urgence d'ouvrir des espaces, créer des moyens pour que la parole de certains, citoyens inaudibles car enfermés dans un certain mal être, puisse trouver des lieux, des moyens de s'exprimer. Afin de se remobiliser, plus confiants en leur capacité à entrer en relation et à communiquer. Nous parions sur l'expression artistique car elle représente, à notre sens, une des expressions les plus intimes de notre liberté et, par l'émotion qu'elle suscite, se pose en force fédératrice, reconstructive des liens humains.

Dans le cadre d'un groupe de pilotage pour ces Conférences Locales, le Théâtre les Tanneurs approche le CLPS par rapport à un nouveau projet de création collective avec des habitants du quartier des Marolles. Il souhaite que nous puissions apporter un regard extérieur à la dimension participative de ce projet. Finalement, un membre de l'équipe s'y investit plus directement et y participe au même titre que les autres comédiens amateurs.

### *Un espace de création et d'échanges*

Le théâtre les Tanneurs vit ce paradoxe : être situé au cœur des Marolles, quartier à forte densité de populations socialement et culturellement défavorisées et se positionner comme théâtre de création contemporaine dont la programmation ne concède rien à la facilité.

De ce paradoxe, le Théâtre les Tanneurs opte pour la mise en œuvre d'une philosophie basée sur l'ouverture à la population la plus large, et notamment aux publics culturellement défavorisés, et ainsi vise l'intégration à son environnement.

Animations dans le quartier autour des spectacles de la programmation, créations collectives des habitants encadrés par des professionnels ; autant d'initiatives qui misent sur une véritable ouverture et une accessibilité du lieu, du théâtre et de l'expression artistique.

Pour l'année 2004, comme pour le grand bal des Marolles, le Théâtre les Tanneurs relance des ateliers de théâtre, soutenu par le CPAS de Bruxelles, afin de déboucher au mois de novembre sur un spectacle. Pour recruter les participants, le théâtre s'appuie sur des structures associatives et institutionnelles existant dans le quartier, colle des affiches aux endroits stratégiques, insère une annonce dans le journal de quartier. Les membres de la Compagnie Théâtre... à suivre ont même arpenté les cafés du coin, histoire de causer autrement du théâtre.

Le 10 janvier 2004 se déroule la première rencontre. Le groupe est large : 35 personnes. Très jeunes (10 ans) et plus âgés ; je ne me souviens pas si Guillaume, notre vétéran de 80 ans, était là lors de cette première rencontre. L'ensemble en tout cas dégage une forte hétérogénéité : des nationalités différentes, des expérimentés, des vrais novices, des très causants, des plus timides... Je me rappelle aussi Juanna qui a déjà participé à des ateliers du CREAHM et qui a poursuivi avec nous jusqu'à la fin... Elle se dit très timide. Elle qu'on n'a pu jamais faire taire même dans les moments de trac intense... Georges, notre perfectionniste de service, peut vous le confirmer. Patricia Balleti, la coordinatrice du projet de quartier au sein des Tanneurs, présente le projet. A ses côtés, l'équipe artistique de la Cie Théâtre ... à suivre : Luc Fonteyn metteur en scène, Nathalie Rjewsky et

Muriel Clairembourg : comédiennes. De samedi matin en samedi matin, nous nous retrouvons. Nous travaillons l'improvisation, la voix, le mouvement ; apprivoisons l'espace mais aussi chacune des personnes. Curieux apprentissage où nous allons intégrer les prénoms par des jeux, fixer les visages et les corps par des mouvements, de longs arrêts pour que s'inscrive en chacun une parcelle de l'autre.

### *Un processus participatif garant d'une vraie place, d'une juste parole*

Quelle analyse, encore un peu à chaud, peut en tirer le CLPS en terme de processus ?

Le résultat de ce travail, un spectacle théâtral dans toute sa splendeur, a connu un accueil très chaleureux mais, pour le CLPS, l'intérêt reste de comprendre les enjeux de la participation dans une démarche artistique et de les vivre auprès des intéressés.

Il faut reconnaître que le processus en a découragé plus d'un. Il prend du temps, demande à chacun de s'investir et de se délester de l'envie d'être pris totalement en charge. Tous, nous avons été en recherche. L'équipe artistique en première ligne.

Nous avons exploré l'espace de la scène mais aussi cherché ce qui pouvait faire lien entre nous. Que voulions nous dire ? Partager des rêves, des angoisses, jouer du merveilleux, se moquer, oublier. Tout a été jeté : l'un chante du Daho à capella, l'autre aime à s'étendre sur la richesse de l'univers, de la nature et des folklores, celui-ci vient avec des poèmes, une autre avec un rêve. Que faire de toutes ces disparités et ces désirs d'exprimer sa singularité ? Comment arriver à une parole collective et fédératrice ? Trouver une place pour chacun tout en gardant le singulier et en respectant toutes les différences ? Et puis une autre : « quand j'étais petite, je m'identifiais à Martine dans " le petit rat de l'opéra " ». De ce souvenir, très vite naissent des échanges entre les participants. Tous nous avons un avis sur Martine (livres illustrés pour enfants des années 60). Ou, en d'autres mots, chacun se fait une représentation, en fonction de son vécu, de l'univers de Martine. Nous avons trouvé le point " rassembleur ". A partir de cet intérêt collectif, des ateliers d'écriture - animés par la dramaturge Laurence Kahn - ont été mis en place. Et, à partir de ces écrits, ces prises de position " moi je ", Laurence Kahn travaille à reconstituer un puzzle remodelant certaines pièces en s'inspirant des impros afin de tisser le texte du spectacle. Chacun apportant sa pièce personnelle pour constituer cette œuvre collective. Nous construisons ce que nous voulions dire de ce

monde de Martine, trop lisse, si loin de notre réalité. Sans jouer dans la caricature, en apportant notre parole unique. Le texte appris, il faut trouver, avec l'aide précieuse des comédiens, le ton, la voix, la forme...un vrai travail pour surmonter ses résistances personnelles. Dix-huit comédiens sur une scène, c'est aussi arriver à un filage fluide : que d'heures passées à s'arrêter, chercher, recommencer pour être au plus précis, au plus vrai de ce que nous avons à faire entendre et sentir.

Ce processus est lent, ponctué de plaisir, de fous rires comme de moments plus douloureux : dire juste n'est pas facile ; il faut explorer ce qu'on a trop longtemps passé sous silence par peur et pudeur. Travailler ensemble en groupe, c'est aussi vivre des tensions, dépasser des comportements ou sentiments d'exclusion que certains adoptent en guise de protection. Travailler en groupe, c'est aussi être surpris de voir que le courant passe entre des êtres parfois tellement différents et qu'ensemble on peut être proche le temps d'un travail. Le temps d'un spectacle. Ou plus encore pour certains. Et qu'on peut prendre de l'énergie à reprendre la route parce " qu'on croyait qu'on était tout seul mais qu'en fait on est tout plein à être tout seul "...

Le spectacle " Tout le monde s'appelle Martine ", fruit de ce travail collectif, est un des résultats de ce projet global. Mais d'autres résultats, effets personnels et collectifs sont engendrés tout au long d'un tel processus.

Etre acteur sur scène c'est aussi une façon de se remobiliser pour être davantage acteur de sa vie et de sa santé.

*Patricia Thiébaud*

.....  
Avec : David Alpen, Victor Burton, Georges Charuel, Geneviève Danlois, Mickael Diakite, Marie et Nela Djangani, Tracy Engo, Jean-Louis Froment, Guillaume Francq, Ingrid Lapiere, Laszlo Mechler, Vanderlan Marques, Catherine Martin, Gemma Mattiussi, Valérie Muller Kurz, Juanna Pollefait, Patricia Thiébaud, Renilda et Vanessa Van Diest.

La scénographie est assurée par Christine Flasschoen, assistée de Samuel Dronet.

Sans oublier l'équipe technique des Tanneurs : Sébastien Courtoy, Marc Defrise, Christophe Lagneaux, Thomas Hermignies

Et le soutien de Béatrice Van Leuven.

### **Un casino à Bruxelles : coup de chance ou de malchance ?**

L'ouverture prochaine d'un casino à Bruxelles est l'occasion de réfléchir sur les conséquences en matière de santé des décisions politiques et, osons rêver, d'esquisser des critères auxquels devrait répondre toute décision politique.

Pour le politique un casino représente une manne céleste indéniable. Lorsque la question a été débattue au niveau fédéral, l'argument politiquement correct renvoyé aux rares empêcheurs de jouer en rond précisait que Bruxelles allait enfin récupérer son lot de joueurs qui s'en allaient dépenser leur argent ailleurs. Pour Bruxelles donc, un réel ballon d'oxygène et, au niveau du pays et de ses habitants, un jeu à somme nulle.

Il aura fallu la sonnette d'alarme tirée par la clinique du jeu Dostoïevski pour rappeler que la majorité de la population qui fréquente un casino présente déjà des comportements à risques, voire pour certains de réels problèmes de dépendance au jeu avec son cortège de souffrances psychiques, sociales et financières. Ensuite l'ouverture d'un nouvel espace de jeux de hasard génère un effet de proximité qui augmente directement le nombre de joueurs au sein des populations avoisinantes. La seule combinaison de ces deux éléments avec le dernier rapport bruxellois sur la pauvreté qui souligne la croissance du phénomène d'endettement ne peut laisser indifférent aucun acteur politique.

Mais de ce constat à l'action il reste une marge de travail énorme que pourraient bien aider à combler les fondements de la promotion de la santé. Suivant l'entendement que j'en ai, toute décision politique a du sens lorsqu'elle...

- génère de la confiance,
- renforce les solidarités,
- garantit un impact positif sur le long terme,
- valorise tant les acquis que les ressources locales,
- garantit des effets démultiplicateurs.

Comment dès lors envisager l'ouverture d'un casino en respectant ces critères ? Quelques pistes de réflexion : travailler sur l'affectation des moyens financiers, le soutien aux acteurs de la prévention, la formation du personnel du casino, les règlements. Autant d'éléments à débattre avec la participation des multiples acteurs concernés. Histoire

de faire de ce casino un réel coup de chance non seulement pour Bruxelles mais surtout pour les Bruxellois.

**André du Bus**  
**Député bruxellois**  
**Chef du groupe cdH de la Cocof**

### **Menaces sur les réseaux en santé : aussitôt créés, aussitôt enterrés ?**

A l'issue des premières Assises de l'ambulatoire bruxellois du social et de la santé portées par Didier Gosuin, 9 réseaux en santé ont vu le jour.

Composés de partenaires associatifs relevant tant de la santé que des secteurs sociaux, ils ont été choisis pour la pertinence de leur thématique centrale (précarité, alcoolisme, diabète, urgences) ou de leur territoire d'implantation (les Marolles, le canal, Berchem...).

Ces réseaux en santé font participer directement l'usager, le patient, le citoyen bruxellois.

Les budgets 2003 et 2004 ont permis de dégager des moyens financiers pour entreprendre ces initiatives.

Le budget 2005 ne prévoit quasiment pas de moyens. Seuls 100.000 euros sont prévus au lieu des 300.000 euros nécessaires au moins pour poursuivre et développer la politique de transversalité.

Le groupe MR entend défendre la poursuite et le développement des réseaux santé.

**Pour le groupe MR  
Caroline PERSOONS,  
Présidente de groupe**

### **Vous avez dit " réseaux " ?**

Lors d'une journée sur l'enfant hospitalisé organisée par le réseau Canal Santé, j'ai eu l'occasion de m'exprimer sur la notion de réseau. Ce concept, à mon sens, recèle 2 priorités principales : d'une part, ne pas laisser un usager dans une faille de l'offre de services mais bien au contraire organiser autour de ses besoins (si souvent complexes) un système performant, d'autre part, permettre un échange de (bonnes) pratiques et réflexions en vue de la construction de référentiels communs, enrichis des savoirs et des expériences de toutes les composantes du réseau, tournant délibérément le dos aux éventuelles représentations négatives mutuelles. Bref des ponts et des brassages d'intelligences plutôt que des frontières.

Le budget de la Cocof, reconnaît, pour la première fois sous la forme d'un article budgétaire spécifique, le subventionnement des réseaux. Il convient que le responsable politique offre à ces réseaux les moyens qui lui seront nécessaires à être performants : sous la forme de temps, de personnel coordinateur, d'outils méthodologiques, voire sous la forme d'un cadre législatif souple. Il n'est pas question pour lui d'imposer mais de donner le coup de pouce nécessaire au soutien de ce qui existe déjà sur le terrain ou à de nouvelles éclosions.

Le monde politique doit lui aussi travailler en réseau : avec lui-même en tentant de répondre aux saucissonnages imposés par notre système institutionnel très compliqué et, ouvert sur l'extérieur, avec ceux qui connaissent la réalité du terrain. Le travail en réseau s'impose également avec les administrations. En d'autres termes, l'invitation est lancée : pourquoi pas un réseau associatif/ usagers/ parlementaires/ services publics ? A réfléchir et à construire à l'occasion de la mise en place du pacte associatif figurant dans la déclaration gouvernementale.

**Dominique Braeckman  
Présidente du groupe Ecolo à la Cocof**

# Annonces

► **“ Regards croisés sur la sexualité ”, cycle de séminaires**

30.01.2005 : Les stéréotypes de genre et les violences dans les couples

17.02.2005 : Les jeunes, la sexualité, le bien-être et le risque

17.03.2005 : L' éducation sexuelle, une éducation à la peur ?

21.04.2005 : L' influence des médias sur les jeunes

19.05.2005 : Du bouleversement (...ou non) des relations amoureuses et du couple, en termes de représentations, de normes et de comportements.

**Pour infos :**

Entrée gratuite. Inscription obligatoire au plus tard 8 jours avant la séance.

Observatoire du sida et des sexualités

Bd du Jardin Botanique, 43 – 1000 Bruxelles

Fax : 02.211.79.95

E-mail : observatoire@fusl.ac.be

► **“ La fibromyalgie, un guide pour tous ”**

Une brochure de 40 pages, illustrée par Serdu et éditée par la Ligue Belge Francophone des Patients Fibromyalgiques.

Au sommaire : symptômes principaux ; critères de classification de la fibromyalgie ; symptômes associés ; causes et mécanismes ; prise en charge ; conséquences de la fibromyalgie.

**Pour l'obtenir :** versez 5 € pour la brochure et 0,88 € de frais de port sur le compte 000-0506034-82 de la L.B.F.P.F.

► **“ Mes neurones et moi ” : une brochure et un site pour mieux comprendre le cerveau et ses complexités.**

Qu'est-ce que la dépression? Ou l'hyperkinésie? Comment peut-on les soigner aujourd'hui? Comment les soignera-t-on demain? Est-il possible de renforcer notre mémoire ou d'améliorer notre intelligence? De modifier nos émotions? La maladie d'Alzheimer, la schizophrénie, et ces autres maladies qui font peur, vont-elles livrer leurs secrets?... Les récentes évolutions scientifiques apportent une série d'espoirs, mais soulèvent aussi des questions et des inquiétudes.

À partir de douze histoires, les auteurs (Karin Rondia et Peter Raeymaekers) nous invitent à mieux comprendre et nous expliquent l'importance de nouvelles idées comme la plasticité du cerveau, ou les soubassements neuronaux de l'esprit. Ils mettent aussi en lumière les récentes évolutions des neurosciences et de la connaissance du cerveau, les tensions et les questions qu'elles posent. Et en fin de chaque chapitre, ils nous proposent de poursuivre la lecture grâce à une sélection de livres, publications et sites internet. Un 'abc de nos neurones', information scientifique de base sur le cerveau, complète la brochure.

**Pour infos :**

Vous pouvez directement télécharger la brochure ou la demander gratuitement au Centre de contact de la Fondation Roi Baudouin par téléphone au 070- 23 30 65 ou par e-mail à publi@kbs-frb.be.

Secrétariat de rédaction :  
Françoise Kinna

Comité de rédaction :  
Dr Robert Bontemps  
Alain Cherbonnier  
Myriam De Spiegelaere  
Michel Hemmerlyckx  
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.