

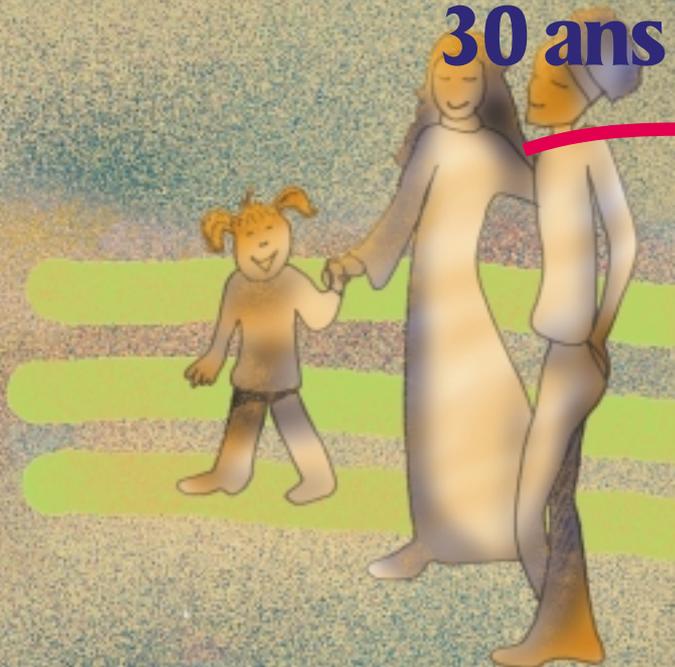
BRUXELLES SANTÉ

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°46 - avril - mai - juin 2007 - ISSN 1371 - 2519



N°46

L'associatif santé bruxellois : 30 ans après (3^{ème} partie)



En direct du...

Centre de soins de jour
IIIème Millénairepages 2 à 6

Bouquins malinspages 7 à 9

Dossier

L'associatif santé bruxellois
(suite et fin)pages 10 à 17

Echo du CLPS de Bruxelles

La créativité en appétitpages 18 et 19

Initiative

L'enfant malade et hospitalisé au centre
d'un nouveau site webpages 20 et 21

Elargissons le débatpages 22 et 23

Annoncespage 24

Centre de soins de jour IIIème Millénaire

Non, il ne s'agit pas d'un nouveau projet de quartier. Le nom est tout simplement celui d'un centre de soins de jour situé à Ixelles, qui accueille les personnes âgées en difficulté physique ou mentale vivant à domicile.

Un lieu charnière entre le “ tout domicile ” et le “ tout placement ” qui permet de maintenir chez elles, le plus longtemps possible, les personnes plus fragilisées par les aléas de la vieillesse.

Une alternative qui, en ce début du troisième millénaire, est amenée à se développer avec le vieillissement de la population.

8h30, chaussée de Vleurgat. Alors que les derniers retardataires s'engouffrent en courant au Centre scolaire Saint-Vincent de Paul – Enfant Jésus, d'autres, cheveux gris, pas mesurés, aidés ou non, commencent à entrer au 61, le bâtiment voisin qui abrite le Centre de soins de jour IIIème Millénaire (CSJ). Les membres de l'équipe sont déjà là et accueillent chaleureusement les uns et les autres. Une nouvelle journée commence... Le rituel matinal est le même depuis que le centre a ouvert ses portes il y a trois ans. Aujourd'hui, ils sont une dizaine d'ânés, âgés de 70 à 80 ans, à fréquenter les lieux, certains depuis des années comme cette dame qui vient là depuis dix-huit ans !



Le centre ixellois est en effet le fruit d'une longue histoire qui a démarré voilà plus de vingt ans sous l'action de militants de la Mutualité chrétienne Saint-Michel. Leur idée : créer un lieu hors domicile et hors maison de repos pour des personnes désirant à la fois continuer à vivre chez elles et maintenir un lien social important. Leurs efforts furent récompensés puisque, le 1er juin 1985, le Centre de jour Malibran démarrait ses activités dans la rue du même nom: une première en région bruxelloise. En 1992, la Communauté française, qui avait suivi de près cette initiative originale, le reconnaissait comme centre-pilote. A la suite de l'évolution de la législation sur la prise en charge de la personne âgée¹, le centre était rebaptisé Centre de soins de jour Illème Millénaire en 2004. Un changement de nom qui serait suivi quelques mois plus tard d'un nouveau cadre : en 2006, le centre s'installait dans ses nouveaux locaux aménagés au rez-de-chaussée de la Résidence du Puy, une maison de repos et de soins (MRS) située chaussée de Vleurgat, entre les étangs d'Ixelles, la place Flagey et l'avenue Louise.

Les centres de soins de jours, des services mal connus

Le CSJ Illème Millénaire fait partie des huit centres bruxellois qui prennent en charge les personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie et nécessitant un accompagnement et des soins pendant la journée. A Ixelles, les bénéficiaires sont accueillis du lundi au vendredi entre 8h30 et 17h, généralement pour six heures. Certains d'entre eux viennent tous les jours, d'autres non, souligne Jean Delcorps, le directeur : « On peut ne venir qu'une fois par semaine, il n'y a pas d'obligation de ce point de vue. Mais je préfère qu'ils viennent plutôt deux ou trois fois par semaine parce que là nous pouvons vraiment entretenir ce que nous faisons avec eux ici. »

La capacité d'accueil est de 20 personnes.

Le prix pour une journée, transport inclus, s'élève à une douzaine d'euros, mais un supplément est généralement demandé pour certains services (pédicure, coiffeur).

Deux critères conditionnent l'admission des bénéficiaires : être en ordre de cotisations de mutuelle et avoir un certain degré de dépendance (forfait B ou C sur l'échelle de Katz). Daniel Martin, infirmier : « Je trouve que l'on met la barre un peu haut : parfois les personnes âgées doivent être trop dépendantes pour venir dans un centre. Indépendamment de cela, je pense que c'est vraiment un lieu qui permet le maintien à domicile de personnes qui ne pourraient plus y rester parce que c'est une trop grande charge pour les membres de la famille qui travaillent ou parce que le conjoint est trop âgé. Les CSJ sont de bonnes initiatives, mais ils sont encore peu nombreux et on les connaît encore trop peu². »

Lieu de vie et de soins

Les journées au CSJ sont rythmées par des moments de convivialité, de repas, de soins et d'activités. Celles-ci sont ciblées en tenant compte des potentiels et des déficits de chacun et sont gérées par l'animateur et l'ergothérapeute, qui utilisent tous deux la méthode du « dossier de vie ». Ce dossier reprend tous les points d'ancrage qui sont tirés de la vie de l'usager et qui vont permettre de construire avec lui – et ses proches – un projet de vie. Le rôle de la famille est à cet égard prépondérant : généralement, le centre établit avec elle un contrat et respecte ses desiderata concernant le parent âgé. Le CSJ propose différentes activités manuelles, intellectuelles et ludiques qui sont faites ou non en groupe. Pour Jean Delcorps, le plus important n'est pas seulement de proposer des activités qui leur conviennent, mais surtout celles qui vont maintenir leurs potentiels.



Pour Sabine Diépart, ergothérapeute, la démarche va même au-delà : « J'essaie d'adapter l'activité aux possibilités de chacun pour pouvoir réaliser aussi des objets valorisants. Nous avons par exemple, à l'entrée, une vitrine où sont exposés des coussins brodés, des nappes, des

paniers en osier que nous faisons ici. Nous essayons de faire de beaux articles pour pouvoir les vendre. »

L'entretien de la mémoire, autre axe important d'intervention, est un des objectifs poursuivis dans les ateliers cognitifs animés par Jean-Pierre De Kneef: « Les jeux de société tels que le Trivial Pursuit, le Loto, le Bingo ou encore le Bruxelles-vous³ rencontrent toujours un vif succès auprès de nos bénéficiaires. Au fil des années, ils sont bien sûr un peu plus lents, mais ils participent toujours volontiers aux différentes activités. »

A toutes les activités ? Pas si sûr... Le programme des lieux prévoit une séance de gymnastique bi-hebdomadaire, activité qui n'est pas du goût de tous les usagers. Jean Delcorps : « Ce que nous recherchons avant tout, c'est leur bien-être. Nous voulons qu'ils soient bien dans ce qu'ils ont encore envie de vivre. Si cela passe par la couture, la relaxation ou un peu de télévision, c'est très bien. Mais cela doit se combiner avec le mouvement, car il faut continuer à entretenir le physique et la santé. C'est l'option que nous avons choisie depuis deux ans. Il y a bien sûr quelques irréductibles, mais tant pis : les autres bougent. Nous ne demandons rien qu'ils ne puissent faire. »



Les exercices proposés restent relativement simples : faire fonctionner tous les muscles, marcher (promenades), jouer au ballon, etc. Les séances de relaxation, par contre, que Jean-Pierre De Kneef accompagne de musique douce, sont fort appréciées des aînés, tout comme les soins de confort (bains de relaxation, coiffure, pédicure). Enfin, quelques sorties complètent l'éventail des activités. Il s'agit le plus souvent de spectacles⁴ joués aux quatre coins de la capitale.

Les activités et les soins sont gérés par l'équipe du centre, qui compte également une assistante sociale, une aide-soignante, un chauffeur et un infirmier en santé communautaire. Dans le cadre de sa mission d'éducation à la santé, ce dernier organise une conférence mensuelle (sur la grippe, les vaccins...) qu'il fait suivre d'une séance de questions-réponses. Si le rôle de chacun est bien défini, les membres de l'équipe restent cependant assez polyvalents dans l'accomplissement des tâches administratives, des petits soins, des animations, de la gymnastique... Il n'est pas rare que leur aide aux bénéficiaires se poursuive au-delà des murs de l'institution. Daniel Martin : « *Nous sortons un peu de notre rôle, mais nous le faisons pour beaucoup de nos usagers: accompagner tel monsieur chez un médecin ou chez un spécialiste, aller faire des courses avec telle dame, etc.* »

Travail en partenariat

Le CSJ fait partie intégrante des services d'aide aux personnes âgées. Tantôt il coordonne, tantôt il fait partie d'une coordination; tout dépend du moment où il intervient. Jean Delcorps : « *Nous ne travaillons jamais en porte à faux, nous sommes toujours complémentaires. Même quand nous sommes très envahissants parce que nous avons à peu près la gestion générale de la personne.* »



Les partenaires privilégiés du centre sont les services de soins à domicile, tels que Bruxelles Assistance, pour la coordination des infirmières, des aides familiales, des ménagères et des repas à domicile ; les médecins, soit à l'entrée pour établir le dossier médical, soit à titre de conseil, soit en accompagnement lors des visites ; les autres structures d'accueil comme les hôpitaux, les centres de revalidation, les MRS ; et enfin, tout autre service qui « gravite » autour du bénéficiaire.

Tout en étant un organe indépendant de la maison de repos où se trouve ses locaux, le centre ixellois entretient des liens étroits avec elle. Les deux institutions se partagent ainsi l'utilisation de la salle d'ergothérapie, de certaines pièces d'eau (douches, bains de confort) ou encore du vaste jardin ombragé qui se trouve au-delà de leurs terrasses respectives. Autre exemple : les repas de midi viennent de la cuisine de la Résidence du Puy. « *En cas de besoin, explique le directeur, qui par ailleurs est le directeur-adjoint de la MRS, nous pouvons toujours demander les services d'un de leurs infirmiers si le nôtre est, par exemple, absent.* »

C'est cela aussi l'avantage d'être en cohabitation, cela se fait très simplement. » Les bénéficiaires qui ne peuvent plus rester chez eux et qui souhaiteraient rejoindre la résidence peuvent en faire la demande via l'assistante sociale. Ils sont prioritaires mais ne sont toutefois pas obligés de choisir l'institution voisine, souligne-t-on du côté du centre. Celui-ci peut entreprendre la même démarche auprès de toute autre MRS à la demande du bénéficiaire et de sa famille.

Jean Delcorps : *« Le CSJ me paraît être un lieu qui permet un non déracinement. Par contre, j'estime aussi, en tant que gestionnaire de maison de repos, qu'il y a un moment pour se déraciner. Si c'est trop tôt, c'est un peu "bête", si c'est trop tard, on ne crée plus de vie. Par contre, si c'est au bon moment – le bon moment n'est pas une question d'âge, c'est plutôt une question générale –, on entre, on se sent encore bien et on peut recréer des liens, se faire une vie relationnelle et affective avec les autres résidents, le personnel, etc. Si vous entrez grabataire dans une maison de repos, il vous sera difficile de tisser de nouveaux liens. »* Mais généralement le choix d'une MRS n'intervient qu'en dernier lieu, quand le centre de soins de jour ne peut plus maintenir à domicile la personne âgée. A cet égard, son slogan est très clair: « venez chez nous pour rester chez vous ». 📄

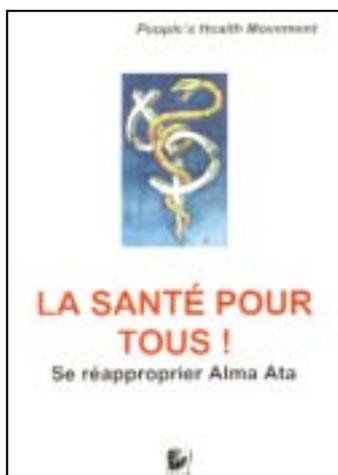


Centre de soins de jour Illème Millénaire
Personne de contact : Daniel Martin
61-63 Chaussée de Vleurgat, 1050 Bruxelles
Tél. : 02 / 639 34 96 - Fax : 02 / 639 34 20
Courriel : centresoinsdejour@acis-group.org
Site : www.acis-group.org



- 1 Cette modification date de 2003.
- 2 Le centre participera au colloque « Vieillir ! Rester acteur bientraitant et bientraité » organisé le 15 juin 2007 par Home-Info et Infor-Homes asbl à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre la maltraitance des personnes âgées.
- 3 Jeu qui porte sur la connaissance de Bruxelles et, par extension, de la Belgique.
- 4 Ces sorties sont prises en charge par la COCOF et sont donc gratuites pour les bénéficiaires.

La santé pour tous !
Se réapproprier Alma Ata
People's Health Movement – Genève, CETIM, 2007



Comme chacun sait, les membres de l'Organisation Mondiale de la Santé sont des Etats. Et, malgré la Déclaration d'Alma Ata (1978), dans laquelle cette organisation mettait en avant les soins de première ligne et les besoins de santé des communautés de base, dès 1985, « des organisations populaires

réalisèrent que l'Assemblée mondiale de la santé de l'OMS était incapable de porter les voix des peuples, qu'un nouveau forum était nécessaire » (p. 6). Il faudra toutefois attendre quinze ans pour que la première Assemblée populaire de la santé se tienne au Bangladesh et que soit fondé le People's Health Movement (Mouvement populaire de la santé). Aujourd'hui, dans ce livre publié par le Centre Europe-Tiers Monde, ce mouvement cherche à promouvoir l'idée – chère au regretté Jonathan Mann – que la santé des populations est indissociable de la lutte contre la pauvreté, pour la justice sociale et la paix.

Ce qui vient à point nommé nous rappeler que la santé est une question *politique* et non une simple affaire médicale. Chose que devrait déjà nous avoir apprise la Charte d'Ottawa, également pondue par l'OMS (1986) et restée également lettre morte à l'échelle internationale. Chose que nous ont remémoré aussi deux interventions récentes particulièrement bien venues : celle de Jacques Bury lors du 7e colloque francophone des Villes-Santé de l'OMS, en 2004, à Bruxelles («Promotion de la santé : et si vos objectifs étaient invouables ?») et celle de Brigitte Sandrin-Berthon à la 3e Université francophone de santé publique, en juillet dernier, à Besançon («Promotion de la santé : de la théorie à la pratique... ou à quoi servent les déclarations solennelles de l'OMS ?»)¹.

L'ouvrage du PHM, signé par une trentaine d'auteurs, se situe clairement dans le mouvement tiers-mondiste,

comme on disait naguère, ou altermondialiste, pour employer le vocabulaire actuel. Si vous êtes allergique, arrêtez-vous ici. Si vous êtes curieux d'entendre un autre discours que celui que les médias nous serinent continuellement, penchez-vous sur ces quelque 330 pages. Qui commencent fort avec le premier chapitre, «Vie et mort des soins de santé primaires», et se poursuivent tout aussi vivement avec la deuxième partie, «Les causes éludées de la mauvaise santé des peuples» (mondialisation néolibérale, pauvreté, destruction de l'écosystème, guerres). Mais tout l'ouvrage n'est pas consacré à une analyse critique, la troisième partie formule des propositions, que ce soit en matière d'économie, d'éducation, de santé des femmes ou de financement des soins. Enfin, la quatrième partie propose «des actions exemplaires de mise en œuvre des principes d'Alma Ata». Cette exemplarité est d'ailleurs quelque peu «unilatérale» à certains moments (par exemple à propos du système de santé cubain et des réformes introduites par Chavez au Venezuela), mais c'est la loi du genre militant. On invitera donc le lecteur à rester critique mais, par les temps qui courent, il est rafraîchissant de lire autre chose que des succédanés de pensée unique («de toute façon on ne peut rien faire», «c'est la loi du marché», «il n'y a pas d'alternative», etc.). En plus, c'est pas cher : 10 € ! Adresse de l'éditeur : cetim@bluewin.ch

Ma guerre contre la guerre au terrorisme
Terry JONES, Flammarion, 2006

Toujours pour se laver les neurones du bourrage de crâne, on peut recommander en passant ce petit bouquin, qui est en fait un recueil d'articles. D'où parfois certaines redites, mais ce n'est pas grave. Une lecture décapante, où l'un des Monty Python, par ailleurs historien, nous rappelle qu'une guerre repose



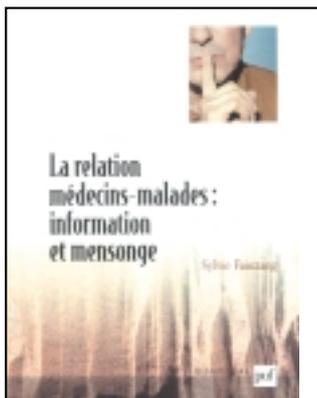
aussi sur un langage, un vocabulaire, un discours. Et peut donc aussi être combattue par les mots, l'humour, la

satire. Un exemple ? *« Il y a une chose qui m'inquiète particulièrement dans la "guerre au terrorisme" du président Bush : c'est la grammaire. Comment livre-t-on une guerre contre un substantif abstrait ? Comment le "terrorisme" pourra-t-il capituler ? Les linguistes savent qu'il est très compliqué d'obliger un substantif abstrait à se rendre. »* Jones démontre d'ailleurs, en citant simplement les partisans de la guerre, que le discours développé par ceux-ci est très consciemment construit pour formater la pensée du public. Un livre recommandable pour l'hygiène intellectuelle !

**La relation médecins-malades :
information et mensonges**
Sylvie FAINZANG,
Presses universitaires de France, 2006

L'autonomie du patient et son « consentement éclairé » sont aujourd'hui des valeurs unanimement reconnues. Son droit à l'information est coulé dans des textes juridiques. L'information des patients est présentée comme un facteur positif, favorisant leur adhésion au traitement. Ils sont invités à être « acteurs de leur santé », on les y incite ou même on leur en intime l'ordre. Des médecins s'exclament : « aujourd'hui, on leur dit tout ! » Ne serait-ce qu'en raison de la peur du procès, certains thérapeutes font signer à leur patient un document attestant qu'ils ont été bien renseignés... Mais qu'en est-il en réalité de la qualité de l'information des patients ? La fréquentation, même anecdotique, d'un service de soins, l'écoute d'infirmières et d'aides soignantes montrent que les malades se déclarent fréquemment peu ou mal informés par les médecins, voire pas du tout. Certains craignent même d'être trompés par leur thérapeute. D'autres s'exaspèrent des messages contradictoires qu'ils reçoivent des divers soignants.

La recherche menée par l'anthropologue Sylvie Fainzang en milieu hospitalier (notamment en oncologie) confirme non seulement cette dichotomie entre



le discours et les pratiques, elle va plus loin en montrant que le mensonge est au cœur de la relation médecins/malades. Non que les premiers soient des obsédés de la dissimulation, pour des raisons inavouables de maintien du vilain « pouvoir médical », ni que les seconds cherchent à tout prix à se montrer tantôt de « bons malades » obéissants et taciturnes, tantôt des militants vociférant les Droits du Patient. C'est plus compliqué que cela : les patients eux-mêmes, d'ailleurs, ne « disent pas tout » à leur médecin !

L'objet de ce travail n'est pas de donner une réponse de plus à la question : est-il préférable pour le patient de lui dire la vérité ? C'est de déceler les arguments, la rationalité qui sont invoqués pour expliquer les conduites de mensonge². Et ce qui apparaît, c'est notamment que cette rationalité n'est pas seulement d'ordre psychologique (« j'ai peur de lui dire la vérité », « il va craquer », « il va me contester », « il ne suivra pas le traitement », etc.) mais aussi et surtout d'ordre social – les positions respectives, forcément inégales, du malade et du soignant – et sociologique : celui qui est perçu par le médecin comme incapable de comprendre (d'accepter) le discours médical sera écarté de l'information, tandis que celui qui est considéré comme intellectuellement « capable » sera traité d'une tout autre manière. « Tu peux y aller, c'est une prof », dit au téléphone, devant sa patiente, le médecin traitant à l'oncologue de celle-ci. Parallèlement, les malades dont le statut social est vu – y compris par eux-mêmes – comme inférieur hésitent à « demander », à poser des questions, se soumettent plus facilement à l'autorité médicale. Encourageant par là même les praticiens pour qui l'information doit être essentiellement la réponse à une demande et le degré de précision de la réponse, proportionnel au degré de précision de la question !

En analysant la relation médecin/patient comme une relation sociale parmi d'autres (même si très particulière), l'auteur nous rappelle à bon escient que, dans cette relation-là aussi, il y a tout à la fois de la collaboration, de la complicité ET du conflit, de la crainte, de la rivalité : *« A l'intérieur de cette relation, chacun gère sa parole et s'interroge sur les paroles de l'autre, et chacun cherche à acquérir un pouvoir à travers l'usage qu'il en fera. »* De part et d'autre, le mensonge apparaît comme une interaction adaptative : *« le mensonge opère une action symétrique, tout à la fois instrument de reproduction*

des rapports sociaux entre médecins et malades, et de subversion des rôles nouveaux que la société leur confère ou leur reconnaît.»

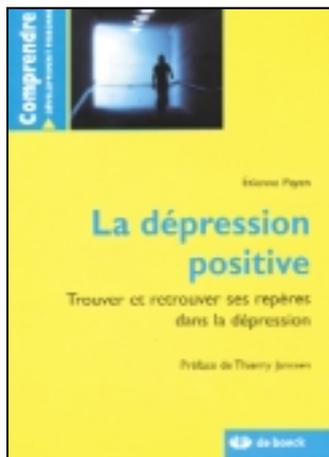
La dépression positive

Etienne PAYEN, De Boeck, 2007

La dépression a un début et une fin : cette simple affirmation met déjà du baume au cœur de bon nombre de dépressifs et/ou proches de dépressifs. Le constat du Dr Payen est simple : quand on est confronté à la dépression, on présente du jour au lendemain des comportements et des réactions différents de la personne que l'on était auparavant : on se retrouve en terre inconnue. Et quand on se retrouve en terre inconnue quoi de plus précieux qu'une carte routière ? La courbe de la dépression imaginée par l'auteur en tient lieu. Attention, ce n'est qu'un outil pour savoir où l'on est, où l'on va ; il n'est pas plus simple de s'en sortir car, comme quand on est perdu, il faut marcher, escalader des buttes, franchir des ponts.

Ce livre s'adresse à la personne dépressive où qu'elle se situe dans la dépression : qu'elle se rende compte qu'elle est au bord du trou, au fond du fond ou en train de remonter. Il est aussi destiné aux médecins généralistes, psychologues, psychothérapeutes et professionnels de la santé mentale confrontés à la dépression de patients. L'idée de réaliser une courbe de la dépression pour permettre au patient de se situer est née le jour où une dame, en larmes, a demandé au thérapeute de " redevenir comme avant ". La réponse d'Etienne Payen a été : " Et si vous étiez mieux qu'avant ? " Quelques instants plus tard, la courbe était griffonnée. Elle est émaillée à chaque étape de témoignages, d'analogies claires et vivantes, bien loin du jargon psychologisant qui laisse les profanes sur le bord de la route.

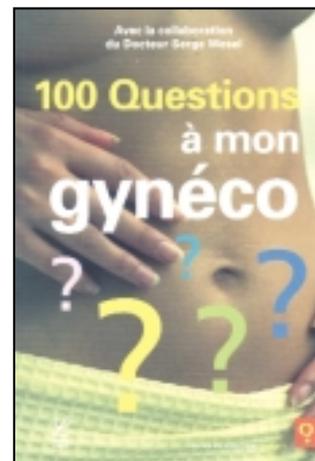
Un livre court, clair, agréable à lire et plein d'espoir.



100 questions à mon gynéco

Avec la collaboration du Dr Serge WESEL, Labor, 2006

Dans cet ouvrage, le Dr Wesel, qui a dirigé pendant 36 ans un service de gynécologie-obstétrique, répond aux questions le plus souvent posées lors des consultations. Des questions qui accompagnent les femmes de l'âge des premières règles à la période postménopause. « A quel âge dois-je aller pour la



première fois chez un gynécologue ? Quel moyen de contraception choisir ? Puis-je me fier à la méthode des températures ? Comment se déroule un accouchement ? Faut-il craindre la ménopause ?...» Chaque question est accompagnée d'une réponse claire et concise. L'ouvrage, pas plus grand qu'un livre de poche, compte cinq chapitres qui correspondent à des moments-clés de la vie de la femme. Les quatre premiers chapitres regroupent les interrogations qu'elle se pose ou peut se poser au cours de l'adolescence, de sa vie de couple ou lors de la grossesse et de l'accouchement. Le dernier chapitre traite des MST (sida, hépatites, herpès génital, etc.), des maladies et cancers. Les dernières pages renferment un lexique et un annuaire des adresses utiles en Belgique et en France. Les réponses apportées à ces 100 questions ne sont bien sûr pas exhaustives, démarche dont se défend par ailleurs l'auteur. Certes, le livre est une bonne introduction au fonctionnement du corps de la femme, mais il s'agit surtout de donner à celle-ci une base de discussion avec son gynécologue. Cette lecture ne dispense donc pas d'une consultation !

1 Le texte de ces interventions a été publié dans Education Santé, dans le n° 220 pour la première, dans le n° 216 pour la seconde.

2 " La caractéristique du mensonge, dit Simmel (1950), n'est pas que le dupé ait une fausse idée de la réalité – car cela est un aspect que le mensonge partage avec l'erreur –, mais c'est que le dupé soit trompé sur l'opinion du menteur " (p. 9).



L'associatif santé bruxellois : 30 ans après (suite et fin)



Dans le précédent numéro, le deuxième volet de ce dossier abordait l'autogestion et la professionnalisation. Cette dernière est étroitement liée à l'institutionnalisation : le processus même de la professionnalisation ne consiste-t-il pas à faire reconnaître publiquement un métier ou un champ d'activités comme socialement utile et répondant à un certain nombre de critères ? C'est donc à la reconnaissance institutionnelle que nous nous attacherons d'abord dans ce troisième et dernier volet. Qui trouvera une conclusion avec la question de la continuité et de la transmission intergénérationnelle.

Si l'institutionnalisation pose la question du rapport à l'extérieur, aux autres institutions, publiques ou privées, elle constitue d'emblée une affaire interne. Myriam Provost est l'un des membres fondateurs de la Maison médicale du Nord, qui voit le jour en 1975 en tant que simple association de fait : « Nous avons débuté de façon modeste puisque nous n'étions que deux médecins : un homme et une femme parce que beaucoup de femmes immigrées préféraient une approche féminine pour toutes les questions touchant notamment à la gynécologie. Dès le départ, nous avons choisi de travailler avec les ressources du quartier, notamment une kinésithérapeute et des assistantes sociales qui nous ont rejoints par après. Elles ont participé à nos premières réunions de concertation, auxquelles assistait également une infirmière de la Croix Jaune et Blanche. Nous avons signé une convention avec cette institution pour travailler avec la même infirmière et assurer une continuité dans les rapports avec nos patients. Il s'est ensuite produit un mouvement au niveau de la Fédération des Maisons médicales, qui poussait ses membres à acquérir une identité juridique. C'était une étape nécessaire si nous voulions être des interlocuteurs vis-à-vis des pouvoirs publics. Nous avons répondu à cet appel puisque nous nous sommes organisés en ASBL. »

5. La reconnaissance institutionnelle

Le Dr Pierre Grippa (Maison médicale de Forest) évoque le chemin parcouru : « Quand nous avons commencé le mouvement des maisons médicales, il n'y avait pas de structure préexistante, pas de ressources, pas de financement récurrent : nous n'avions pas d'autre choix que d'être indépendants, nous ne pouvions vivre que de ce que nous gagnions au jour le jour, en soutenant notre ASBL par des cotisations. Nous avons initié une démarche qui est devenue un modèle par la suite, qui représente aujourd'hui quelque chose de normal. Cette démarche est très spécifique au système belge. Je dis souvent que nous avons profité du bordel ambiant : puisqu'il n'y avait pas de normes, nous pouvions tout faire ; notre légitimité allait de soi puisque nous n'avions de compte à rendre à personne ! Alors que, dans la plupart des autres pays, la première ligne a été instituée de façon verticale par le pouvoir central. Nous avons pris des initiatives sur le terrain, la professionnalisation et la reconnaissance institutionnelle sont venues après. Le chemin vers cette professionnalisation et cette reconnaissance a été long, puisqu'il a fallu plus de vingt ans pour arriver à un décret. À présent, nous sommes devenus un secteur parmi d'autres, les maisons médicales sont agréées par la COCOF et respectent des normes bien précises pour pouvoir bénéficier de subsides. Certains secteurs ont fait ce chemin beaucoup plus rapidement que nous parce qu'ils avaient été institués différemment. Je pense aux services de santé mentale¹. Mais les centres de planning familial ont suivi un peu le même chemin que nous. Ils sont nés de la nécessité de pouvoir pratiquer l'IVG, diffuser la contraception dans la population, etc. La reconnaissance des plannings est aussi intervenue par après : l'avortement a été largement dépénalisé, les centres sont entrés dans le cadre d'un décret, etc. Eux aussi, aujourd'hui, sont devenus des institutions. »

Le rassemblement des services de terrain en fédérations est une étape fondamentale pour leur reconnaissance institutionnelle, mais cela ne va pas de soi, en raison des inévitables divergences méthodologiques ou

théoriques, oppositions de personnes et autres conflits de valeurs ou de territoire qui sont le lot de tout groupe humain. Prenons le cas atypique mais révélateur des centres de planning familial. Jacqueline Louvet (Groupe Santé Josaphat) : « *Il faut souligner que le planning familial est le seul secteur représenté par quatre fédérations – laïque, chrétienne, pluraliste et socialiste –, qui en plus ont des poids différents selon qu'on est à Bruxelles ou en Wallonie. Il n'a pas été possible de se réunir autour d'un projet commun en raison même de l'histoire du secteur, notamment des conflits idéologiques entre laïques et chrétiens. Vu de l'extérieur, cela peut paraître invraisemblable qu'on ait besoin de quatre fédérations pour représenter une centaine de centres, mais c'est ainsi.* » Pourtant, non seulement les oppositions idéologiques ont perdu de leur agressivité mais les démarches mêmes qui sont à l'origine de la création des centres – les laïques se sont construits davantage autour de la maîtrise de la fécondité, les chrétiens autour de la relation conjugale – ont trouvé une relative complémentarité au fil du temps. On voit un premier signe de cette évolution dès la fin des années 60 avec la création du premier centre pluraliste familial, dont l'équipe est composée pour moitié de travailleurs chrétiens et laïques. Par ailleurs, entre les centres laïques et socialistes, des ponts se créent souvent par le « partage » de travailleurs (les temps partiels fourmillent).

Malgré les rapprochements, les clivages idéologiques ou les intérêts divergents sont facilement ravivés, notamment lorsqu'il faut entrer en négociation. Et qui dit négociation dit pouvoirs publics mais aussi syndicats. Dans les associations qui se créent, la confusion n'est pas rare, on l'a vu, entre travailleurs (qu'ils soient indépendants ou salariés) et membres de l'ASBL (donc décideurs institutionnels). Les pionniers se voient volontiers comme des « alternatifs », certainement pas comme patrons *versus* employés (cf. le modèle égalitaire et autogestionnaire) ; ils ne cherchent pas d'emblée le contact avec le monde syndical, qui d'ailleurs, tout à ses traditions ouvrières, les perçoit sans doute comme des marginaux, en tout cas rarement comme des interlocuteurs valables. Philippe Bastin (Infor-Drogues) : « *Nous n'étions pas, à cette époque, dans une réflexion syndicale. C'est venu après : on s'est rendu compte qu'il était très important de se syndiquer pour avoir un rapport de forces beaucoup plus net avec le politique. Au début, chaque*

institution se battait pour survivre et se développer – avec une certaine concurrence, une certaine compétition, d'autant plus que les enveloppes budgétaires étaient très minces. Par la suite, elles se sont étoffées et, à la fin des années 80, ou en tout cas dans les années 90, des connexions se sont produites avec le monde syndical, qui ont beaucoup apporté aux associations. Nous avons créé une fédération, la FEDITO, pour nous rassembler, gérer les questions en commun et aller ensemble voir les politiques. L'étape suivante a été de dire à nos collègues : syndiquez-vous pour être mieux entendus et avoir plus de poids dans le rapport de forces, et aussi pour que la problématique de la toxicomanie soit mieux reconnue dans le monde syndical. A partir de là, il a fallu créer une fédération patronale (ce qui est toujours un peu bizarre puisque le patron est aussi employé !), et les deux ont pu travailler ensemble vis-à-vis du politique... Tout cette évolution s'est construite au fil des ans. » Mais non sans mal, on l'imagine.

D'autres connexions furent tout aussi laborieuses à établir : avec l'institution médicale et avec cette institution centrale dans notre système de soins qu'est l'hôpital. On l'a vu dans le premier volet de ce dossier, les expériences nouvelles se heurtent de front au syndicat médical dominant. Quant à l'Ordre des Médecins, il est, sinon hostile, du moins soupçonneux. Pierre Grippa : « *L'Ordre considérait les maisons médicales comme des associations de médecins et leur contestait le droit d'associer médecins et non médecins, arguant que cela pouvait impliquer un partage d'honoraires voire des pratiques douteuses. Pour nous, toutes les professions de santé étaient sur un pied d'égalité : une infirmière était tout aussi qualifiée dans son domaine que le médecin dans le sien. Ce conflit avec l'Ordre s'est résolu au fil du temps parce qu'il s'est produit une évolution de part et d'autre. Un consensus s'est fait pour considérer les maisons médicales comme des pouvoirs organisateurs tels qu'il en existe notamment en milieu hospitalier : les hôpitaux ont pour la plupart le statut d'ASBL et ne sont pas considérés comme des associations de médecins.* »

Myriam Provost relève d'autres aspects de la controverse : « *Nous avons été convoqués par l'Ordre parce que nos statuts disaient que nous prenions en charge aussi bien le curatif que le préventif. Le contexte de l'époque imposait la nette séparation des deux*

dimensions. Or notre projet même était d'offrir une prise en charge globale aux patients ! Nous avons aussi été interpellés sur le principe de non-réinstallation, une mesure qui vise à protéger les médecins d'une concurrence indue, par exemple pour éviter que les assistants généralistes installent leur cabinet à proximité de celui de leur maître de stage. Aujourd'hui, nous sommes carrément demandeurs d'une telle proximité car la demande des patients est forte !... D'une façon générale, notre démarche allait à contre-courant de l'esprit qui régnait alors à l'Ordre des Médecins. Tout cela bouge, les maisons médicales prennent tout doucement leur place, même s'il faut reconnaître qu'elles restent encore assez mal vues de beaucoup de généralistes. Mais nous arrivons à coexister, je les sens maintenant plus ouverts. En une trentaine d'années les choses ont bien évolué. Je dirais qu'au sein de l'Ordre nous avons droit à la parole : quand on est convoqué, on peut parler et on est écouté.»

Qu'en est-il alors des relations avec l'hôpital ? Du côté du planning familial, on pouvait compter sur les doigts d'une main les services hospitaliers qui promouvaient la contraception et pratiquaient ouvertement des IVG : cette attitude était le fait d'une poignée de médecins hospitaliers, qui souvent avaient contribué à former les jeunes médecins que l'on retrouverait par la suite pratiquant des avortements en milieu ambulatoire. Les centres extra-hospitaliers se multiplient selon un processus de division cellulaire, en quelque sorte : quand un centre est devenu autonome, il en aide un autre à se constituer. Ils seront le fer de lance de la bataille pour l'adoption de la loi de 1991 qui dépénalisera largement l'IVG – et consacra d'ailleurs la pratique qu'ils ont élaborée. Mais il n'est pas sûr que, dans l'ensemble, le monde hospitalier soit beaucoup plus ouvert à la planification familiale, hormis ses aspects techniques, évidemment.

C'est du côté de la toxicomanie que les rapports avec l'hôpital sont – et restent – le plus difficiles. Philippe Bastin : « *Quand on envoyait quelqu'un à l'hôpital, ça se passait très mal parce que l'institution hospitalière n'était pas préparée à l'accueillir. D'une part il recevait des soins, et c'était très bien, mais d'autre part les toxicomanes étaient moins dociles qu'aujourd'hui. On les mettait en psychiatrie mais ils disaient : ce n'est pas ma place ici, je ne suis pas fou,*

au contraire moi je me pose des questions dans la vie, vous ne vous posez plus de questions, vous n'allez pas me normaliser, je suis un homme libre, si je prends des drogues c'est mon affaire ! Ça se passait d'autant plus mal que certains d'entre eux, qui avaient besoin d'argent, avaient les doigts un peu longs et fauchaient les sacs des infirmières... La population toxicomane était très mal vue ; c'était une population trop remuante, trop difficile à contenir dans les structures de soins de l'époque. Et nous étions complètement assimilés à ces gens-là, on ne nous prenait pas au sérieux ou, en tout cas, les contacts étaient très difficiles, nous n'avions pas d'interlocuteurs. Il a fallu toute une décennie avant de commencer à trouver des points d'ancrage : des gens qui trouvaient que c'était une population intéressante, soit sur le plan intellectuel, soit sur le plan scientifique, soit sur le plan professionnel, médical.

Evidemment, quand on voit maintenant le secteur des institutions pour toxicomanes, on peut dire qu'il est reconnu voire installé : nous avons des rapports presque d'égal à égal avec les hôpitaux : Saint-Pierre, Brugmann, Saint-Luc. Mais un toxico qui débarque à l'hôpital, cela reste assez pénible pour l'institution. Je pense que le personnel n'est toujours pas beaucoup mieux formé à accueillir ces patients et à les traiter : quelqu'un arrive par exemple pour un problème gastro-entérologique mais il se trouve qu'il est aussi dépendant. Or on ne va pas tenir compte de cette dépendance parce qu'on ne posera tout simplement pas la question ! On demande systématiquement aux gens s'ils fument, mais cela va rarement au-delà : l'alcool, parfois, mais les drogues illicites, jamais. Alors que cela peut interférer avec le traitement, la prise en charge : un type qui s'est cassé la jambe a du mal à se procurer son produit, il va être en manque et n'osera pas en parler. Et il posera beaucoup de problèmes avant que quelqu'un se dise : ce type n'est pas en train de délirer, il est en manque... Cela dit, la création de services actifs en toxicomanie tels qu'Interstices au CHU Saint-Pierre ou encore Addictions sont des réponses concrètes à ce type de problèmes au sein de l'hôpital. »

L'institutionnalisation ne pose pas problème qu'entre institutions ! Elle entraîne des questionnements quant au fonctionnement interne (on l'a vu dans le volet précédent) mais aussi et surtout quant à la relation avec les patients/usagers. C'est manifeste dans le

champ de la santé mentale, comme le relève Manu Gonçalves (Centre de Guidance d'Ixelles) : « *L'associatif santé bruxellois est actuellement dans un moment de transition voire de mutation sur le plan des manières de faire, d'intervenir, de travailler. Aujourd'hui, les exigences sont fortes : la santé mentale, c'est devenu extrêmement quadrillé. Et ça grince un peu partout. Dans les équipes se côtoient deux générations. Si on caricature, on dira que les jeunes reprochent aux anciens de faire un peu du bricolage, de travailler au feeling – pour s'entendre rétorquer : vous n'êtes plus capables de fonctionner que selon des schémas éprouvés !... Personnellement, mon souci serait que l'on ne jette pas le bébé de Mai 68 avec l'eau du bain. La remise en question des autorités religieuses, familiales, médicales, a entraîné des choses très positives, même si des dérives ont existé. Aujourd'hui, c'est un peu le retour de manivelle : la prévalence des cadres, des procédures. Peut-on aller jusqu'à parler de fonctionnarisation des professions de la santé mentale ? D'abord, c'est injuste pour les fonctionnaires, dont beaucoup sont très loin du stéréotype courtelinesque ! Ensuite, c'est injuste pour les professionnels de la santé mentale, qui restent très vigilants par rapport au danger de la standardisation. Mais on ne peut pas écarter le risque que l'institutionnalisation du secteur éloigne encore davantage les gens qui ont besoin de nous : plus nos schémas sont prégnants, plus la rencontre avec eux est difficile.*

Dans notre équipe, les représentations de la rencontre varient. D'un côté, c'est plus organisé, plus procédural ; de l'autre, c'est plus intuitif, plus pragmatique. Pour moi, la question de la qualité se joue d'abord dans l'engagement. Le discours qui consiste à dire en gros que, pour soigner, il faut suivre une procédure linéaire peut être mis en question : si, dans le suivi de telle personne, on ne passe pas de A à B puis à C, mais directement de A à C, cela veut-il dire que l'on fait n'importe quoi ? Le recours systématique à la procédure ne devient-il pas un moyen de se protéger ? Or, pour rencontrer l'autre dans sa souffrance, il faut tôt ou tard se départir de la garantie que confère la procédure. Peut-être l'essentiel est-il de tenir un positionnement critique : la rigueur n'est pas davantage dans le tout à la procédure que dans l'adhésion aux principes des fondateurs. Il ne faut rien prendre pour argent comptant et ne pas hésiter à sortir des sentiers battus :

pour rencontrer les populations en difficulté, il faut accepter d'être décentré, de perdre son centre de gravité. Ceci dit, beaucoup arrivent à prendre distance et certains se rigidifient. C'est peut-être moins affaire de génération que d'individualité et d'équipe. L'individuel et le collectif sont en tension aujourd'hui, même si ce n'est pas toujours de façon négative ; il existe des pratiques individuelles de grande qualité mais il n'est pas simple qu'elles s'inscrivent dans un projet collectif. »

Conclusion : indépendamment de l'aspect financier, quels sont les acquis et les limites de l'institutionnalisation ? Du côté positif, plus encore qu'une reconnaissance politique – de principe en quelque sorte –, un décret constitue une reconnaissance dans les faits, un soutien apporté aux pratiques. Myriam Provost : « *Dès nos débuts, nous avons voulu être des structures accueillantes et accessibles. Pourtant, pendant dix ou quinze ans, nous n'avons pas eu les moyens d'assurer un accueil de qualité, faute de personnel : pendant que nous étions en consultation, il fallait aussi répondre au téléphone, ouvrir la porte, etc. À présent, la dimension de l'accueil, au sens plein du terme, est reconnue par la Région. Le financement structurel de l'accueil nous a permis de mieux étayer notre projet, de développer d'autres dimensions de la prise en charge, comme l'éducation pour la santé, la promotion de la santé, d'éditer un petit journal, de mener des actions de prévention, etc.* » Et du côté négatif ? « *Le soutien public veut aussi dire rendre des comptes, respecter les procédures administratives, et cela peut se révéler assez lourd... En outre, ce que nous pensons être structurel peut être menacé : que se passera-t-il si demain de nouvelles maisons médicales ouvrent leurs portes ? Devrons-nous partager l'enveloppe ou devrons-nous chercher d'autres sources de financement ? Heureusement, le gros de notre financement provient des soins de santé, du fédéral. Cela nous donne une certaine sécurité.* »

Il est clair que la reconnaissance publique implique, en contrepartie, de satisfaire à des règles, de répondre à des normes, de rentrer dans des cadres. Et que, si « rien n'est jamais acquis à l'homme » (Aragon), ce l'est d'autant moins aujourd'hui : dans l'associatif comme ailleurs, faire carrière n'est presque plus qu'un fantasme, un reliquat des mythiques – et trompeuses – Trente Glorieuses. Mais allons plus loin avec Philippe Bastin, dont le raisonnement peut être étendu au-delà de la

question des dépendances : « Notre société continue à avancer, et je pense que son fonctionnement actuel génère une série de dysfonctionnements, de pathologies qui font entrer toujours plus de gens dans un cycle d'excès, d'abus, de dépendances. On voit bien que la panoplie des substances disponibles s'est largement étendue au fil du temps et que les profils des consommateurs se sont également multipliés. Nous devons donc rester très vigilants, parce que la tendance normale de la société est de ne pas se remettre fondamentalement en question et de générer toujours davantage de gens qui s'égarer dans les produits, tant légaux qu'illégaux. Il est donc nécessaire de trouver sans cesse de nouvelles voies pour interpeller les responsables politiques et essayer de ralentir sinon d'enrayer la tendance du recours aux produits pour tout et n'importe quoi. On le voit bien avec les dérèglements alimentaires : il ne s'agit pas de drogues illicites au caractère plus ou moins exotique, ce sont simplement des produits qui plaisent dans un premier temps, que l'on consomme n'importe comment et qui causent beaucoup de problèmes par la suite. »

L'institutionnalisation, avec la relative sécurité financière qu'elle implique, risque-t-elle de lisser l'agressivité revendicative de l'associatif bruxellois ? Ce risque a été fugitivement mais spontanément évoqué par plusieurs de nos interlocuteurs. Il ne faut pas l'exagérer mais il n'est certainement pas nul. Alors, les pavés des barricades ont-ils laissé la place aux ordinateurs des bureaux ? Pas si simple. Martine Dal (Prospective Jeunesse) : « On a été des pionniers, puis on s'est rendu compte qu'il fallait adopter un autre mode d'organisation, construire ensemble des plates-formes pour interpeller les pouvoirs publics. Les conséquences sont en effet à double face : davantage de moyens et de reconnaissance mais moins de liberté. Pour moi, l'enjeu est de garder des espaces d'innovation. Chaque secteur devrait se battre pour cela, mais sans s'isoler, de façon intersectorielle. »

Ludovic Henrard développe une analyse qui dépasse largement, à notre sens, celle de son secteur, celui de l'aide aux usagers de drogues : « On se trouve actuellement à une époque charnière, qui n'est pas seulement liée aux générations mais à une évolution institutionnelle considérable : nous sommes reconnus et correctement subsidiés, nous développons des programmes sur cinq ans, etc. En même temps, on

peut dire qu'une force de la société civile a été absorbée par cette institutionnalisation, ce qui a forcément des répercussions sur notre capacité d'interpellation du politique. On reste assez mordant mais on a quand même des dents en moins !... Il faut également souligner l'évolution de Bruxelles : dans les années 70, c'est la capitale de la Belgique ; aujourd'hui c'est aussi la capitale de la Flandre, une des trois Régions du pays, une Ville-Région où il faut compter avec la COCOF et la COCOM. À la FEDITO, la révision du décret toxicomanie est en cours, il faut repenser le secteur, le moderniser. Un coup de pied dans la fourmilière sera peut-être nécessaire pour arriver à construire une vision d'ensemble planifiée du secteur. Les services, quand ils se sont créés, étaient des réponses nécessaires – mais au coup par coup – à des manques, à des blocages. Au final, le secteur c'est surtout des services qui coexistent, chacun faisant un peu les choses à sa manière, avec ses ressources et ses limites. D'où le regroupement en fédération, mais la FEDITO ne peut pas être là uniquement pour défendre les intérêts particuliers des différents services : il faut chercher à arriver à une cohérence si on veut négocier avec le politique, c'est-à-dire jouer dans un rapport de forces. » Et pourquoi pas de façon intersectorielle ? Chiche. Un clin d'œil qui s'adresse aux diverses fédérations et plates-formes...

6. Continuité et transmission

Ecrire en sous-titre de ce dossier « 30 ans après » implique un arrêt sur image – avec plusieurs suites non exclusives : continuité, rupture, fuite en avant, mutation lente ou changement brutal... Et cela n'est pas que théorique : en Flandre, il y a une dizaine d'années déjà, des services sociaux et sanitaires de première ligne ont été contraints par la Vlaamse Gemeenschap à une fusion en Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW) ; les identités institutionnelles s'y sont diluées. Et, du côté francophone, dans le *Journal du Médecin* du 8 mai dernier, les quatre présidents de parti y vont d'un vibrant « il faut refédéraliser la prévention ». Certes, ceci concernerait davantage les financements communautaires que les régionaux, mais sait-on jamais...

Par ailleurs, la continuité n'est pas seulement dans la pérennité de l'institution, elle est aussi dans le maintien

de la cohérence du projet institutionnel au fil du temps. Deux défis à relever pour toute institution. Si le premier est surtout tributaire de facteurs (économiques, sociaux, politiques...) qui échappent à l'emprise de celle-ci, le second dépend peut-être d'abord de la transmission, en son sein, de valeurs, de représentations, de modes de fonctionnement collectif, bref, d'une " culture "... mais aussi de la métabolisation de cette culture par les générations successives (métaboliser : s'approprier l'héritage, le maintenir tout en le transformant). Car, sans transformation, point de vie. Au-delà du classique conflit de générations (« c'est plus comme de notre temps » *versus* « les temps changent, et nous voilà »), qui transparaît bien au travers des chapitres précédents, une notion centrale nous paraît donc être celle de la transmission.

Dans les années 1970-80, on l'a vu dans le deuxième volet de ce dossier, le recrutement se faisait volontiers par cooptation : on était engagé parce qu'on faisait partie d'une même « famille ». L'adhésion aux valeurs et au projet institutionnels ne posait pas de problème puisque ce projet était en construction. Par la suite, le recrutement a souvent fonctionné de la même manière. Jacqueline Louvet : *« Ce qui m'a frappée en arrivant au Groupe Santé Josaphat, c'est que j'avais l'impression de me retrouver avec des gens de la même culture, ayant les mêmes préoccupations et le même projet de société. Il ne fallait pas discuter dix fois pour savoir ce qu'on pensait ou quelles orientations on avait. Je me souviens que, lors de l'entretien d'embauche à propos des animations en éducation sexuelle et affective, ce n'était pas tant le sujet qui comptait que l'approche, la façon de penser. C'était assez étonnant. Mais maintenant, quand c'est moi qui engage, je procède de la même façon. »*

Aujourd'hui encore, même si les procédures d'engagement sont plus formalisées, avec profil de fonction, etc., la cooptation peut jouer un rôle non négligeable, comme le montrent les témoignages suivants. Gulçan Kara : *« Quand j'étais en 2e licence en sciences de la famille, du couple et de la sexualité, j'ai beaucoup plus entendu parler des centres de planning qu'à la Haute Ecole où j'avais fait mes études d'assistante sociale. Je militais aussi dans une association, la Voix des Femmes, où j'ai fait un jour une intervention. Dans l'assemblée, une psychologue d'origine turque qui travaillait ici m'a posé des*

questions. Après la conférence, elle est venue me voir et on a discuté ; je lui ai expliqué que mon mémoire traitait de l'infertilité et du statut de la femme turque et marocaine. C'est ainsi que j'ai eu l'adresse du planning et qu'après mes études, quand un poste s'est libéré, j'ai intégré l'équipe du centre. » Naïma Jakrir : *« Pour moi, c'est un peu plus personnel. J'ai le sentiment d'avoir une sorte de dette envers le planning familial : quand j'étais adolescente, c'est grâce à un centre que j'ai pu avoir réponse à des questions que je me posais – des questions que tout adolescent se pose à ce moment de sa vie – et j'ai été très touchée par la qualité de l'accueil qu'on m'a offert, à un moment où j'en avais particulièrement besoin. Je me suis inscrite dans une Ecole sociale, et ensuite j'ai voulu travailler dans ce secteur. »*

Il y a 20 ou 30 ans, la cooptation rendait inutile la transmission explicite de l'histoire du projet institutionnel et des valeurs qui fondaient celui-ci : à tort ou à raison, cela semblait aller de soi. Il n'en va plus de même aujourd'hui. À cet égard, même les nouveaux qui ont reçu l'héritage des anciens peuvent ressentir qu'un chaînon manque. Gulçan : *« Je pense qu'il y a des choses qui passent entre anciennes et nouvelles, mais qu'il manque quelques intermédiaires, quelques générations entre nous pour que la transmission se produise de manière efficace. »* Si la génération intermédiaire, disons les quadras – pourtant bien présents physiquement – n'a pas toujours joué son rôle sur ce plan, c'est peut-être justement lié à cette position d'interface, d'entre-deux... où le risque est toujours d'être coincé entre les deux. La première génération a une légitimité très forte du fait que c'est elle qui a créé l'institution, avec les difficultés que l'on a vues. La génération suivante a souvent du mal à trouver sa place du fait même de cette forte légitimité ; d'une certaine manière, c'est comme si elle devait toujours se justifier vis-à-vis des fondateurs. Tandis que la troisième génération n'est pas dans la même position, elle ne se situe pas de la même façon par rapport à ceux-ci ; elle ne se sent pas obligée de faire sans cesse ses preuves et, tout en adhérant au projet institutionnel, peut prendre plus facilement une certaine distance par rapport à celui-ci.

Ludovic Henrard : *« Les fondateurs n'ont peut-être pas suffisamment passé le relais. Certains ont sans doute perdu un certain dynamisme, sans pour autant*

passer le relais à la génération suivante. Mais la troisième génération, celle qui est née dans les années 70, a grandi dans un monde complètement différent, elle n'a plus d'utopies radicales, elle s'est beaucoup plus adaptée au monde dans lequel elle vit. Les jeunes ont une vision différente de celle des fondateurs, peut-être plus modeste : aujourd'hui, les associations se sont construites en secteurs, et les jeunes se voient bâtir de petites passerelles plutôt qu'abattre des montagnes².»

Martine Dal plaide pour que chaque génération soit capable d'apprendre de l'autre ce qu'elle peut lui apporter de précieux : «*Les attentes des jeunes sont différentes, ils manifestent parfois de l'incompréhension voire une absence d'intérêt vis-à-vis de l'histoire du projet associatif, vis-à-vis de toute cette évolution que le projet a traversée. Mais je reconnais qu'en parallèle il existe de notre part une difficulté à leur transmettre cette histoire. Ils sont en général bardés de diplômes, pleins d'énergie par rapport à leur activité professionnelle, mais très centrés sur un cadre de travail formalisé ; leurs exigences salariales sont élevées et ils ne sont pas prêts à attendre. Attention, je suis très positive, ils ont raison d'être exigeants. Mais parfois cela les ferme aussi à l'humilité et à la souplesse que demande le travail avec l'humain. Ils devraient pouvoir accepter ce qui ne se maîtrise pas, s'adapter à l'incertain, accepter que nous avons des choses à nous apporter les uns aux autres. Nous ne sommes pas dans des sphères de travail où tout peut être formalisé. Il faut garder une attitude d'ouverture quand on est dans un contexte en constante évolution et que l'on est confronté à des situations de plus en plus lourdes.*»

Pierre Grippa évoque franchement les conflits intergénérationnels, mais il parle aussi de ce qu'il est possible de faire pour intégrer les nouveaux arrivants au projet et aux valeurs de l'institution : «*Si on parle en termes de querelle des Anciens et des Modernes, moi je ne suis pas trop pessimiste par rapport aux Modernes. Mais c'est clair qu'il y a des zones de conflits. Ce n'est pas toujours facile. Pourquoi ? Parce que les Anciens sont des figures emblématiques difficiles à déboulonner. Il est difficile de prendre la parole, de s'opposer à un Ancien. Cela passe parfois par des crises qui peuvent être très agressives. D'un autre côté, dans la plus jeune génération, il existe une tendance à se replier sur le métier de base, le médico-médical en quelque sorte, et à éprouver plus de difficultés avec le*

social ou le psychologique, qui sont aussi des composantes de la santé en première ligne. Nous sommes tout le temps confrontés à l'ensemble des paramètres biologiques, psychologiques et sociaux, qu'il faut prendre en compte. Cela entraîne chez certains une crainte assez importante qui, à mon sens, est due à un manque de formation initiale. La communication patient-médecin, par exemple, n'apparaît pas dans le curriculum universitaire. Aujourd'hui, un médecin qui sort de l'université est analphabète dans le domaine de la communication. C'est pourquoi nous organisons des formations pour se familiariser avec le social, par exemple. Toutes les personnes qui sont en contact avec le public suivent des formations à la communication, à la relation d'aide... Nous avons mis en place une série d'instruments qui doivent permettre à un jeune médecin d'étendre son champ de compétences après quelques années.»

Pour conclure, faisons un flashback. On parle toujours des années 70 comme d'une époque de bouleversements, de ruptures, et c'est vrai mais, en même temps, un fort lien existait avec l'époque et la génération antérieures³. Solveig Pahud (CDCS) : «*Je me souviens que l'ancien directeur m'a confié le livre comptable du centre sur son lit de mort ! Au sens propre : je suis allée chez lui à 22h30, et il est mort dans la nuit. Il m'a plus ou moins expliqué comment ça marchait, je n'avais jamais fait de comptabilité de ma vie ! Il m'a dit : je vous fais confiance. C'est ainsi que ça se passait, c'était comme chez les scouts : Solveig, j'ai vraiment confiance en vous, j'espère que vous pourrez continuer le plus longtemps possible, je vous confie la comptabilité. Et il a même voulu boire un petit verre de champagne ! Tout cela n'est même plus envisageable aujourd'hui. Je me rappelle sa femme qui me disait : je vous souhaite bonne chance, maintenant qu'il est parti, ça ne va pas durer longtemps. J'ai le souvenir d'une époque vraiment révolue, quelque chose qui est presque balzacien.*

Ce dont on parle et que l'on recherche maintenant, la sécurité et la reliance, était bien présent. Avec l'ancien directeur, il y avait une sorte de compagnonnage : il m'expliquait les choses, il transmettait tout ce qu'il est si important de savoir mais qu'on n'apprend pas à l'école. Je me souviens qu'il disait : il faut tenir le coup, il va y avoir des hauts, des bas, on pense que c'est fini

pour de bon mais il ne faut jamais croire que c'est fini. C'est là que se trouve la force de tenir bon, de continuer. Aujourd'hui, on n'a plus d'échanges comme ceux-là. Pourquoi ? Parce qu'il faut de beaux budgets qui tiennent la route, des descriptions de fonctions, un organigramme, un programme quinquennal... On se dit que c'est avec cela qu'on va bien fonctionner. J'ai l'impression d'un balancier : j'ai connu l'époque où l'important – et même l'irremplaçable : l'expérience de vie – passait dans l'informel. Quand je me suis séparée de mon mari, ce directeur m'a dit : je ne suis pas souvent présent, je vous donne la direction faisant fonction ; ce que j'ai vu de vous, le courage que vous avez eu de quitter votre mari, cela signifie que vous êtes capable de diriger le centre. C'est un cadeau qu'il m'a fait ! Aujourd'hui, si un administrateur disait une chose pareille, on s'inquiéterait de sa santé mentale ! Tout cet informel, qui était synonyme de désordonné, d'amateur, d'arbitraire, permettait aussi de passer le relais, le témoin à celui qui voulait bien le saisir. Maintenant on est organisé, on voit à long terme, on a des outils, mais on ne fait plus rien passer de ce que c'est, vivre.

Il y a un choc des générations au niveau technologique qui place les jeunes, d'entrée de jeu, dans une position qui minimise les acquis de l'expérience. À mon arrivée dans le social j'avais l'impression que mon bagage juridique n'était pas un sésame et que les plus âgés savaient des choses que j'ignorais. Avec leurs compétences techniques, les jeunes trouvent qu'on chipote, qu'on ne va pas très vite, qu'on se pose des questions inutiles. Ils ont été élevés – et c'est d'ailleurs très bien – avec des principes comme : tu es quelqu'un de valeur, tu sais des choses, tu peux remettre en question les plus âgés. Le respect de l'ancienne génération n'est plus de mise, il règne même un certain jeunisme. Tout cela ne facilite pas la transmission. Qui n'est pas d'ordre technique. Et consiste aussi à dire que la vie ne va pas toujours bien – alors qu'il faudrait toujours être performant, bien dans sa peau, etc. La génération de nos parents a connu la guerre et, sinon les souffrances, du moins de grandes difficultés. C'était présent dans notre imaginaire collectif. Ma jeunesse, c'est aussi la décolonisation : cela m'a énormément marquée. Aujourd'hui, c'est vrai qu'il y a de terribles conflits, mais c'est très lointain. Ce que je ressens, quand même, c'est la préoccupation pour

l'environnement, pour l'avenir de la planète : là, il y a une vraie inquiétude.

Si je venais vers mon équipe avec le même genre de discours que celui de mon directeur, on me dirait : oh là là, Solveig !... On me trouverait trop psy, ou je ne sais quoi. Je reprends l'image du balancier : il s'est produit une saine réaction au non professionnalisme et au paternalisme qui dominaient auparavant, mais on a un peu jeté le bébé avec l'eau du bain. C'est comme si l'urgent masquait l'essentiel. Il faut dire aussi que les plus jeunes générations sont nées dans un contexte de chômage structurel, qu'elles ont grandi avec l'idée que, si on n'est pas tout à fait performant dans son travail, on le perd. Et, du coup, tout le reste apparaît un peu comme du bla-bla. L'évolution actuelle est positive mais il faudrait pouvoir réintégrer la transmission de ce qu'est un humain qui travaille, ce qu'est une vie qui passe et tout ce qui se passe dans une vie ; une vie n'est pas une belle organisation sans aucun couac. » 

Alain CHERBONNIER

(Interviews : Alain CHERBONNIER
et Anoutcha LUALABA LEKEDE)

- 1 Dans le domaine des soins de santé mentale ambulatoires, un premier décret intervient dès 1975.
- 2 Certains en parlent d'ailleurs de façon très désenchantée. Ainsi William, moins de 30 ans, dans *La Génération flouée*, de M. Sarfati et J. Horn (sur Arte, 14/11/2006) : « Nos ambitions se transforment en utopies alors que vos rêves ont pu devenir des objectifs ».
- 3 Ici encore, le lecteur est invité à se référer à l'ouvrage de Hervé Hamon et Patrick Rotman, *Génération* (Le Seuil).



La créativité en appétit

Déguster, c'est bon pour la santé ?

Le samedi 10 novembre 2007, parent, enseignant, cantinière-cuisinière, surveillant, infirmière : cinq représentants de dix écoles primaires bruxelloises sont invités à mettre ensemble la main à la pâte. Au menu : enfiler son tablier pour tester, échanger et voir comment combiner réalité et créativité dans les repas de midi à l'école. Pour construire cette journée, CORDES (Coordination Education & Santé asbl), promoteur du projet, et son partenaire, le Centre Local de Promotion de la santé de Bruxelles, ont invité des artistes à participer à ce projet. Voici, en primeur, pour les papilles en mal de nouvelles saveurs, quelques ingrédients de cette aventure !

L'envie titillait le CLPS de Bruxelles de poursuivre un " créer, c'est bon pour la santé ", l'objet de nos conférences locales en 2005. Ces deux journées où des travailleurs de différents secteurs (logement, santé, social) ont été mis à l'épreuve de la création pour ensuite échanger autour de leurs pratiques. Nous avons parié sur un processus participatif : un groupe de travail composé d'artistes et de travailleurs issus de divers secteurs construisent un scénario commun pour mettre en place un projet invitant d'autres acteurs à se mettre eux-mêmes en projet participatif. Mémorable expérience pour ceux qui s'y étaient impliqués ainsi que pour l'équipe du CLPS. Et si on remettait le couvert ? Autrement, évidemment... Toucher le milieu scolaire, les parents, les Services PSE en insufflant de la promotion de la santé et de la créativité ? S'éloigner du prescriptif, stimuler l'imagination pour que la santé se décline avec davantage de saveur dans les écoles ? L'alimentation est une porte d'entrée tentante.

Très vite, le CLPS pense à CORDES avec son projet Arts d'écoles' réalisé en 1994-96, précisément sur le thème " corps, nourritures et santé ". Dix-sept expériences artistiques et pédagogiques avaient été menées avec des classes de la ZEP (actuelle D+) de Saint-Gilles. Construit également sur un mode participatif avec des artistes, le projet a été précédé d'un week-end de formation avec les enseignants des classes impliquées pour croiser les langages artistiques et pédagogiques et explorer les possibles. Par la suite, les séances d'animation en classe ont été préparées, menées et évaluées en tandems enseignant/artiste. Des défis

pleins de surprises et d'exigences : " on a vraiment dégusté ! "... En conclusion de l'expérience, l'intérêt se confirme d'une approche non prescriptive et de la démarche artistique exploitant le quotidien et les moyens du bord pour éveiller la curiosité des élèves sur le sujet de l'alimentation. Ce mode alternatif pour aborder les questions liées à la santé et au manger va se compléter de l'approche sensorielle qu'on retrouvera dans les nombreux outils élaborés par la Coordination dans le cadre de différents projets : les Midis à l'école, A table les cartables...

Les équipes se rencontrent, le courant passe, les idées fusent. Et, ensemble, nous convenons de répondre à un appel à projet de la Fondation Roi Baudouin. A l'actif, une même conception du travail en équipe dans la construction et le suivi de projets, une proximité du milieu scolaire et des acteurs de la santé, une volonté de mobiliser les ressources et renforcer les compétences de chacun, et le souci d'impliquer et de valoriser le rôle éducatif en matière d'alimentation des personnes concernées par la question des repas à l'école. CORDES et le CLPS construisent une proposition à l'image de leurs convictions : le 10 novembre 2007 sera une journée événement construite collectivement au cours de cinq rencontres avec les intervenants issus du monde artistique, culinaire, éducatif, de l'enseignement et de la promotion de la santé.

Le public amené à y participer représentera les personnes concernées par la santé et l'alimentation à l'école : depuis ceux – cuisinière, parents – qui fabriquent

les repas (chauds ou pique-niques) jusqu'aux enseignants qui s'efforcent de sensibiliser les élèves à leur santé, en passant par les personnes qui encadrent les repas, sans oublier les infirmières des Services PSE ou des Centres PMS. Chaque école qui souhaite s'inscrire doit s'engager à réunir cette équipe de cinq personnes : une sorte de gage pour l'avenir avec des acteurs qui pourront soutenir le processus de changement au sein de l'école et de la maison. C'est donc un premier défi à relever mais une belle occasion de rassembler des énergies qui ne demandent qu'à s'investir sur des sujets bien concrets : les repas des élèves, des enfants.

L'art dans l'assiette ou lard dans la soupe ?

Mais qu'est-ce qu'ils ont ces repas, après tout ? Pourquoi s'ingénier à les rendre "créatifs" et mélanger "plaisirs" et "santé" ?... L'objectif de la journée "Déguster, c'est bon pour la santé – Pique-niques et repas créatifs à l'école" et de ses prolongements dans les écoles, c'est bien d'amener de la créativité dans les assiettes et dans les boîtes à pique-niques, et cela dans des limites de coûts en temps et en argent acceptables par tous. Il ne s'agit pas de créer des repas au prix d'un restaurant 5 étoiles. Nous ne gardons les étoiles que pour le côté culinaire et festif !

Avant tout, il s'agit de remettre du plaisir dans la fabrication des repas, plaisir de la rencontre entre personnes, de la dégustation, de la découverte, des échanges, des défis à relever ensemble dans la cuisine et le réfectoire d'une vraie école. Grâce à l'Echevine de la Santé de la Commune d'Anderlecht, des locaux sont mis gracieusement à disposition pour la réalisation de cette journée. La perspective d'un lieu pour notre projet nous a permis de nous lancer dans cette croustillante aventure qui consiste à construire le contenu de la journée en composant avec l'apport de chacun. Au fil des réunions, nous élaborons ensemble le menu de la journée (au propre et au figuré) qui s'annonce d'ores et déjà "haute en couleurs" mais, rassurez-vous, "digestible par tous et toutes". C'est bien une journée d'expérimentations créatives et culinaires où chacun sera valorisé dans sa fonction et où l'acte de manger et le rôle "nourricier" de chacun seront mis sur la table des réflexions/actions.

Nous visons à susciter l'envie de "créer" au quotidien des repas et des pique-niques équilibrés et sensoriellement attractifs pour les enfants d'écoles fondamentales. La fabrication de repas créatifs autant que la rencontre et la dégustation par les différents participants auront – c'est notre pari – un impact durable, susceptible de modifier les pratiques de préparations culinaires. Cette hypothèse se fonde sur le caractère formatif et de mise en confiance d'une expérience vécue de manière ludique et partagée avec d'autres acteurs de l'école. Les menus seront réalisés en veillant à leur caractère reproductible "au quotidien", à savoir : des recettes accessibles et de prix modéré, privilégiant la découverte de saveurs typiques de différentes cultures, se basant sur des produits de saison et répondant aux besoins d'équilibre alimentaire des enfants du fondamental. Le projet est envisagé à titre pilote avec dix écoles de la région bruxelloise.

La production d'un "carnet de voyage" de la journée avec la participation de chacun permettra de valoriser les participants mais aussi de garder l'expérience en mémoire et de la transmettre en vue de la reproduire ailleurs selon les besoins locaux. C'est le principe du programme Carnet de voyage que propose actuellement CORDES aux écoles fondamentales afin que des classes se lancent dans des projets santé sur le mode d'un voyage imaginaire : la classe explore un thème santé et garde des traces, des impressions, des souvenirs dans un carnet collectif. Le carnet de voyage de cette journée "Déguster, c'est bon pour la santé" risque d'être plein de surprises et riches en saveurs. C'est ce que nous espérons ! Avis aux amateurs.

Cristine Deliens (CORDES),
Begoña Montilla et Patricia Thiebaut (CLPS)

Pour tout renseignement, on peut s'adresser
au CLPS de Bruxelles (02 639 66 88) ou
à la Coordination Education et Santé (02 538 23 73)

! Toujours d'actualité, et disponible auprès de CORDES (02 538 23 73), une cassette vidéo de 57' retraçant le processus, depuis la formation des enseignants jusqu'à l'expérimentation en classe et ce qu'il en reste pour chacun.

L'enfant malade et hospitalisé

au centre d'un nouveau site web

Lancé le 20 mars dernier par les Ministres bruxellois de la Santé Benoît Cerexhe et Guy Vanhengel, hospichild.be est un site d'informations qui s'adresse à toutes les personnes concernées par la problématique des enfants gravement malades et hospitalisés. Il centralise les informations législatives, administratives, sociales et financières relatives à l'hospitalisation d'un enfant qui, jusqu'ici, étaient très éparpillées.

Parents mieux informés, parents plus disponibles, peut-on lire sur les affiches aux couleurs pastels qui ornent depuis plusieurs semaines la devanture de quelques officines bruxelloises. La formule résume bien le but poursuivi par ce nouveau site. En effet, à l'origine d'hospichild on trouve un constat : le désarroi des parents confrontés à l'annonce de la maladie et de l'hospitalisation de leur enfant. Ils se posent alors beaucoup de questions: que va-t-il arriver à notre enfant ? Combien de temps va durer le traitement ? A l'hôpital, pourrons-nous rester auprès de lui nuit et jour ? Comment s'organiser ? A qui faut-il s'adresser, quelles démarches effectuer ?... La liste est longue. Les réponses à toutes ces interrogations existent mais elles sont dispersées dans différents sites, supports, livres et rapports. Il fallait donc réunir ces informations en un seul lieu et les apporter aux parents.

Dès 2003, les Ministres de la Santé bruxellois chargeaient le Centre de Documentation et de Coordination Sociales (CDCS/CMDC, Centrum voor Maatschappelijke Documentatie en Coördinatie) d'évaluer les différentes formes possibles de centralisation de l'information. Amélie Jacquet, chargée de recherches au CDCS, avait eu l'occasion d'explorer une étude très complète réalisée par l'Ecole de Santé Publique de l'ULB, qui a servi de guide à la conception du projet: *L'enfant malade. Etude multisectorielle sur la prise en charge globale des enfants gravement malades.*

Cette étude souligne notamment que les parents sont en état de sidération à l'annonce de la pathologie de leur enfant. Ils sont alors incapables d'intégrer toutes les réponses à leurs questions. La première mission du CDCS fut de mettre en place un comité de pilotage qui, quelques mois plus tard, recommandait la création d'un site internet. Corinne Malchair : *« Parmi les experts, il y avait non seulement des travailleurs et des responsables d'hôpitaux mais aussi des représentants des mutuelles et d'autres associations. Tous ont réagi de manière positive quand nous les avons contactés. Finalement, nous sommes très vite arrivés à une sorte de consensus par rapport aux besoins et à l'outil qui était à créer. C'est un travail d'accompagnement qui a été extrêmement riche. »* Emmanuelle Vanbesien, engagée pour coordonner le projet, cite également l'aide et le soutien apportés par le réseau Canal Santé, dont les membres ont permis d'ajouter, à côté d'informations qui au départ étaient assez administratives, des renseignements d'ordre plus psychologique comme l'intimité de l'enfant ou la souffrance du soignant : *« ce sont des petites choses qui sont venues compléter le site et qui lui donnent ce côté très humain et non seulement technique »*. Un travail de longue haleine qui a abouti à hospichild.be, un site bilingue qui résume et présente de manière conviviale, claire et exhaustive les informations législatives, administratives, sociales et financières susceptibles d'aider les parents dont l'enfant de moins de 16 ans doit être hospitalisé. Bien informés, ils pourront se consacrer davantage à leur enfant.

Un site et un réseau d'acteurs

Mais le nouvel outil ne s'adresse pas uniquement aux parents. Il est également conçu pour les professionnels des services sociaux des hôpitaux ou des mutuelles, afin de guider les parents dans un premier temps. Par ailleurs, il offre à tous les intervenants de terrain (spécialistes en soins de santé, infirmiers, travailleurs sociaux, personnel administratif, etc.) la possibilité d'être en réseau pour partager leurs expériences, ouvrir le débat

et lancer une dynamique constructive. Ce sont aussi ces intervenants qui aident au maintien du site et apportent leurs contributions, chacun dans son domaine. Leurs coordonnées sont reprises dans une base de données intitulée Carte Sociale Vivante, accessible aux seuls professionnels. Une première rencontre des acteurs du réseau est programmée pour le mois de septembre. Au cours de la même période, professionnels, parents et enfants pourront participer aux forums de conversation en ligne. Le but est de leur permettre d'échanger des informations de première importance, d'être écoutés et de partager des moments de vie. Enfin, un colloque, s'appuyant sur ce qui ressortira du réseau et des forums, sera organisé annuellement.

Le site est intéressant à un autre égard. Bien qu'il soit consacré aux enfants malades et hospitalisés sur le territoire bruxellois, les informations et les lois qui y sont mentionnées ont trait aux trois Régions et sont donc susceptibles d'intéresser ceux qui sont concernés par cette problématique dans tout le pays.

Hospichild en quelques clics

Concrètement, le site se divise en trois sections qui correspondent aux périodes «avant», «pendant» et «après» l'hospitalisation. Les deux premières donnent des informations pratiques : une liste de numéros d'urgences, les formalités à remplir lors d'une admission en service pédiatrique, les assurances à prendre, les services d'accueil et d'aide aux parents dans les hôpitaux de la Région bruxelloise, etc. La troisième section concerne d'une part toutes les démarches qui sont liées au départ de l'hôpital et au retour à la maison, d'autre part ce qu'il y a lieu de faire en cas de handicap ou de décès.

Ces sections sont elles-mêmes nourries par les dossiers «Hôpital, combien ça coûte?», «Hôpital et vie professionnelle», «Hôpital et école» qui traitent respectivement des aspects financiers de l'hospitalisation (coûts, intervention de la mutuelle), de la vie professionnelle des parents et de la scolarité des enfants malades. On y trouve de nombreuses indications pour que leur scolarité ne soit pas trop perturbée par leur séjour à l'hôpital ou leur convalescence (via les écoles à l'hôpital, l'enseignement à domicile, des associations spécialisées, l'e-learning...). En fonction du lieu où l'enfant sera pris en charge médicalement, son appartenance

communautaire ou son lieu de résidence, les réponses ne seront évidemment pas les mêmes. Le site possède aussi un lexique pédiatrique qui reprend toutes les professions des personnes qui entourent l'enfant et dont il peut ne pas comprendre la fonction. Des références utiles complètent ces informations.

A côté de la Carte Sociale Vivante, hospichild.be propose d'autres bases de données. L'une répertorie les services pédiatriques bruxellois, chacun accompagné d'une fiche de présentation complète (localisation, services disponibles, coûts...) alors qu'une autre reprend plusieurs associations d'aide aux parents et aux patients. Dans le courant de cette année, un répertoire des formulaires administratifs les plus couramment utilisés, téléchargeables et imprimables, viendra enrichir le site web. Des textes fondamentaux, comme la Charte de l'enfant hospitalisé, la Charte européenne pour le droit à l'enseignement ou encore la Charte des clowns à l'hôpital, y sont également consultables. Au final, cela donne un site dynamique, avec des informations très variées, complètes et réparties sur 1.600 pages (800 pages par groupe linguistique), comportant des centaines de liens.

Un enthousiasme qui ne se dément pas

Depuis son lancement, le nouveau site a reçu plus de 10.000 visiteurs. «C'est un très bon chiffre, souligne Emmanuelle Vanbesien. En semaine, nous avons environ 250 visiteurs par jour qui se connectent au moyen d'une dizaine de moteurs de recherche différents et même étrangers. Il y a donc un intérêt certain de la part de l'internaute.» Le bon accueil réservé au projet – notamment par les professionnels de santé – s'explique aussi par le fait que les informations données sur hospichild ne sont pas médicales et ne renvoient pas à des sites médicaux spécialisés. Le site se positionne en complémentarité à ce qui existe déjà. Aujourd'hui, les réactions émanant des hôpitaux, des mutuelles, des associations, des fédérations de pharmaciens, etc., sont très positives. Elles contribuent non seulement à alimenter le site mais surtout à renforcer le réseau que la coordinatrice met en place. ■

Informations complémentaires auprès
d'Emmanuelle Vanbesien (02 639 60 29
ou evanbesien@cdcs.irisnet.be).

Je clique pour la planète'

Même si c'est encore exceptionnel, un mois d'avril parfaitement sec nous démontre que le climat change. Les experts du GIEC ont remis un rapport alarmant qui nous incite à agir tant sur le court que sur le moyen et le long terme. Pour le court terme, Paul Galand et moi avons fait des interpellations à la Communauté française et à la Région bruxelloise sur le " plan canicule " dans le but d'optimiser son efficacité. Ce plan, mis en place après l'été 2003, vise à protéger la population des effets cumulés et mutuellement aggravants de la chaleur excessive et des pics d'ozone. Élaboré sous l'égide de la Conférence interministérielle Environnement Santé (CIMES), il est divisé en trois phases : une phase de vigilance, une phase d'alerte et une phase de crise.

Pour agir sur le moyen et le long terme, il faut mettre en place une " Union nationale pour le climat " afin de réduire de 30% nos émissions de gaz à effet de serre d'ici 2020. L'humanité est confrontée à l'un des défis les plus importants de son histoire. Elle doit faire la paix avec la nature si elle ne veut pas que les conditions de la vie sur terre deviennent de plus en plus difficiles, voire impossibles, pour une partie croissante de ses habitants (en commençant par les plus pauvres), ce qui amènerait directement à un renforcement des inégalités et de la violence et provoquerait des pertes irrémediables pour la biodiversité.

La réalisation d'un tel objectif requiert la mobilisation de toutes les composantes de la société belge. Ce défi constitue une formidable opportunité de nous projeter dans un avenir plus juste, en assurant, simultanément pour chacun, plus de qualité de vie, plus d'emplois " durables ", plus d'émancipation individuelle et collective.

Nous n'y parviendrons que si, conscients de l'importance de l'enjeu et de l'occasion qui se présente à nous, nous sommes capables de faire appel au sens

des responsabilités collectives et à la créativité de chacun.

Dominique Braeckman,
Présidente du groupe Ecolo à la Cocof

Pour de nouvelles infrastructures pour personnes handicapées de grande dépendance

La Région bruxelloise connaît un déficit important d'infrastructures d'accueil et de logements de personnes handicapées. C'est d'autant plus criant pour les personnes handicapées adultes de grande dépendance, soit des personnes affectées d'un handicap physique ou mental ne leur permettant plus d'assumer les actes de la vie quotidienne. De nombreuses familles bruxelloises sont en effet confrontées à un manque de places en institution et doivent soit trouver des solutions de fortune, soit déraciner la personne handicapée vers d'autres lieux de Belgique souvent lointains, voire garder la personne handicapée à la maison avec les conséquences difficiles que cela suppose.

Résoudre ce problème d'accueil passe inévitablement par différentes mesures. L'une d'entre elle consiste à faciliter la construction de nouvelles infrastructures à Bruxelles. On le sait, le coût du terrain à bâtir en Région bruxelloise est terriblement élevé dès lors qu'il permet des constructions rentables comme du logement ou du bureau. La Région bruxelloise ne peut rester indifférente à cette préoccupation et dispose des moyens pour agir en sa qualité de grand propriétaire foncier ou d'acteur de la planification territoriale. C'est pourquoi j'ai déposé une proposition d'ordonnance au Parlement bruxellois qui vise à imposer, au sein des réserves foncières bruxelloises, la construction d'infrastructures pour l'accueil et/ou le logement des personnes handicapées de grande dépendance. Cela signifie concrètement que, dans les grandes réserves foncières (comme Delta, Schaerbeek-Formation, Tour

et Taxis...), la réalisation de projets immobiliers sera conditionnée à la construction préalable d'infrastructures d'accueil ou de logement pour personnes handicapées.

Concrètement, le Gouvernement bruxellois devra désigner les zones leviers du plan régional de développement (PRD), les zones d'intérêt régional et les zones d'intérêt régional à aménagement différé du plan régional d'affectation au sol (PRAS) qui accueilleront au moins 1.000 m² de logements adaptés aux personnes handicapées et/ou une infrastructure destinée à l'accueil, l'assistance, les soins de personnes affectées d'un handicap physique ou mental ne leur permettant plus d'assumer de manière autonome les actes de la vie quotidienne.

Cette mesure permettra, à terme, d'augmenter considérablement le nombre de places disponibles. Les coûts de construction pourront être couverts facilement grâce aux charges d'urbanisme qui accompagnent systématiquement tout projet d'urbanisation d'envergure. Généralement, on utilise ces charges pour la construction d'équipements d'intérêt collectif comme des crèches, des écoles ou des centres sportifs. Dès que cette proposition sera votée, les infrastructures d'encadrement et de résidence pour personnes handicapées ne seront plus oubliées. Le financement lié au fonctionnement de ces nouvelles infrastructures devra, certes, également être trouvé. Mais garantir la construction de nouvelles infrastructures est déjà un grand pas en avant.

Cette proposition a été élaborée en collaboration avec le GAMP qui fait un travail remarquable. L'ensemble des formations politiques démocratiques a décidé de cosigner ce texte et je tiens à remercier particulièrement MM. les Députés Pesztat, Vervoort et Grimberghs pour leur soutien. Certains sujets méritent de dépasser les clivages politiques majorité/opposition. J'ai toujours travaillé dans cet esprit depuis la création de la Région bruxelloise.

Didier Gosuin

Député et Vice-Président du Parlement bruxellois

Des paroles aux actes

A plusieurs reprises, au fil des colonnes qui nous sont ici octroyées, nous avons mis en avant une série de préoccupations de santé partagées par les parlementaires et qui ont, dans certains cas, pris la forme de résolutions. C'était, à chaque fois, le fruit de longs débats en commission alimentés par des auditions d'experts. Je pense entre autres à la résolution sur la valorisation des résultats des multiples études sur la santé des Bruxellois, à celle sur l'amélioration du dispositif régional de prévention du cancer du sein, aux débats sur les problèmes d'obésité, sur la vaccination, sur les assuétudes... Les sujets de santé ne manquent pas. La question est de savoir quel est le suivi de ces débats, interpellations, résolutions adressés à l'Exécutif.

Les Ministres de la Santé de la Commission Communautaire Commune viennent de formuler une réponse à nos préoccupations en déposant une ordonnance relative à la prévention en matière de santé. Cette ordonnance organise un cadre au sein duquel des actions en matière de prévention en santé pourront être organisées et financées en s'adressant à l'ensemble du public bruxellois et ce, en dehors des traditionnels clivages institutionnels et communautaires. Il s'agit donc d'une avancée significative pour la santé de tous les Bruxellois qui mobilisera toute notre attention dans sa mise en œuvre.

André du Bus

Député bruxellois

Président du groupe cdH au PFB

1 www.jecliquepourlaplanete.be

Annonces

► Stress ne rime pas toujours avec détresse !

Si le stress fait partie des aléas de la vie, l'excès de stress peut entraîner de sérieuses nuisances pour la santé.

D•Stress est un jeu interactif (4 à 12 joueurs) invitant au dialogue à partir de situations concrètes de stress et de solutions possibles. Il a été conçu pour être utilisé tant avec des adolescents qu'avec des adultes. Le parcours de **D•Stress** représente un parcours de vie avec ses événements, agréables ou non, ses défis, ses conflits, ses surprises... En jouant, les participants apprennent à mieux comprendre les mécanismes du stress et à y réagir plus adéquatement.

Si vous êtes intéressé/e par cet outil d'animation et que vous avez envie de vous entraîner à l'utiliser avec un groupe, l'asbl Question Santé vous propose une **formation d'une journée**, le mardi 18 septembre prochain, de 9h30 à 16h00, à la Maison de la Solidarité, 133 rue du Viaduc, à Ixelles. Participation financière : 80 € pour la journée de formation (boissons et lunch compris) et un exemplaire du jeu.

Informations et inscriptions au secrétariat de Question Santé, 02 512 41 74 ou info@questionsante.org

► Appel à volontaires pour tester un premier vaccin contre le cytomégalovirus

BioVallée lance le premier test clinique d'un vaccin contre le cytomégalovirus, à l'origine de handicaps chez l'enfant. Actuellement, il n'existe pas de vaccin contre l'infection par ce virus. Or cette infection survient chez près de 1% des femmes enceintes, dont la moitié transmettent le virus au fœtus, provoquant une surdité ou un retard mental chez 15 à 20% des enfants infectés. Le centre de recherche en vaccinologie de BioVallée est issu d'un partenariat entre l'Université Libre de Bruxelles et l'Université de Mons-Hainaut. Son unité d'investigation clinique du CHU Tivoli, à La Louvière, cherche des volontaires pour tester le vaccin. Les candidats doivent être de sexe masculin, avoir entre 18 et 40 ans et être en bonne santé ; il n'y a pas de restriction géographique. Les volontaires seront indemnisés pour leur participation.

L'étude, réalisée en collaboration avec GlaxoSmithKline Biologics, vise à évaluer la tolérance du vaccin chez l'homme et à mesurer la réponse immunitaire qu'il déclenche. Cette étude est menée conformément aux principes éthiques pour la recherche médicale sur les êtres humains, tels que définis dans la déclaration d'Helsinki de 1964, ainsi qu'aux directives européennes et aux lois belges concernant les règles de bonnes pratiques cliniques.

Informations : Unité d'investigation clinique au CHU Tivoli, 064 27 72 29 ou uic@biovallee.be

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

► Du temps pendant l'été ?

Profitez des prochaines vacances pour côtoyer des professionnels des secteurs de la santé, de la petite enfance... L'asbl Volontariat d'Entraide et Amitié, service de jeunesse reconnu par la Communauté française, propose à tous ceux que l'expérience tenterait de rencontrer différents milieux professionnels au travers d'un **volontariat** de 6 jours ou d'une ou deux fois quatre heures par semaine.

L'asbl est présente dans toute la Communauté française au sein de cliniques, maisons de repos, maisons de quartier, crèches et centres pour personnes handicapées.
Renseignements : 02 223 21 41 (Bruxelles), 02 219 15 62 (Wallonie) ou info@entraideetamitie.be

► XIIème Université d'été de l'Institut Renaudot

Maisons médicales, centres de santé, nouvelle implication des professionnels de santé de première ligne en projets de santé publique, en prévention, voire en santé communautaire... Ces pratiques connaissent aujourd'hui une réelle actualité. Cette journée se déroulera autour des quatre interrogations suivantes :

- Comment se vivent, se pensent, se construisent aujourd'hui l'organisation et les pratiques de soins de santé primaires ?
- Quels sont les enjeux pour les citoyens, pour la promotion de la santé, du renforcement des soins de santé primaire ?
- En quoi la démarche communautaire en santé – et particulièrement l'implication des usagers – enrichit-elle l'organisation et les pratiques de soins de santé primaires ?
- Quel projet de soins de santé primaires intégrés à une démarche communautaire construire aujourd'hui ?

La XIIème Université d'été se tiendra le samedi 20 octobre prochain dans la région parisienne. Programme définitif et modalités pratiques : *Dorothee MARTIN* au 33 1 48 06 67 32 ou renaudot@free.be

Secrétariat de rédaction :
Alain Cherbonnier
Anoucha Lualaba

Conseil de rédaction :
Dr Robert Bontemps
Myriam De Spiegelaere
Thierry Lahaye
Véronique Liebling
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 : info@questionsante.org
<http://www.questionsante.org>



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