

Bruxelles

Santé

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N° **59** - juillet - août - septembre 2010 - ISSN 1371 - 2519

Pratiques communautaires aujourd'hui à Bruxelles

BELGIQUE-BELGIË
P.P. - P.B.
BRUXELLES X - BRUSSEL X
BC 1785
BUREAU DE DÉPÔT :
BRUXELLES X

sommaire

hors champ
SHNA : c'est quoi ça ? 2

dossier
Pratiques communautaires
aujourd'hui à Bruxelles 5

hors champ
L'environnement commence
dans nos murs 13

initiative
Préserver l'autonomie de la
personne âgée ? 16

écho du CLPS
Dominique et Patricia à l'école
des PSE 21

**élargissons
le débat** 23

annonces 24

SHNA : c'est quoi ça ?

SHNA : ces quatre lettres renvoient aux Structures d'Hébergement Non Agréées, à savoir des lieux d'accueil non reconnus, le plus souvent non professionnalisés et dépourvus de projet d'encadrement. D'une part, ces lieux apportent une réponse à des personnes qui vivent des situations telles qu'il leur est impossible de s'intégrer dans une structure d'hébergement reconnue. D'autre part, on y trouve aussi des abus d'autorité et de biens, des formes de maltraitance, une absence de dispositif minimum.

Un groupe de travail comprenant l'Association des Maisons d'Accueil, la Fédération Bico, Fami-Home¹, Infor-Homes Bruxelles, l'Observatoire de la Santé et du Social et le SMES-B² s'est constitué sous l'égide de La Strada, le centre d'appui au secteur bruxellois de l'aide aux sans-abri. Le 20 mai dernier, au Parlement bruxellois, ce groupe a présenté les résultats de ses travaux, au départ des questions suivantes : pourquoi ces structures existent-elles, quels sont les besoins auxquels elles répondent ? Qui sont les personnes qui s'y retrouvent, et pour quelles raisons ? Les secteurs agréés répondent-ils suffisamment aux besoins des publics précarisés ? Quelles sont les conditions légales d'hébergement (bail, convention...) ? Comment distinguer les structures « mercantiles » des initiatives « citoyennes » ?

Pour répondre à ces questions, le groupe de travail a recouru à plusieurs sources d'information : une table d'échange organisée par le SMES en février 2009, réunissant les différents secteurs concernés (handicap, santé mentale, sans-abri, aide aux justiciables, personnes âgées, administrations, CPAS, homes non agréés...) ; des rencontres avec des travailleurs sociaux qui ont collaboré avec une SHNA ; des espaces de parole organisés par des associations pour personnes sans abri, en collaboration avec l'Observatoire de la Santé et du Social pour le Rapport Pauvreté 2010 ; des interviews de directeurs de SHNA réalisées par Quentin Dardenne, dans le cadre d'un master en psychologie à l'UCL.

La table d'échange précitée a pu conclure à une offre insuffisante de lieux d'hébergement : manque de places et conditions d'accès trop strictes dans

les structures agréées ; manque de portes de sortie vers du logement durable ou alternatif; absence de lieux de vie résidentiels pour des personnes de moins de 60 ans en situation de vieillissement précoce³ ; diminution du nombre de lits en hôpital psychiatrique, sans alternative suffisante. Le tout étant accentué par une dilution des responsabilités ⇒

entre les pouvoirs communaux, les CPAS, les Communautés et l'Etat fédéral. Par ailleurs, il est malaisé de caractériser les structures non agréées. Hormis l'absence de reconnaissance officielle, on ne peut pas établir de définition commune. Le tableau suivant met en parallèle leurs aspects positifs et négatifs.

Aspects positifs

- De la place pour un public « difficile » (venu de la défense sociale, de la psychiatrie, de la prison...) et exclu du secteur
- Un décloisonnement de l'offre d'aide
- Pas de projet de réinsertion imposé, pas de contrainte de temps, pas de pression
- Une admission jusqu'à 65 ans tant que l'on respecte les règles
- Parfois une certaine tolérance par rapport à la consommation d'alcool, aux alternances de départs et de retours, au va-et-vient vers l'hôpital psychiatrique

Aspects négatifs

- Un encadrement peu qualifié, non formé (même s'il existe parfois une collaboration avec des professionnels, notamment des soignants)
- Un projet peu clair (notamment quant aux soins psychiatriques)
- La prédominance du jugement de valeur, de l'affectif, un système de punitions/ privations
- Un règlement qui peut être très strict
- Parfois des atteintes aux droits des personnes (courrier ouvert, papiers confisqués, détournement d'argent...)

Le public qui se retrouve dans ces structures présente, comme on l'a dit, des caractéristiques – souvent cumulées – qui lui ferment le secteur agréé : troubles psychotiques, sortie d'un établissement de défense sociale⁴, forte dépendance à l'alcool ou aux drogues, troubles neurologiques, déficiences intellectuelles, handicap mental, absence de projet de vie après psychiatrie ou sans-abrisme de longue durée. On trouve dans ces structures tantôt un bas seuil d'accès, un cadre minimaliste, tantôt une grande rigidité. Certaines ont essayé d'être agréées mais elles ne correspondent pas aux normes. Elles proposent avant tout un lieu de vie, un répit, sans projet d'insertion.

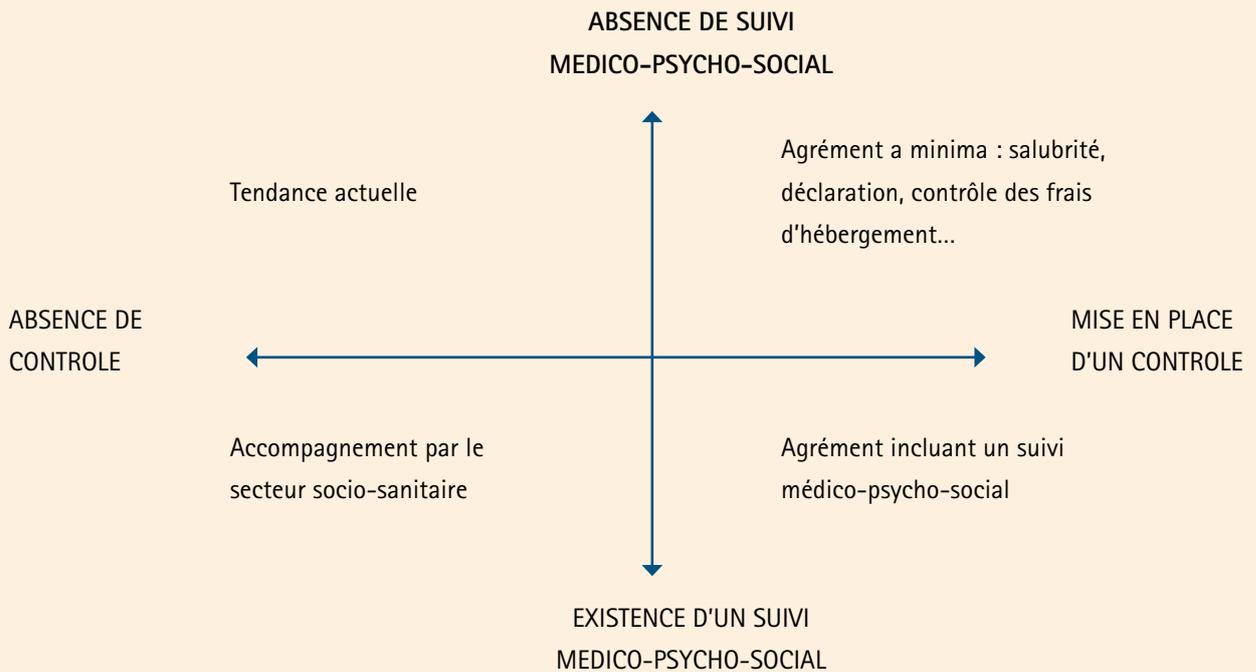
Quoi qu'il en soit, puisqu'il existe des personnes que les secteurs agréés ne peuvent accueillir, les SHNA sont nécessaires, mais leur fonctionnement pose problème parce qu'elles ne sont soumises à aucun contrôle et que les personnes hébergées ne bénéficient d'aucun suivi médico-psycho-social. Les pistes qui se

dessinent pour faire évoluer la situation sont illustrées par le schéma à la page suivante.

L'absence de reconnaissance rend impossible l'amélioration des institutions « bienveillantes » et laisse la porte ouverte aux initiatives « malveillantes ». Par ailleurs, la perspective d'une collaboration entre les structures non agréées et le secteur socio-sanitaire, pour assurer un certain suivi médico-psycho-social, débouche sur plusieurs questions-clés : quelle serait la plus-value pour les personnes ? Quelles seraient les limites de cette collaboration ? Quels dispositifs ou services seraient le plus à même d'assurer l'accompagnement des personnes ? Et quel accompagnement pour les travailleurs de ces services ?...

(Cet article est redevable à l'exposé et au diaporama de Mallorie Van den Nyden)

1. Fami-Home : voir *Bruxelles Santé* n° 58, pp. 4-5. La Fédération Bico(mmunautaire) regroupe les structures d'habitat accompagné, qui sont de la compétence de la COCOM.
2. Santé Mentale et Exclusion Sociale – Belgique.
3. Quelques maisons de repos à Bruxelles accueillent un public psychiatrique, à hauteur de 40% des personnes hébergées. Mais, depuis 2009, un arrêté limite l'accueil de personnes de moins de 60 ans à 5% des lits agréés : il faudrait donc trouver des solutions pour les personnes excédant ce pourcentage – alors qu'il n'existe pas d'autre dispositif d'accueil pour les prendre en charge. Les SHNA apparaissent d'autant plus indispensables.
4. Seules des structures non agréées acceptent les conditions posées par la loi de défense sociale.



Une source d'inspiration pour Bruxelles ?

La députée wallonne Christine Defraigne (MR) a déposé en 2008 une proposition de décret relatif à l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement à long terme des personnes en difficulté sociale. Les mots « à long terme » sont particulièrement importants puisque les critères d'agrément des structures d'hébergement actuellement reconnues comprennent une volonté de réinsertion des personnes accueillies ainsi qu'une limitation de temps. Les conditions d'agrément proposées pour les structures candidates sont les suivantes :

- absence de discrimination (toute personne en difficulté devrait être accueillie, sauf risque de mettre en péril le projet collectif);
- directeur titulaire d'un certificat de bonnes vie et mœurs ;
- capacité d'accueil minimale de 10 personnes ;
- projet d'accompagnement collectif;

- conventions de partenariat avec des professionnels reconnus ;
- rapport d'activités annuel remis à l'Administration.

Les agréments seraient décernés, pour une année dans un premier temps, sur avis de la commission consultative qui fonctionne déjà dans le cadre du décret relatif aux maisons d'accueil. La subvention éventuelle – agrément n'étant pas forcément synonyme de financement – serait accordée sur avis de la même commission et dans la limite des crédits budgétaires. Enfin, la dite commission transmettrait chaque année un rapport d'évaluation du secteur au Gouvernement régional et, le cas échéant, pourrait donner à celui-ci un avis défavorable débouchant sur la décision de fermeture d'une structure – décision dont l'exécution serait confiée aux autorités communales.

Pratiques communautaires aujourd'hui à Bruxelles

C'est depuis sa création en 1996 que *Bruxelles Santé* fait écho aux pratiques communautaires : le n° 1 s'ouvrait sur un article intitulé "La santé communautaire dans le quartier de Cureghem".

Par la suite, plusieurs dossiers et de nombreux articles sont revenus sur le sujet, où le terme "communautaire" n'apparaissait d'ailleurs pas toujours : c'est que, loin d'être univoque, il peut favoriser de dommageables confusions. Comme on le verra, le mot n'est même pas usuel pour certains acteurs.

Il y a dix ans, nous signions par ailleurs¹ un article qui faisait la synthèse de deux années de recherche et de rencontres pour essayer de mieux cerner un concept qui restait souvent flou aux yeux de beaucoup, et des pratiques qui paraissaient parfois contradictoires. Il semble aujourd'hui que de plus en plus de praticiens du travail communautaire, et ce dans divers secteurs, se soient non seulement construits leur vision des choses mais aussi qu'approches et méthodes convergent pour une large part. C'est donc le bon moment pour refaire le point sur la question.

Avant d'aller plus loin, il faut affronter la polysémie du terme "communauté", qui peut engendrer malentendus et rejets (notamment en France, où s'agite aussitôt l'épouvantail du communautarisme). Les "communautés" auxquelles on se réfère ici pourront être des collectivités locales – habitants d'une commune, d'un quartier –, mais à condition de ne pas confondre communauté et territoire (surtout un territoire découpé sur des bases administratives, techniques ou statistiques) ni communauté et population : l'action communautaire ne mobilise qu'une partie – parfois très réduite – de la population locale et implique souvent des personnes vivant dans différents quartiers.

Mais elle peut aussi mobiliser les gens sur une autre base (un centre d'intérêt, un problème, un projet communs), indépendamment de l'aspect géographique. Dans les deux cas, toutefois, les "communautés" dont on parle sont rarement données d'emblée, elles se construisent plutôt dans l'action.²

Vu l'ambiguïté du terme, des auteurs comme De Robertis et Pascal choisissent de l'écartier et parlent de "travail social collectif"³. Certains acteurs se réfèrent tout simplement à d'autres concepts. Ainsi, Damien Kauffman (Prospective Jeunesse), parle de "travail psychosocial" plutôt que de travail com-

1. « Week-end à Grande-Synthe », dans *Education Santé* n° 153, novembre 2000, pp. 10-12. L'article ne figurant pas sur le site de la revue, on en trouvera une version légèrement remaniée sur www.questionsante.org/03publications/charger/colloque_Grande_Synthe.pdf
2. Nous rejoignons la définition constructiviste de Jacques Bury : « Le groupe ne devient communauté que lorsque certaines circonstances lui permettent de prendre conscience de relations privilégiées entre des membres et du fait que ces relations autorisent des changements sociaux impossibles à réaliser autrement, en d'autres termes lorsque apparaît une « conscience communautaire ». » (*Education pour la santé, Bruxelles, De Boeck Université, 1ère éd. 1988, p. 81.*)
3. Christine De Robertis et Henri Pascal, *L'Intervention collective en travail social, Paris, Bayard, 1987.*

4. Ce qui nous fait penser aux sillonneurs décrits par Eric Messens à propos du projet « Enfants des rues » mené à Cotonou (Bénin) : les éducateurs sillonnent le marché, se rendant identifiables pour les enfants ; ils ne vont pas vers eux, ils attendent que les enfants viennent les trouver (« Pratiques cliniques avec les enfants et les adolescents en danger dans la rue », après-midi de rencontre organisé à Bruxelles par l'asbl Terres Rouges, le 20 mars 2009).

5. L'expression est de Charles Burquel. On relira avec profit son interview, « Psychiatisation du social versus travail communautaire », dans Bruxelles Santé n° spécial 2001, pp. 40-45, sur www.questionsante.org/03publications/bxlsantespecial.html.

munautaire : « Pour moi, explique-t-il, le concept de développement communautaire a surtout des connotations sociales et institutionnelles, tandis que l'approche psychosociale intègre la dimension psychologique, individuelle, et la dimension sociale, collective : comment les gens fonctionnent-ils entre eux, comment peut-on renforcer le lien entre eux ? Ces questions se posaient aussi dans les projets auxquels j'ai participé en Asie. Un projet psychosocial est moins un ensemble d'actions concrètes (on ne sait d'ailleurs pas à l'avance quelles actions on va mener) qu'une approche ou une méthode de travail pour renforcer les liens entre les gens. A partir de là un processus peut se développer, où des besoins individuels vont se constituer en besoin collectif. Le travailleur psychosocial commence par créer des liens avec les gens, pour construire une relation de confiance. Il ne propose rien a priori ; en ce sens, il n'a pas de "projet" mais il va être attentif aux problèmes et aux besoins qui apparaissent⁴. Il postule la dimension collective de ceux-ci avant même d'entrer dans la dimension individuelle. L'hypothèse de base est que le lien social constitue un levier contre les problèmes de santé mentale, que les réseaux sociaux ont une fonction préventive. »

Quoi qu'il en soit, le choix du terme "communautaire" est légitimé par la législation régionale : celle-ci a confié à deux secteurs bruxellois des missions explicites, respectivement d'*action sociale communautaire* (aux centres d'action sociale globale, en 1997) et de *santé communautaire* (aux maisons médicales, en 1994 mais avec un financement depuis 2001, revu à la hausse en 2005). L'accord de majorité 2009-2014 de la COCOF confirme que « le Collège continuera à encourager les pratiques communautaires menées par les services ambulatoires (maisons médicales, CASG...) visant la valorisation des initiatives partant des habi-

tants et d'associations et le renforcement des liens sociaux et du soutien social.» Notons que les points de suspension ci-dessus pèsent leur poids, car on sait que des initiatives ont germé dans d'autres secteurs, parfois depuis longtemps, notamment dans le champ de la santé mentale communautaire.

Dernière remarque quant au choix des mots : il est utile, à notre sens, de distinguer *action* et *travail* communautaires. Le second implique en effet la présence de travailleurs, de professionnels, tandis que la première peut être le fait d'un petit groupe d'habitants. Sylvie Leenen, infirmière en santé communautaire au Centre de Santé du Miroir (Marolles) : « J'ai appris par hasard que cinq mamans avaient identifié un problème, s'étaient mises d'accord sur ce qu'elles allaient faire – une pétition – et s'étaient adressées à la bonne personne pour savoir comment s'y prendre... Les gens entrent dans une dynamique communautaire sans que ce soit appelé ainsi, sans qu'il y ait un cadre, sans que des professionnels soient impliqués : c'est là, c'est vivant. Et c'est très sain ! »

La déformation professionnelle peut nous conduire à ignorer ou sous-estimer les réseaux primaires, les solidarités informelles, les ressources mobilisées discrètement, ce qui n'est pas bien gênant en soi (on ne doit pas tout savoir !) mais peut nous empêcher de les appuyer... et de nous appuyer dessus. Plus grave, cette ignorance pourrait les contrecarrer ou les disqualifier en venant y superposer des "programmes pré-pensés"⁵. Stéphanie Martens, psychologue au Coin des Cerises (Neder-over-Heembeek) : « Il faut se décentrer par rapport à la position classique du soignant qui offre un service... et trouve toujours preneur. On met souvent des projets en place sans se demander ce qui existe déjà. Un projet communautaire est à construire autrement, en fonction de ce que l'on voit, entend et observe, en passant par un temps de diagnostic. Par exemple,

un travail que nous avons entrepris avec des jeunes est issu de contacts avec une personne qui travaillait déjà avec eux. »

Un peu d'histoire

Ces précisions étant faites, il est nécessaire de se pencher sur l'origine du concept. Tout d'abord, le travail communautaire vient sans aucun doute du champ de l'action sociale voire socio-politique plutôt que de celui de la santé, et du monde anglo-saxon plutôt que du monde francophone : « Le monde anglo-saxon utilise depuis fort longtemps et couramment les termes d' "action communautaire" ou de "travail social communautaire". On peut en situer l'origine en Angleterre à la fin du 19ème siècle, lorsque des professionnels commencent à vouloir agir sur les problèmes sociaux créés par les effets conjoints de l'industrialisation et de l'urbanisation ; il s'agit de mettre de l'ordre dans des quartiers populaires menacés de "désordre public". Ces expériences seront diffusées ensuite en Europe mais surtout aux USA où ce type d'intervention se développera, non seulement face aux changements sociaux issus (comme en Europe) de l'industrialisation et de l'urbanisation, mais aussi face aux problèmes spécifiques dus aux vagues massives et successives d'immigration et à l'installation – dans les grandes villes américaines – de différentes communautés culturelles vivant en ghetto. »⁶

Dans les années 1930, les sociologues du *Chicago Area Project*, s'appuyant sur les travaux de l'Ecole de criminologie de Chicago, repoussent le modèle explicatif de la délinquance juvénile qui prédomine à l'époque: la délinquance comme résultat de problèmes psychologiques individuels. Leur programme d'action est axé sur

« une conception de la socialisation comme "transmission de valeurs par la communauté environnante" et un combat contre les préjugés relatifs aux minorités raciales et ethniques. Il s'agit ici de mettre l'accent à la fois sur une approche collective des problèmes et sur une philosophie d'action basée sur le *self-help*. »

Ce programme a toutefois dérivé vers une conception visant davantage la conformité que le changement. D'où une nouvelle remise en question dans les années 1950-60, débouchant sur un courant "activiste" dont le leader est Saul Alinsky⁷. Il vise les pouvoirs tant publics (municipalités) que privés (propriétaires de logements, etc.), développant une stratégie de conflit, recourant aux médias et aux pressions en tous genres pour "coincer" ces pouvoirs dans leurs propres contradictions. Il s'agit de forger une identité et une solidarité collectives face à l'ennemi commun, en installant un nouveau rapport de forces préalablement à toute négociation. Alinsky et ses émules reprennent en quelque sorte les méthodes des anciens syndicalistes américains : ils débarquent en ville pour organiser la lutte (*to organize*) et s'en vont lorsque les gens peuvent se débrouiller tout seuls.⁸

Mais, comme d'ailleurs nous le demandait une participante à une session de formation, depuis quand parle-t-on de "santé communautaire"? Allons voir du côté de l'Organisation Mondiale de la Santé. Et rappelons tout d'abord que, dès la fondation de cette institution (1946), la santé est définie au-delà de l'absence de maladie et dans ses trois dimensions: physique mais aussi mentale et sociale. Prise au sérieux, une telle conception dresse clairement des ponts entre la santé et l'action sociale. Par la suite, la Déclaration d'Alma-Ata (1978) se référera explicitement aux "communautés" et la Charte d'Ottawa (1986) prônera notamment le renforcement de l'action

6. Cette citation et les suivantes sont extraites du Cahier pédagogique n° 3 de la Commission communautaire française: Action sociale et action communautaire, CRIDIS/COCOF, Bruxelles, 1ère éd. 1998, pp. 66-71.
7. Son ouvrage *Rules for Radicals* (1971) a été traduit en français aux Editions du Seuil sous le titre (*un peu mou*) Manuel de l'animateur social. Encore en vente sur Internet il y a quelques années, il semble devenu introuvable aujourd'hui.
8. Certains se rappelleront le film de Martin Ritt, *Norma Rae* (1979), avec Sally Field... Pour une vision moins romantique du syndicalisme à l'américaine, voir le documentaire de Barbara Kopple, *Harlan County, USA* (1976), qui relate une grève très dure de mineurs dans le Kentucky.

communautaire. Par ailleurs, la plus ancienne mention de *community health* que nous ayons trouvée en consultant le site de l'OMS (Genève) remonte à 1972. Il est probable que l'importation du terme en français remonte à cette époque, peut-être lors de la première réforme du système de santé québécois à la charnière des années 1960-70.

Quant à l'éclosion des pratiques de santé communautaire, Jacques Morel les rattache à « une longue tradition médicale qui s'inscrit dans le courant humaniste et humanitaire (médecine des pauvres). Son développement remonte au début du 19^{ème} siècle, époque où l'asepsie n'existait guère et où la société entreprenait un virage technologique très important et connaissait de violents mouvements sociaux qui, petit à petit, imposeront un interventionnisme accru des Etats, en matière de contrôle des conditions de vie. On assiste ainsi à un transfert de la prise en charge de la santé, de l'Eglise à l'Etat, et à l'élaboration d'une nouvelle philosophie de distribution des soins ; c'est aussi la naissance de l'opposition entre médecine sociale et/ou publique et médecine privée. »⁹

Ce point de vue médical nous semble devoir être nuancé, tant il paraît aujourd'hui que les pratiques communautaires en santé sont certes le fait de praticiens de la médecine sociale et de soignants de première ligne mais aussi d'acteurs de la santé mentale, d'éducateurs et de travailleurs sociaux (ou psychosociaux) voire d'acteurs culturels. Le champ du travail communautaire pourrait ainsi être situé à la charnière de la santé, du social et de la culture, cette dernière étant comprise dans ses divers aspects d'expression et de création, d'identité individuelle et collective, de repères et valeurs communs – et d'éducation permanente.

Ce qui nous amène à l'éducation populaire. Car l'Amérique latine a sa propre

approche du travail communautaire, dont le grand théoricien est Paulo Freire. Son célèbre ouvrage *Pédagogie des opprimés*¹⁰ a été écrit en 1969. L'auteur y expose les principes d'une méthode de "conscientisation" qu'il expérimenta de 1962 à 1964, au Brésil, où il fut chargé d'un vaste programme d'alphabétisation par le Ministère de l'Education et de la Culture et qui toucha près de deux millions d'hommes et de femmes, puis au Chili, de 1964 à 1967, sous le gouvernement d'Eduardo Frei. Et l'éducation populaire a fait des émules en Europe, notamment à Bruxelles : comme on le verra, plusieurs animateurs de projets communautaires s'y réfèrent explicitement.

Quoi qu'il en soit, "éducation populaire" ou "travail communautaire", la finalité est clairement l'émancipation, la (re) prise en main de sa propre vie, le pouvoir d'agir sur les facteurs qui affectent celle-ci (cf. *empowerment*). Mais un enjeu sera de dépasser l'émancipation individuelle pour arriver à un niveau collectif : autrement dit, il ne s'agirait pas seulement que les individus s'emparent de la dynamique du groupe dans leur propre intérêt mais que le groupe lui-même puisse devenir, au-delà de ses propres contours, une force de changement social. On y reviendra.

Les préalables

Une des formules le plus souvent entendues à propos du travail communautaire est "faire avec les gens et non à leur place". Rien n'est moins aisé, a priori, pour le travailleur de la santé moyen qui, quelle que soit sa discipline, est formé à savoir et à faire *pour les autres*. Il doit donc opérer un repositionnement – plus difficile sans doute à penser pour lui que pour un travailleur social – qui l'oriente moins vers ses propres savoirs et savoir-faire que vers les usagers/patients, vus non plus comme

9. Jacques Morel, « La santé communautaire : historique, définitions et méthodologie » dans Les Politiques Sociales, 2^e éd. (1998), Mons, Ed. Service Social dans le Monde, pp. 15-21.

10. Traduction française chez François Maspero en 1974, réédition à La Découverte en 2001.

dépourvus de (bonne santé, attitudes et comportements adéquats) mais comme capables de (faire, parler, agir, inventer). Il doit lui-même être prêt à apprendre de (du profane) et non plus seulement enseigner... Ce qui ne veut pas dire renoncer à ses savoirs – qui seront au contraire très appréciés lorsqu'ils répondront à une demande, un intérêt, un besoin exprimé – mais être capable de penser la relation comme un échange et non plus comme une transmission unidirectionnelle.

Naïma Jakrir, assistante sociale au Groupe Santé Josaphat et animatrice d'un groupe de femmes, évoque cette réciprocité : « Nous aussi nous découvrons des choses grâce à elles: je suis étonnée, chaque semaine, des informations, des savoirs qu'elles maîtrisent, des positions très claires qu'elles sont capables de prendre. Or ces femmes n'avaient pas de lieu où elles pouvaient se dire, s'exprimer, tout simplement être : nous sommes là pour faire émerger cela. Et on aurait perdu beaucoup si elles n'avaient pas eu ce lieu d'expression ! Car elles peuvent parler mieux que moi des dysfonctionnements des CPAS, du travail au noir, des boulots mal payés, des difficultés de couple ou du divorce. Elles ont cumulé une multitude de problèmes et, malgré cela, elles sont dans l'échange. Elles éprouvent une certaine fierté d'avoir traversé tout cela; elles osent dire ce qu'elles ont vécu et ce qu'elles essaient de faire malgré tout. En même temps, elles disent qu'elles sont avec une sorte d'humilité. »

Ce repositionnement du professionnel est un incontestable préalable au travail communautaire : travailler d'abord avec les ressources qui sont déjà là (ce qui implique d'avoir pris le temps et l'attention de les repérer) et, plus précisément, compter sur les savoirs, les savoir-faire, les compétences des habitants/usagers. Michel Kesteman, directeur de l'Espace Social Télé-Service: « Le premier terrain, c'est une attitude

d'ouverture : être prêt à accueillir les capacités qui sont déjà là chez les gens, être convaincu qu'ils ont des acquis à valoriser. Ensuite, pour faire émerger cela, il faut faire un travail de fond, creuser en profondeur. Et oser croire aux potentialités des gens, même s'ils vivent dans un squat ou sont dans la dépendance. Leur environnement n'est pas seulement une contrainte, c'est aussi quelque chose qui les construit et où ils ont des ressources. On peut les aider à opérer cette construction et contribuer à sa stabilité. Il faut oser croire en eux et les aider à faire de petites choses pour qu'ensuite ils en fassent de plus grandes. Et je suis persuadé que cela a un impact sur la vie dans le quartier. »

Une deuxième condition – à regarder plutôt comme un atout, d'ailleurs – est la connaissance du quartier... et au-delà, car non seulement le quartier vécu est-il une réalité subjective, relative, mais encore est-il interconnecté, parfois de façon peu visible, à d'autres lieux, qui ne sont pas toujours ses voisins immédiats. Même implanté depuis longtemps dans un quartier, tout service aura à "rester branché" sur les évolutions qui peuvent le traverser. Pour un service plus récent, cette phase exploratoire est indispensable : elle permet de repérer les ressources objectivables – services publics et privés de santé, services sociaux et juridiques, associations culturelles, comités d'habitants... – mais aussi moins apparentes et tout aussi importantes : les réseaux primaires des habitants, leurs solidarités informelles, les personnes-relais¹¹, les lieux de rencontre, d'échange et de circulation de l'information dans le quartier (non seulement les lieux prévus à cet effet, mais surtout ceux qui sont choisis par les habitants). Cette phase permet aussi de se faire connaître, de nouer des contacts, d'ébaucher des collaborations, d'envisager des partenariats. Elle peut s'étendre sur une période relativement longue (deux à trois ans

11. Les personnes-relais (expression empruntée à Burquel et à De Robertis et Pascal, cités plus haut) sont des points de repère dans le quartier, où ils sont parfois présents de longue date. Ce sont des relais de communication par les nombreux contacts qu'ils ont avec les habitants. Ils sont souvent actifs au sein de groupes ou d'associations et/ou ont une fonction, une position sociale reconnue.

dans le cas du service de santé mentale Le Méridien). Elle est parfois nommée “diagnostic communautaire” mais le terme est ambigu en raison de ses connotations médicales : il s’agit moins de définir un problème, d’identifier un besoin – même si cela peut aussi surgir – que de créer du lien, échanger, donner la parole, écouter.

Une troisième condition au moins est à retenir: ne pas se lancer seul dans le travail communautaire. Soyez au moins deux ! Cela peut paraître élémentaire, pourtant il apparaît encore aujourd’hui que les “agents de santé communautaire” sont trop souvent isolés dans leurs équipes : la première place reste au travail individuel. Néanmoins, des ponts se font jour entre le travail clinique et le travail communautaire. Nathalie Thomas, psychologue au Méridien : « Le mot *communautaire* a fait du chemin depuis une dizaine d’années mais cela reste difficile, en raison d’un manque de moyens mais aussi du fait que la priorité reste au travail clinique. Cependant, de plus en plus de cliniciens se rendent compte que le social tient une grande place dans la souffrance des gens : la stigmatisation, la perte d’emploi, l’échec au travail, la pauvreté, la précarité... L’approche thérapeutique individuelle a des limites par rapport à la cassure du lien social, et l’approche communautaire paraît intéressante : ensemble, on peut aller mieux, briser l’isolement; ensemble, on peut faire face, retrouver une place dans le quartier. » Mais l’inverse est vrai aussi : « Il faut insister sur l’importance, pour l’équipe communautaire, d’avoir à ses côtés l’équipe clinique : on met parfois le doigt, dans le groupe, sur des choses extrêmement dures,

pour lesquelles le travail en groupe ne suffira pas. Il faut alors pouvoir faire le relais vers un thérapeute. Le groupe peut faire office de passerelle en ce sens. »

Ne nous leurrions pas, cependant : le travail communautaire reste souvent mal compris voire ignoré par les professionnels non sensibilisés à cette approche. Cette solitude du porteur de projet communautaire devrait au minimum être contrebalancée par un soutien institutionnel clair (et un simple feu vert est insuffisant : il faut pouvoir *compter* sur sa direction) et par un point d’appui personnel dans l’équipe voire en dehors de celle-ci : lieu d’échange, groupe de parole, intervention... Nous avons connu un cas où une animatrice ne pouvait en fait s’appuyer que sur une assistante sociale d’un autre service, ce qui créa une solidarité intense et même une amitié... mais attention, fragile! Fort heureusement, dans d’autres cas, l’implication préalable de l’institution dans des projets en partenariat offre un terrain plus fertile. Ainsi, à la maison médicale Enseignement (Bruxelles-Centre), Florence Fauconnier, engagée en février dernier, en est à la première étape du diagnostic communautaire. Elle a commencé par rencontrer l’associatif santé-social du quartier puis a mis en place une “boîte à idées”, des consultations santé et de suivi ainsi qu’une farde de documentation/information à l’intention des patients: « Les accueillantes prennent une part active au processus et les médecins se mobilisent eux aussi. L’équipe est déjà impliquée dans plusieurs projets – le Réseau Santé Diabète Bruxelles, le Réseau Hépatite C, le Réseau Santé Mentale des Marolles, le Réseau Psychiatrie et Précarité de Bruxelles – et a développé des partenariats avec

le CPAS de la Ville de Bruxelles, le Réseau Action Toxicomanies, le secteur bruxellois d’aide aux toxicomanes (beaucoup de patients toxicomanes sont suivis à la maison médicale), le comité de quartier, la coordination sociale de Bruxelles Nord-Est, la maison de quartier, etc. »

Le point de départ et la construction du projet

Nous avons parlé plus haut de diagnostic communautaire en relativisant ce terme. Néanmoins, un projet a toujours un point de départ, même si celui-ci n’est pas un diagnostic *stricto sensu*. Ce peut être une simple observation. Au Groupe Santé Josaphat, le groupe Bag (“lien”, en turc) est né en 2003 d’un constat venant des consultations. Naïma Jakir : « Beaucoup de femmes se sentaient seules. Un appel à projets est alors venu de la COCOF et nous avons saisi l’occasion. Aujourd’hui, le projet est financé via la Cohésion sociale à la Commune de Schaerbeek. Les objectifs sont de permettre à des femmes du quartier de se rencontrer et d’échanger des savoir-faire et des savoir-être; de les amener à l’autonomie par la connaissance de leur environnement, par la compréhension du système belge (par exemple les mutuelles, l’INAMI, etc.). Pour cela, il fallait un lieu bien à elles qu’elles puissent construire ensemble et où elles puissent amener ce qu’elles savent faire et mener à bien ce qu’elles veulent faire. Les travailleurs les accompagnent dans la construction de ce projet. »

Le constat de départ n'est pas loin de celui qui préside à la création d'un groupe d'hommes à l'Entr'Aide des Marolles. Benoît Deléhouzée, travailleur psycho-social au Service d'aide psychologique : « Le groupe s'est construit au départ de la consultation. Un travailleur psychosocial et un psychiatre avaient remarqué qu'il existait beaucoup d'hommes isolés d'un certain âge. Pendant près de deux ans, des professionnels de plusieurs associations et quelques habitants se sont réunis pour réfléchir à ce que cela signifie d'être un homme dans le contexte d'aujourd'hui, tant global (la société) que local (le quartier). Au bout du compte, les habitants restants ont formulé une demande : un lieu de réunion convivial en dehors des horaires de travail, pour se rencontrer, discuter et, éventuellement, mettre en place des actions. Jacques lance alors un jeu de pétanque, prétexte à la rencontre, parce que c'est une activité accessible à tous et qui a une visibilité au dehors, dans l'espace public. »

Jacques Janssens : « Dans la demande initiale, il y avait trois pôles : un local, le débat, les loisirs. Or, à l'époque, Recyclart organisait un tournoi de pétanque. Nous avons donc mis en oeuvre le principe méthodologique qui est de recourir à ce qui existe déjà dans le quartier. En jouant à la pétanque, on a commencé à rencontrer des gens qu'on ne connaissait pas du tout, et finalement un groupe s'est constitué. A l'automne, le besoin d'un local s'est fait sentir et nous avons assez vite obtenu l'accès à la maison de quartier Querelle : depuis trois ans maintenant, une réunion s'y tient tous les quinze jours, le lundi de 18h00 à 20h30, avec de plus en plus d'habitants et de moins en

moins de professionnels au fil du temps. Le lien créé en jouant à la pétanque a ainsi amené le groupe à se réunir dans ce local – qui est en outre extérieur à l'institution, ce qui était une demande des habitants : ainsi, ils ne se sentent pas éti-quetés, ils ont une autonomie par rapport à l'institution. »

On voit dans ces cas qu'au-delà du constat initial, il faut encore pouvoir "saisir la balle au bond". Il en va de même lorsque le point de départ est une demande. Aïda Lombeyda est psychologue et responsable des animations au Planning Familial Leman. Depuis treize ans, elle travaille, en partenariat avec la Maison Mosaïque d'Etterbeek et Vie Féminine Bruxelles, avec des femmes de diverses origines étrangères impliquées dans une formation à visée d'insertion socio-professionnelle : « La première demande de la formatrice de Mosaïque portait sur une simple animation concernant la contraception et les infections sexuellement transmissibles. Comme les femmes montraient le désir de s'exprimer et d'apprendre au-delà de cette information, c'est devenu un programme d'une matinée par semaine, qui se renouvelle chaque année avec un nouveau groupe. Après un premier contact, les sujets des rencontres suivantes sont déterminés en fonction des préoccupations du groupe : la violence, les relations hommes-femmes, comment trouver sa place dans le pays d'accueil, comment imposer des limites aux garçons quand on est une mère seule... et même comment s'accommoder du climat : le Belge moyen ne se rend pas compte à quel point il est difficile d'affronter notre hiver quand on est né sous les tropiques ! Et cela a des conséquences très concrètes, y compris sur le plan économique : le chauffage, les vêtements... »

Autre exemple, qui montre encore mieux l'effet boule-de-neige qui peut se produire si les professionnels sont attentifs à saisir, susciter ou favoriser les occasions : « Parmi les projets qui fonctionnent sur le quartier, dit Michel Kesteman, on peut citer l'école de devoirs du Rempart des Moines, qui réunit régulièrement une cinquantaine d'enfants du primaire et autant du secondaire. La question était : comment mobiliser les parents ? Et la réponse est venue d'une question des mamans, il y a trois ou quatre ans : vous faites beaucoup pour nos enfants, que pouvez-vous faire pour nous ? Ce que nous avons reformulé ainsi : qu'allons-nous faire avec vous ?... Ces femmes avaient un sentiment de solitude et d'enfermement. La première étape a consisté pour elles à apprivoiser le quartier : découvrir le terrain, apprendre à connaître les ressources locales. Ensuite elles ont discuté des questions qui les préoccupaient, telles que la santé ou le logement. Cette "alphabétisation sociale", et le fait de voir ce que les autres entreprenaient, cela a entraîné un gain de confiance en soi : certaines se sont investies dans une formation, d'autres ont commencé à travailler dans un magasin. Puis elles ont eu l'idée de faire quelque chose de productif ensemble : cuisiner pour le personnel de l'institution. C'est devenu "la soupe du vendredi", un enjeu culinaire mais surtout un enjeu en termes de relations sociales entre usagers et travailleurs. Ces femmes ont aussi constitué une cagnotte pour devenir autonomes financièrement et organiser une tontine, elles ont assisté à une soirée de chant choral, etc. Ce mélange d'expériences socioculturelles leur permet de s'autoriser à changer le cadre à travers lequel elles percevaient les choses. De nouvel-



les idées, de nouveaux projets s'ensuivent; elles font de nouveaux apprentissages, prennent de nouvelles initiatives. »

Cet effet boule de neige est explicitement recherché par les animateurs de projet. Ainsi, Aïda Lombeyda : « L'enjeu est de dynamiser les femmes pour qu'elles puissent réagir dans la communauté, le voisinage, le quartier. Un petit groupe d'entre elles s'est ainsi formé au planning familial et aux droits qu'elles peuvent faire valoir. Nous recherchons un effet dominos, un effet multiplicateur pour que les femmes connaissent leurs droits, connaissent les ressources de leur environnement (les associations, les services sociaux, les services de santé...) et apprennent à les utiliser. Pour moi, le travail communautaire, c'est ça : faire en sorte que les savoirs, les ressources ne restent pas entre professionnels, que les gens puissent se les approprier et que ceux qui se sont ainsi formés apprennent à leur tour aux autres à les maîtriser et à s'en servir. »

La planification de projet apparaît ainsi sous un autre aspect que celui qui est le plus répandu, de l'Université aux

Cabinets et aux Administrations. Le schéma linéaire (analyse du contexte et des besoins => définition des priorités, stratégies et moyens => mise en oeuvre et évaluation) fait place à un modèle plus circulaire. Qui n'est pas pour autant fermé : le cercle fait avancer, la boule roule sur elle-même. Comme nous l'écrivions par ailleurs¹² : « On avance pas à pas : pas de planification prémâchée. On se sait pas ce qui va surgir, ça se construit par étapes. On connaît son point de départ et on sait où on veut arriver, mais entre ces deux points il faut laisser les choses se faire. Et savoir saisir les occasions. »

Mais il est évident que cette conception, tout étayée qu'elle soit par des productions scientifiques, va à l'encontre de l'institué, fait d'ordre, de régularité, de vérification et de prévision. Ceci n'est pas un plaidoyer pour l'anarchie mais bien pour un équilibre entre logique d'ordre (de structuration), dont la prédominance peut aboutir à la normalisation, la standardisation voire la sclérose, et logique de désordre (de créativité, d'innovation) qui, laissée à elle-même, peut déboucher sur l'inefficacité ou l'incohérence. Mais cette tension est aussi nécessaire pour qu'un projet reste vivant.

À suivre en décembre...

Dans la seconde partie de ce dossier : les places respectives des professionnels et des habitants/usagers, les méthodes et "portes d'entrée" dans le travail communautaire – et l'épineuse question du relais vers le politique.

Alain Cherbonnier

12. Voir note 1, page 5.

Hors champ

L'environnement commence dans nos murs !

La psychologie environnementale ou psychologie de l'espace est une discipline récente. Elle s'intéresse à la compréhension des interactions qui existent entre l'individu et son environnement naturel, bâti et social. Elle tient compte de l'impact que peut avoir le lieu de vie dans l'amélioration du bien-être et de la santé des usagers.

Nous vivons et travaillons dans les lieux que nous bâtissons ; pourtant, ces lieux sont très rarement conçus en fonction des besoins humains mais plutôt suivant des critères d'économie, de rentabilité, de performance ou d'esthétique.

Marc Crunelle, Docteur en psychologie de l'espace et Professeur à l'Institut Supérieur d'Architecture (ISAI) Victor Horta, a défini la psychologie de l'espace comme « l'étude du comportement des gens en milieu bâti ». Cette discipline est assez récente et encore peu connue : « Il existe aujourd'hui une myriade d'études mais pas de théorie globale. Beaucoup de ces études sont commandées par le secteur privé et donc axées sur la performance et non sur la finalité humaine. Il faut remettre l'homme au centre des préoccupations architecturales, comme origine et finalité du processus de conception de l'environnement construit. Comme l'a dit Churchill, nous construisons des habitations et elles nous façonnent ».

Il est aujourd'hui avéré que le cadre de vie des individus a un impact sur son bien-être, son stress, sa santé, ses comportements... Une mauvaise conception de l'espace, par exemple en milieu scolaire ou hospitalier, peut avoir des conséquen-

ces importantes sur la concentration des élèves ou la santé des patients : anxiété, pression sanguine plus élevée, consommation médicamenteuse augmentée. Malheureusement, l'impact cognitif et comportemental que peut avoir le cadre de vie sur le bien-être des individus est très souvent ignoré. Marc Crunelle : « Les architectes sont en décalage avec les besoins des gens, ils se contentent bien souvent de faire de beaux objets. Il faut nous rappeler que l'architecture est au service des êtres humains et que la finalité d'un bâtiment dans sa conception intérieure et extérieure, c'est d'y vivre, d'y travailler. »

De nombreux éléments peuvent influencer la perception d'un espace et donc le bien-être potentiel qu'on y ressent. La disposition des sources lumineuses dans l'espace public peut ou non laisser





des zones d'ombre importantes, génératrices d'un sentiment d'insécurité. De même, la couleur des murs influençant l'état d'esprit des usagers, il est possible de travailler sur différentes couches de pigments ou d'introduire dans les peintures des particules qui vont réverbérer la lumière. Ces techniques permettent souvent un mieux-être et une économie

d'énergie à long terme. L'acoustique d'un lieu peut aussi générer une ambiance oppressante ou, au contraire, favoriser la concentration. Mais, pour mieux adapter l'espace aux besoins physiologiques et psychologiques des êtres humains, il est souvent nécessaire d'investir davantage tant dans les matériaux utilisés que dans les études préalables à tout projet.

Pourtant, augmenter le bien-être des usagers d'un espace bâti, qu'il soit hôpital, école, espace public ou lieu d'habitation, ne nécessite pas toujours un investissement financier ou technique important. Couleur des murs, disposition des lumières, espaces verts : il suffit parfois de peu de choses pour améliorer sensiblement les conditions de vie. En témoigne l'initiative mise en place dans la salle de réveil du Centre hospitalier universitaire Saint-Pierre, à Bruxelles. En 1995, l'hôpital Saint-Pierre a été l'objet d'un important réaménagement. En même temps, la direction a défini de nouvelles priorités : la relaxation et la gestion de la douleur. Cette nouvelle approche a permis le développement de projets originaux.

Brigitte Croix, infirmière responsable du quartier opératoire et de la salle de réveil, raconte la métamorphose des lieux : « Le personnel infirmier de la salle est confronté à des situations médicales particulières. Après une anesthésie générale, les patients subissent une amnésie post-opératoire et des troubles de la concentration pendant plusieurs heures. Ces troubles de la mémoire peuvent être très angoissants pour les patients, qui ne se souviennent plus où ils sont ni pourquoi ils sont là, et oublient également les réponses fournies par le personnel infirmier. Il y a quinze ans, Roger Henneaux, un infirmier de l'équipe, a proposé de mettre en place un cadre plus sécurisant. Après de nombreuses recherches, il est entré en contact avec l'Académie des Beaux-Arts de Bruxelles, et un projet a été mis sur pied. Les élèves de dernière année ont illustré le plafond des deux salles de réveil (adultes et enfants) dans le cadre de leur travail de fin d'études. »

Dans la salle des adultes, ces étudiants ont créé une ambiance calme et rassurante en peignant des arbres et des fleurs dans des couleurs douces. La lumière n'émane pas du plafond vers le patient, mais de lampes placées au-dessus des lits et dirigées vers le plafond. Ces lam-

pes diffusent une lumière dorée très différente des classiques néons blancs. Le résultat est une atmosphère d'aube en forêt, propice à la détente. La première image que le patient voit, lorsqu'il ouvre les yeux en sortant de l'anesthésie, est une impression de lever de soleil dans les bois fleuris et, apparemment, il s'en trouve bien. « Nous recevons tous les jours des remarques positives de la part des patients, assure une infirmière de l'équipe. Et c'est également plus agréable pour le personnel de travailler dans cette ambiance ! »

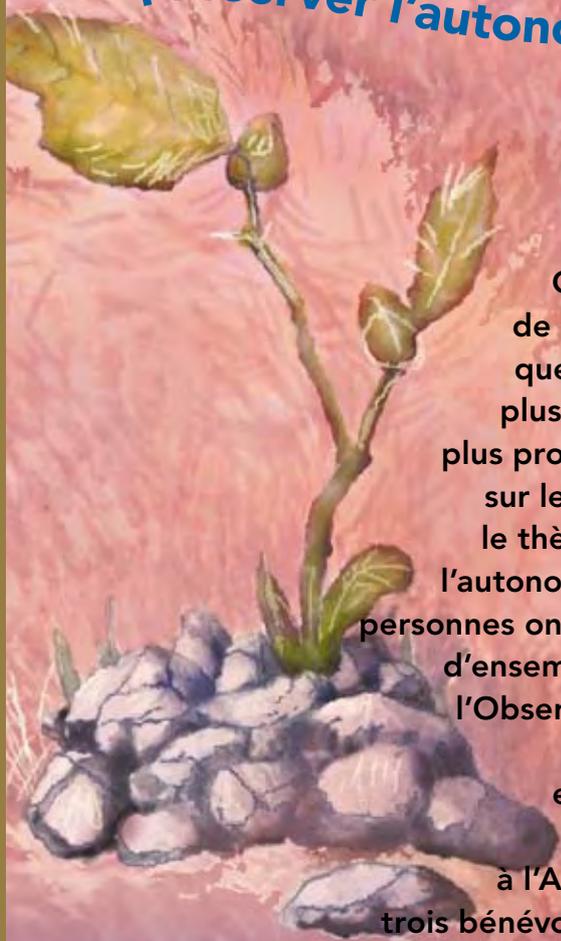
« Dans la salle de réveil des enfants, explique Brigitte Croix, les étudiants ont choisi d'illustrer le monde du cirque et d'inclure une télévision qui diffuse des dessins animés. Clowns, ballons, éléphants occupent les murs et les plafonds. Avec la télévision, ils offrent une distraction aux enfants et diminuent leur anxiété.»

Certains éléments architecturaux peuvent également avoir une action thérapeutique, notamment l'exposition à l'élément naturel: la présence de plantes vertes, d'aquariums, de serres, de fenêtres donnant sur un parc, l'accès à un jardin permettent de réduire les sources de stress et la fatigue cognitive*. Les peintures réalisées dans la salle de réveil du CHU Saint-Pierre remplissent le même rôle. A défaut de fenêtres ouvrant sur un espace vert agréable, la nature a conquis les murs et les plafonds !

** Voir Stéphanie Pornin et Cécile Peeters, Psychologie environnementale. Design et bien-être, Millénaire 3, Le Centre Ressources Prospectives du Grand Lyon, 2009*

initiative

Préserver l'autonomie de la personne âgée ?



Le 28 avril dernier, avec le soutien de la Commission communautaire française, l'asbl Question Santé proposait aux acteurs bruxellois de la santé et du social un autre type de rencontre que les colloques annuels qu'elle organisait depuis plusieurs années¹ : moins solennel, plus interactif et plus proche des questions bien concrètes qui se posent sur le terrain. Pour inaugurer cette nouvelle formule, le thème retenu était le suivant : comment préserver l'autonomie des personnes âgées ? Une quarantaine de personnes ont pu échanger à ce propos à partir d'un tableau d'ensemble brossé par Annette Perdaens, directrice de l'Observatoire de la Santé et du Social, et de plusieurs exemples proposés par Séverine Declercq, ergothérapeute à la Maison médicale Essegheem (Jette), Marie-Claire Giard, assistante sociale à l'Antenne Andromède (Woluwe Saint-Lambert), et trois bénévoles du Réseau Santé Sainte-Anne (Auderghem), Agnès Dubois-Pèlerin, Annette Tondeur et Cécile Vanderweyen.

1. Voir les numéros spéciaux de Bruxelles Santé de 2002 à 2009 sur www.questionsante.org

On confond souvent autonomie et indépendance, a souligné d'emblée Séverine Declercq, citant Paul Sivadon : l'autonomie est l'art de gérer ses dépendances. Ce qu'elle illustre par l'exemple d'une personne en chaise roulante qui gère parfaitement ses activités et ses relations avec les services dont elle dépend... Dans ces quelques pages, qui n'ambitionnent pas de faire le compte rendu exhaustif d'une matinée d'échanges, nous tenterons de retenir ce qui peut favoriser ou restreindre l'autonomie de la personne âgée.

Parmi les facteurs d'autonomie, **le revenu** figure évidemment en bonne place, alors que l'arrivée de la retraite

entraîne pour la plupart d'entre nous une diminution, parfois très importante, des ressources financières. Les personnes âgées vulnérables, dit Annette Perdaens, sont celles dont les ressources – d'ordre matériel mais aussi en termes d'instruction, de santé, de capital social et symbolique – ne permettent pas de faire face aux accidents de la vie. Le seuil de pauvreté (878 €/mois en 2008) ne permet pas de vivre décemment à Bruxelles, où le loyer mensuel minimum se situe entre 400 et 500 €. Ces chiffres sont éloquentes, par contre les personnes qui vivent cela sont silencieuses : la fierté les empêche de se plaindre. La visibilité de ces situations est donc inversement proportionnelle à

leur fréquence. Avec l'augmentation du coût de la vie, ces personnes se débrouillent tant bien que mal, par exemple en récupérant des invendus à la fin du marché ou en négociant avec les commerçants, plus rarement en s'organisant (achats groupés). Pour elles, c'est toujours « choisir et renoncer » : où ira la priorité cette fois-ci ? A la nourriture, au chauffage, aux soins, aux vêtements ?...

Facteur aggravant, **l'accès à l'information** de ces personnes est moindre. Sur ce plan, la fermeture de nombreux bureaux de poste constitue un drame pour certains seniors, qui trouvaient là un point de chute, des visages connus, une source de renseignements. Un rappel à propos de la communication : pour les personnes les plus précaires, l'écrit n'est pas seulement un outil inadéquat, c'est un obstacle ! Tel qui réalise un support d'information devrait employer un langage extrêmement simple et tabler sur les visuels. Du moins s'il veut que cela ait la moindre utilité pour ces personnes qui, contrairement à la plupart des travailleurs du social et de la santé, ne proviennent pas de la classe moyenne.

De manière plus générale, l'absence de **recours aux droits et aux services** est fréquent chez les seniors (par exemple, l'allocation aux personnes âgées est très peu utilisée à Bruxelles), que ce soit par manque d'information, par fierté ou encore pour des raisons liées à l'image des services. Ainsi, les soins de santé mentale gardent une image très négative, stigmatisante, et les seniors font très peu appel aux services ambulatoires. Par contre, 20% des appels à Télé-Accueil sont le fait des plus de 60 ans. Les difficultés qui motivent ces appels sont les mêmes que dans la population générale : isolement, précarité, relations familiales dégradées. Mais un problème très sérieux se pose avec certaines personnes d'origine étrangère qui

L'Observatoire de la Santé et du Social se veut un outil d'aide à la décision politique. Il travaille non seulement avec les parlementaires bruxellois mais aussi avec des travailleurs sociaux et des groupes de personnes pauvres, tant il est indispensable de tenir compte des réalités vécues sur le terrain. Quelques chiffres significatifs : dans les quartiers pauvres, l'espérance de vie est inférieure de 3 ans à celle qui prévaut dans les quartiers riches ; et les plus pauvres – ceux qui vivent à la rue – décèdent bien souvent avant d'arriver à l'âge de la retraite. Bruxelles est la troisième ville la plus riche d'Europe après Londres et Luxembourg, mais la richesse qui s'y crée, on le sait, ne profite guère à toute une partie de sa population : la capitale est plus défavorisée que l'ensemble du pays. On distingue actuellement deux indicateurs de fragilité : un niveau d'instruction faible (et le chômage de longue durée ou les emplois déqualifiés auxquels il conduit) et le statut de locataire (contrairement à la Flandre et la Wallonie, Bruxelles compte plus de locataires que de propriétaires de leur logement).

voient leurs liens sociaux s'effriter. Elles ne maîtrisent aucune des langues nationales, ne sont plus du tout autonomes et ne veulent pas entendre parler de la maison de repos.

Un facteur important d'autonomie est **le logement**, on le sait, et on le voit a contrario : un déménagement peut être une catastrophe car, mise à la porte, une personne âgée trouvera difficilement un toit au même prix (surtout si elle occupait le même logement depuis longtemps), mais aussi parce qu'un départ signifie la perte des liens sociaux noués dans le quartier. Incapables de trouver mieux, des seniors doivent se contenter de logements insalubres. Les logements sociaux ne sont accessibles que dans un délai de 8 à 10 ans, les maisons d'accueil proposent un type d'hébergement qui n'est absolument pas adéquat, et la maison de repos coûte plus cher que le montant de la pension de retraite : c'est un « choix » que l'on repousse tant qu'on le peut. Les personnes dépendantes du CPAS reçoivent 84 € d'argent de poche mensuel. Comme

Quelques mots sur les CPAS : les politiques sociales varient parfois très sensiblement d'une commune à l'autre, les travailleurs sociaux reçoivent officieusement des consignes « d'économie » (les budgets sont chroniquement déficitaires), le droit de recours contre les décisions du CPAS reste inutilisé par les personnes âgées et, chez les professionnels, le manque de temps rend difficile la détection de situations lourdes mais discrètes. Toujours la fierté, à laquelle on tient d'autant plus que l'on n'a rien d'autre... Certains CPAS commencent cependant à repenser leur façon de travailler avec les personnes âgées : la coordination interne (entre assistants sociaux et aides familiales, par exemple) vient remplacer la parcellisation ; différents services sont fusionnés et proposent désormais un seul interlocuteur à la personne âgée ; le travail en réseau se développe avec l'associatif.

dit l'une d'elles, « le 17 du mois, on ne peut plus fumer ou boire son petit verre ». Résultat : certains « font les poubelles », au grand dam de la direction du home !

Parmi les facteurs d'autonomie, **le maintien des liens sociaux** est déterminant. Les personnes âgées précarisées ont le sentiment d'être abandonnées par la société : « quand on a plus de famille, we zijn niks ! »... Les relations familiales, pourtant, peuvent représenter le pire comme le meilleur : éloignement des enfants, tensions, conflits, ruptures – ou agressivité quand la proximité est trop grande. L'entourage, au sens large, joue un rôle très important, et les diverses formes d'habitat solidaire représentent une piste intéressante, tant pour combattre la solitude et s'entraider que pour faire des économies de loyer. Mais il faut apprendre à vivre ensemble... et conserver le statut d'isolé sous peine d'une perte de revenu (passage au statut de cohabitant).

Nous avons déjà consacré un dossier à l'habitat groupé (n° 48), où sont notamment présentées les maisons Abbeyfield, et le projet Biloba a brièvement été évoqué dans nos pages

(n° 56, p. 8). L'Antenne Andromède représente encore une autre formule. Trois principes y président, explique Marie-Claire Giard, assistante sociale au CPAS de Woluwe Saint-Lambert. D'abord, non seulement chacun est chez soi dans sa chambre, mais encore les habitants de chaque pavillon sont chez eux dans le living et la cuisine : les travailleurs sociaux sonnent avant d'entrer ! Ensuite, il faut un espace privé suffisant et des rencontres en groupe le plus harmonieuses possible. Enfin, les habitants peuvent faire appel à l'équipe sociale. Ce que ça donne ? De la solidarité... et des conflits. La vie, quoi !

L'Antenne Andromède est née en 1981 d'un constat – la liste d'attente pour l'entrée en maison de repos était énorme alors que, peu après leur entrée, l'état de santé des résidents se dégradait et leur dépendance s'accroissait – et d'une occasion : six pavillons de 5 chambres, prévus initialement pour des familles nombreuses, étaient disponibles. Les affecter à de petits groupes de personnes âgées est apparu comme un moyen de combattre la solitude, la dépression, la prise de médicaments, la peur en cas d'accident, tout en permettant aux seniors de jouir d'une certaine autonomie. Les résidents sont aidés par les aides familiales du CPAS et soutenus par l'équipe sociale de celui-ci ; une convention avec un service d'aide à domicile permet de répondre à des besoins plus spécifiques ou de prendre le relais en soirée et le week-end. Sur le plan financier, le prix de journée (25,80 €) est fixé par le CPAS ; il couvre, à parts plus ou moins égales, les charges fixes, les services et l'alimentation. Pour ce dernier poste, les personnes reçoivent une enveloppe qu'elles gèrent elles-mêmes.

Quant à la procédure d'admission, les habitants se choisissent. Il convient d'abord de bien expliquer le projet au candidat, puis de le présenter à deux des groupes, afin qu'il puisse faire son

choix, ces groupes ayant eux aussi la possibilité de dire oui ou non. Il s'ensuit une période d'essai. On constate que les problèmes portent surtout sur les habitudes de vie. Il y a aussi beaucoup de subjectivité en jeu, mais n'est-ce pas normal ? Vivre ensemble, c'est subjectif!... Quant à la sortie, la décision revient à chaque personne, sauf en cas de transgression du Code civil. Quand un problème de santé grave se produit (une personne désorientée ou qui ne sait plus ce qu'elle fait de l'argent, par exemple), on constate que le groupe trouve souvent des solutions. Mais il peut aussi compter sur l'aide familiale.

Parmi les facteurs d'autonomie de la personne âgée, il en est qui tiennent à **l'attitude des professionnels** : ainsi du respect de la personne. Séverine Declercq a beaucoup insisté sur ce point, en donnant des exemples bien concrets. Respect de l'intimité : comment faire pour que le moment du bain reste intime ? On peut certes aménager la baignoire, mais cela a un coût, et un simple savoir-faire assorti d'une aide technique peut suffire : une « planche de bain » est fixée sur la baignoire, la personne s'y assied puis enjambe le bord. Néanmoins, c'est parfois très difficile à réaliser en raison des appréhensions de la personne âgée.

On ne part donc pas ici de solutions toutes faites ou d'une typologie, il s'agit d'un accompagnement visant le bien-être et basé sur l'écoute et la présence. Aussi faut-il toujours répondre, en premier lieu, au problème que la personne met en avant (se couper les ongles, par exemple), même si cela paraît tout à fait accessoire en regard d'une priorité évidente (comme l'hygiène générale). En effet, si l'on vient avec « la grosse artillerie », la porte ne se rouvrira pas la fois suivante. Tandis que, si l'on veille à répondre à la demande initiale, on entrouvre la porte et, une fois son but atteint, la personne amènera le « vrai » problème qu'elle n'osait pas aborder d'emblée.

Travaillant à domicile comme ergothérapeute – pas seulement avec des personnes âgées – Séverine Declercq est salariée par la Maison médicale Essegheem, ce qui lui donne un grand luxe, dit-elle : pouvoir prendre son temps. Un luxe qui est pourtant aussi un excellent investissement en termes de baisse de la consommation de soins et de médicaments, comme ses collègues s'en sont aperçus. Les personnes âgées qu'elle rencontre actuellement ont de 82 à 99 ans. Elles sont souvent référées par le médecin généraliste. Une situation assez typique est le retour au domicile après une hospitalisation ; la personne a souvent peur d'être « placée », alors que ce n'est qu'une éventualité toujours subordonnée à son souhait. Une première rencontre peut déjà avoir lieu à l'hôpital, pour faire le point et planifier les changements à organiser. Des contacts avec l'assistante sociale et le kinésithérapeute visent ensuite à mettre en place ce qui est nécessaire.

Il est fondamental de respecter son rythme et ses choix, de chercher avec elle la solution bien spécifique qui lui conviendra, à elle. C'est vrai dans tous les cas de figure mais encore davantage à domicile : en institution, les seniors ne se sentent pas chez eux mais, « à la maison », c'est nous qui devons être acceptés dans leur lieu de vie !

Le Réseau Santé Sainte-Anne, dont Cécile Vanderweyen fait partie depuis 25 ans, a notamment mis en exergue l'importance de **la mobilité**. Une des demandes le plus fréquemment adressées au réseau porte en effet sur le voiturage : se déplacer, pour des soins mais aussi pour des loisirs, est parfois un sérieux problème à Bruxelles. Certains quartiers sont mal desservis par les transports en commun, surtout le soir ; le sentiment d'insécurité est accru chez les personnes âgées ; les taxis sont trop chers et les chèques-taxis inadéquats. Un système de voiturage gratuit ou donnant lieu à un petit forfait est donc une formule non négligeable. En outre, le bénévole ne se contente pas de « voiturier » la personne, il l'attend, reste avec elle, bref il l'accompagne. « Quelle est la motivation des bénévoles ? » demande quelqu'un. Réponse : « Le plaisir d'aider. Et aussi les contacts sociaux :



De gauche à droite : Annette Tondeur, Cécile Vanderweyen, Agnès Dubois-Pèlerin, Bettina Cerisier, Annette Perdaens, Séverine Declercq, Marie-Claire Giard.

on rencontre beaucoup de gens. » Agnès Dubois-Pèlerin ajoute : « C'est léger. C'est simple. On donne ce qu'on veut. » Mais les bénévoles tiennent des réunions régulières, et la coordinatrice a un rôle fondamental, qui représente un gros mi-temps... non salarié : le réseau bénéficie d'un petit financement de la Fondation Roi Baudouin mais il reste tout à fait indépendant.

Ce réseau de bénévoles réactive en les organisant les solidarités de proximité, le « réseau primaire » qui

ferait autrement défaut. Mais il ne se substitue pas aux services professionnels, il les complète en prenant en charge des demandes auxquelles ceux-ci ne répondent pas ou qui s'expriment en dehors des heures de travail : après 17h00, pendant le week-end. D'ailleurs, l'accès aux services professionnels reste un enjeu de premier plan pour les seniors esseulés ou fragilisés : « quand ces personnes y ont leurs entrées, dira quelqu'un, c'est du ciel bleu dans leur vie ».

Le Réseau Santé Sainte-Anne est né dans les années 80 lors d'une réunion de quartier (un décès inaperçu avait provoqué une mobilisation des habitants) ; il s'est développé à Auderghem sur le Vieux Sainte-Anne et déborde maintenant sur le quartier Saint-Julien. Composé de dix bénévoles au début, il en comprend aujourd'hui une quarantaine. Il ne s'adresse pas qu'aux personnes âgées et propose des formes d'aide très pratiques : aller promener le chien, faire les courses, passer à la pharmacie, conduire quelqu'un à l'hôpital ou chez le médecin – mais aussi s'occuper d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Le réseau reçoit un minimum de 4 à 5 demandes par jour.

Dominique et Patricia à l'école des PSE

Des échanges de pratiques avec les acteurs PSE : depuis deux ans, nous persistons et signons ! Nous avons ce désir d'instaurer un dialogue qui ne charrie pas les lieux communs ou propos défaitistes. Et pour rester pile poil dans le sens des besoins des acteurs de la promotion de la santé à l'école (PSE), nous avons opté pour un brainstorming... Rien de tel pour rester ancrées dans les pratiques mais aussi créer ce léger décalage qui suscite questions, ouverture, nouvelles idées, perspectives. C'était un pari... plutôt tenu en regard des années passées.

Première rencontre : le brainstorming. Chacune (oui, les hommes sont rares dans ce secteur) examine, certaines très vite, extraient « la chose » ; un réveil, une bougie, une clé, d'autres hésitent. Une prend la crème solaire, la délaisse puis saisit un autre objet... Avant le brainstorming, un peu d'échauffement ; il s'agit de se présenter, autrement. Nous les premières, nous y allons de notre histoire, d'une petite voiture, d'un caillou... et les présentations s'enchaînent où le quotidien de chacune s'éclaire d'un clin d'œil très personnel. Les consignes du brainstorming sont vite assimilées. Le principe de la roue libre (lâcher prise) démarre au quart de tour. Des flots légers survient la tempête cérébrale. Les idées jaillissent, les propositions fusent. Nous, avec nos marqueurs et nos panneaux, nous peinons à suivre. Au bout de la matinée, ouf, nous sommes arrivées... à bon port. Là, autour de la table, toutes sont surprises, presque hilares de cette traversée.

Et pas peu fières de présenter leur tableau de chasse aux idées. Nous résumons : les avis sont très tranchés par rapport à des séances théoriques ou conceptuelles : assez, c'est assez ! L'heure est à assurer de la cohérence par rapport au travail sur le terrain, partir des pratiques de ce terrain, de thématiques (les primo-arrivants, la maltraitance, l'alimentation...) et de questions plus transversales : la communication avec l'école, avec les parents. Le désir est de rester entre PSE mais pourquoi ne pas aussi s'ouvrir à des extérieurs, pourvoyeurs d'outils ou non, qui questionneraient les pratiques ?

Au bord du risque

La deuxième rencontre débute autour d'une thématique précise : les assuétudes et les comportements à risques. Isabelle Boquet, chargée de la mise en œuvre du *Point d'Appui aux*

écoles en matière de prévention des Assuétudes (PAA), nous accompagne. Il s'agit d'interroger les expériences, pratiques et représentations des acteurs PSE autour des comportements à risques des adolescents. Avec, en question transversale, les liens qui existent entre les PSE et les écoles. Nous avons un fil conducteur, des questions... et le souhait que les échanges s'ouvrent et permettent de clarifier le rôle et le positionnement de chacune. Nous sommes prises par la qualité des échanges : éthique professionnelle, regard critique et nuancé de la société, avec en miroir sa propre expérience, compréhension aiguisée des turbulences de l'adolescence... Ce débat révèle la complexité d'être acteur PSE face à la problématique des assuétudes, l'importance de mettre en contexte toute situation et d'instaurer, avant toute chose, la confiance avec l'adolescent. Nous revenons enthousiastes de cet atelier avec l'envie de poursuivre

cette démarche : partir des expériences de terrain, susciter l'interpellation et les échanges. Il s'agit bien de se relier au sens de son travail, de reprendre du souffle avec l'élan d'évoluer, encore.

Manger de la norme ou du plaisir, quel équilibre ?

Le titre de notre troisième rendez-vous est annoncé ! Convaincues de l'utilité de manger équilibré, nous restons sceptiques quant à la place accordée à la notion de plaisir. Il nous semble être un fameux déterminant de notre santé, trop souvent négligé... Cette fois-ci, nous nous ouvrons aussi à l'extérieur. Nous créons du partenariat avec CORDES, qui a concocté l'outil « En rang d'oignons » : si on le testait in vivo ? Nous nous rencontrons, accordons nos températures de cuisson. Au jour dit, après présentation de l'outil, il est manipulé, questionné, expérimenté. Aïe... les poncifs affluent. C'est comme si le prescriptif collait à la peau. Est-ce que l'acte de se nourrir est tellement vital, intime et normé, qu'il est si difficile de se dévêtir de cet emballage protecteur ? Eviter à ce point de sonder ses propos de professionnel en regard de ses élans et ses représentations personnelles, fait-il encourir le risque de perdre ses repères ? Le professionnel s'autorise-t-il à festoyer avec la notion de nourriture-plaisir... ou pas ?

Petite pause, puis on redémarre. Pas découragées pour un sou, nous prenons une autre entrée.

Allez, soyons plus directes et mouillons notre maillot. On raconte ce grand plat de bonbons toujours à la disposition ou alors ces trois paquets de biscuits à se ménager en une semaine entre quatre enfants. Plaisir, gestion, limite, concession, partage... La nourriture nous amène à débusquer nos rites, nos valeurs, nos représentations : assez éloignées des discours tenus. Prendre pleinement conscience de ce décalage suscite, de l'avis de beaucoup, plus de dialogue, plus de liens avec son public. Une démarche plus propice à la rencontre sur un terrain plus réel.

Façonner un diagnostic commun

La rencontre précédente avait marqué un coup d'envoi : travailler avec un public précarisé nécessite une approche particulière. De ce constat partagé, il nous paraît intéressant d'initier un diagnostic commun. Cet outil permettrait d'orienter de nouvelles pratiques, de nouvelles actions. Comment allons-nous procéder ? Et si l'on convoquait les chiffres, statistiques, tableaux et autres diagrammes ? Par chance, le nouveau Tableau bord de l'Observatoire de la Santé et du Social de la Région bruxelloise vient de sortir de presse. Peter Verduyck nous semble l'interlocuteur idéal pour nous faire succomber devant les chiffres (il manquait un homme : le voici). Nous prévoyons deux temps de rencontre avec l'éclairage de l'Observatoire. Très vite, le décor est planté. Le portrait de la santé des Bruxellois, des enfants, des adolescents est mis en lumière en regard des différents déterminants

de la santé. L'outil est compulsé, manipulé, annoté. On se l'approprié toutes, impressionnées et séduites de l'éclairage sur cet outil qui, deux heures auparavant, semblait assez rébarbatif. Fortes de ces données, les participantes les commentent, les confortent et les affinent par rapport à leurs observations de terrain. L'échange est constructif pour tous. Les intervenantes PSE se sentent mieux armées, plus conscientes de l'importance de leur rôle et de l'impact de certaines de leurs pratiques. Le diagnostic se construit.

Nous attendons la rentrée pour de nouvelles perspectives !

*Patricia Thiebaut
Dominique Werbruck*

élargissons le débat

Contre l'arrêt cardiaque, un geste peut faire toute la différence !

Chaque année, dans notre pays, on estime en moyenne à 10.000 le nombre de victimes d'un arrêt cardiaque survenu inopinément, et ce en dehors des centres hospitaliers. Parmi ces personnes, on dénombre malheureusement à peine 5 à 10% qui échappent à la mort, après avoir reçu des secours rapides et efficaces. Ce taux de survie pourrait néanmoins être porté à hauteur de 75% si, endéans les cinq minutes qui suivent un infarctus, la victime recevait non seulement un massage cardiaque mais aussi un choc électrique provoqué par un défibrillateur externe automatique. Or, actuellement, en Région bruxelloise, les délais d'arrivée du SMUR sont supérieurs à 8 minutes dans 50% des cas, la plupart des citoyens ne connaissent pas les techniques de premiers secours et, enfin, il y a très peu d'appareils de défibrillation accessibles au grand public.

C'est la raison pour laquelle j'ai déposé à l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, avec mes collègues Caroline Persoons, Jacques Brotchi et Cécile Jodogne, une proposition de résolution visant à favoriser l'apprentissage des « gestes qui sauvent » et les défibrillateurs externes automatiques en Région bruxelloise. L'objectif serait de soutenir notamment l'apprentissage

du brevet européen de premiers secours par les élèves des écoles secondaires mais aussi la mise à disposition de défibrillateurs externes automatiques dans les lieux fréquentés (ou statistiquement à risque) comme les gares, les stations de métro, les salles de sport et les stades. Contre l'arrêt du cœur, un geste peut faire toute la différence et j'espère que la majorité régionale appuiera ce projet législatif.

*Françoise Schepmans
Chef de groupe MR
au Parlement francophone
bruxellois
Première Echevine à Molenbeek-
Saint-Jean*

Bolkestein, firmes pharmaceutiques, même combat !

Les différents parlements francophones – Région wallonne, Communauté française et Cocof – ont récemment transposé dans leurs législations respectives la directive « services » européenne (dite Bolkestein). Mobilisation citoyenne et travail parlementaire avaient permis en 2006 d'atténuer fortement la portée du texte initial, qui conduisait à une large privatisation du secteur et à un démembrement actif des services publics. La plupart des matières personnalisables, dont la santé, échappent aujourd'hui à ce cadre. La Cocof, dans sa transposition, y a également veillé et un projet de résolution exigeant

un suivi de l'application de cette directive devrait être déposé au Parlement francophone bruxellois dès la rentrée.

Mais l'étau autour de la santé n'est pas desserré pour autant... Ainsi, une commission du Conseil de l'Europe, suivie par d'autres, demandait récemment une enquête sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans les choix opérés par l'OMS et suivis par les Etats dans la gestion de la grippe A. La situation quasi monopolistique de ces firmes leur a en effet permis de peser lourdement sur les comportements scientifiques et politiques : diktats sur les options de la recherche fondamentale et appliquée, autogestion des flux de fabrication et de diffusion, marketing puissant et largement déterminant des prescriptions et de l'utilisation des produits. Autre volet d'une même dynamique de marchandisation de la santé...

Face à ces pressions commerciales, il est temps que les acteurs de la décision politique retrouvent une capacité d'exercer un sens critique, se munissent d'outils d'objectivation indépendants et questionnent la responsabilité sociale d'une utilisation pervertie du principe de précaution. Cela sous peine de voir rentrer par la fenêtre ce que la mobilisation de la société civile et le travail parlementaire autour de la directive services avaient pu faire sortir par la porte.

*Jacques Morel
Député bruxellois Ecolo*

17 novembre : les familles monoparentales

Avec l'appui de la Commission communautaire française, l'asbl Question Santé propose, le mercredi 17 novembre prochain, de 9h00 à 13h00, une matinée de réflexion et d'échanges sur le thème des familles monoparentales. Celles-ci représentent 11% des ménages bruxellois selon le Tableau de bord 2010 de l'Observatoire de la Santé et du Social.

Un éclairage socio-démographique sera donné par M. Patrick Deboosere (VUB) et on entendra également des intervenants de première ligne : Mme Anne Devresse, directrice de la Maison d'accueil Rue Verte, pour l'aspect logement, Mme Anne Labby, psychologue au Service de santé mentale L'Été, pour les relations familiales et l'éducation des enfants, et le Dr Chantal Hoornaert, de la Maison médicale du Maelbeek, pour les aspects santé.

Comme lors de la matinée consacrée à l'autonomie des personnes âgées, en avril dernier (voir dans ce numéro), le nombre de participants sera limité pour faciliter les interactions entre les invités et le public, et les échanges seront animés par un modérateur.

Lieu : le Mundo-B, à Ixelles. Renseignements et inscriptions : 02/512.41.74 ou info@questionsante.org

Cet automne : et si on s'écrivait ?

Après deux éditions en Wallonie (à Namur et à Liège), l'asbl Question Santé propose à nouveau, à Bruxelles, une formation/atelier d'écriture à finalité professionnelle, recourant à des techniques créatives et ludiques.

Le pari est de retrouver d'abord le plaisir d'écrire, de se reconnecter à son imaginaire, de lâcher les réflexes scolaires et le souci de « bien faire », pour ensuite s'essayer à différents types de texte (par exemple :

la chronique, l'éditorial, le reportage, le billet...) et terminer par la rédaction d'un article publiable – voire publié – de son choix.

Animateur-formateur : Alain Cherbonnier, licencié en lettres romanes et en éducation pour la santé, journaliste (Bruxelles Santé). Cinq journées sont prévues : les mardis 19 octobre, 9 et 30 novembre, 21 décembre et 11 janvier. Groupe de 6 à 10 personnes. PAF pour l'ensemble du cycle : 60 €/personne. Renseignements et inscriptions : 02/512.41.74 ou info@questionsante.org

Outil d'animation : réédition du jeu Motus

Ce jeu a été conçu par l'asbl Le Grain et produit par l'asbl Question Santé, cette dernière étant également responsable de l'édition 2010, avec le soutien de la Communauté française. Motus vise à dépasser les dysfonctionnements de la communication dans un groupe et à favoriser les échanges grâce au langage symbolique.

Parmi les 280 carrés prédécoupés porteurs de dessins, chaque joueur en choisit un ou plusieurs, écoute les interprétations des autres, énonce les raisons de son choix... Les règles du jeu visent à tempérer les bavards, à aider les silencieux à s'exprimer et à inviter tout un chacun à synthétiser sa pensée.

Les consignes peuvent varier selon l'objet de l'animation : organiser une discussion sur un sujet passionné, faire connaissance en groupe, connaître les opinions de chacun, chercher de nouvelles idées, cerner la structure du groupe, inventer une histoire, distinguer faits, jugements et sentiments...

Le jeu Motus, dans sa nouvelle version entièrement redessinée par Muriel Logist, est disponible auprès de l'asbl Question Santé dans le cadre d'une formation d'une demi-journée (PAF : 10€/personne). Renseignements : 02/512.41.74, info@questionsante.org

Secrétariat de rédaction :

Alain Cherbonnier
Marie-Hélène Salah

Conseil de rédaction :

Dr Robert Bontemps
Dr Murielle Deguerry
Thierry Lahaye
Dr Roger Lonfils
Solveig Pahud
Dr Patrick Trefois

Graphisme :

Carine Simon

Avec le soutien de
la Commission communautaire française
de la Région de Bruxelles-Capitale.



Une réalisation de l'asbl Question Santé

Tél.: 02/512 41 74 Fax: 02/512 54 36

E-Mail : info@questionsante.org

http://www.questionsante.org



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

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