

Bruxelles

Santé

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N° **69** janvier - février - mars 2013 - ISSN 1371 - 2519

LA VILLE AU VERT

Promenons-nous dans les bois

Dossier

**Maltraitances institutionnelles
des personnes âgées**

En direct de...

Espace Naissance "Amala"

Echo du CLPS

www.prevention-ecole.be



sommaire

En direct de... L'Espace Naissance "Amala"	2
La ville au vert Promenons-nous dans les bois...	6
Dossier Maltraitements institutionnelles des personnes âgées	8
Information au patient Tumeur au cerveau	14
Echo du CLPS www.prevention-ecole.be	16
Débats	18

L'Espace Naissance « AMALA » Un accompagnement global pour une

« Dans nos sociétés, les accouchements se déroulent en grande majorité en milieu hospitalier et suivent le même schéma : perfusion, hormones de synthèse, péridurale, épisiotomie, etc. En effet, pour diverses raisons (sécuritaires, pratiques et budgétaires), la naissance est presque systématiquement médicalisée. Certains remettent pourtant en question ces pratiques, qu'ils considèrent désormais excessives avec, pour conséquence, une déshumanisation de la naissance, le risque pour la mère de se sentir dépossédée de son propre corps et de ses capacités... »

[PEQUET S., *Naissance – La médicalisation comme seule option ?*, Service Education permanente, asbl Question Santé, 2012]

En Belgique où 96% des accouchements ont lieu à l'hôpital, la place laissée à des alternatives reste minoritaire. En 2008, seules 4% de femmes avaient choisi d'accoucher à leur domicile¹. Depuis lors, les choses n'ont guère évolué dans notre pays puisqu'en juillet dernier les Mutualités Libres – s'alarmant des coûts élevés des accouchements dans les structures hospitalières – indiquaient que 99,3% de femmes choisissaient ces lieux pour mettre au monde leur enfant. Elles n'étaient que 0,7% à choisir leur domicile contrairement aux Pays-Bas où ce chiffre s'élève à 30%.

Comment expliquer une telle disparité ? C'est que chez nous, comme en France et dans beaucoup de pays industrialisés, la grande majorité des futures mamans ne se sentent rassurées qu'en milieu hospitalier. Cela peut paraître un peu étrange quand on sait que la plupart des accouchements se déroulent normalement... et ne nécessitent pas de structures extrêmement médicalisées. Mais, chez nous, les femmes connaissent-elles suffisamment les différents dispositifs qui s'offrent à elles ? Savent-elles qu'elles

peuvent, si elles le souhaitent, avoir un suivi de grossesse et un accouchement de qualité en-dehors des cliniques et hôpitaux en se faisant accompagner par une sage-femme libérale (ce qualificatif étant entendu dans le sens de "profession libérale") ?

Une association en réponse à un besoin

L'Espace Naissance « Amala » est une association de sages-femmes libérales qui a pour objectif d'offrir un accompagnement global pendant toute la période entourant l'accouchement. Cette association saint-gilloise est née il y a sept ans à la suite d'un constat. Sylvie Janssens, sage-femme : « Quand j'ai commencé à travailler voilà dix-sept ans, nous n'étions que deux ou trois sages-femmes libérales

L'OMS définit la sage-femme comme une personne qui surveille, soigne et conseille les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Si beaucoup de sages-femmes travaillent en milieu hospitalier, de plus en plus font aussi le choix de s'installer en libéral pour exercer leur art de manière plus globale, y compris au domicile de leurs patientes.

[*Tout ce que votre sage-femme peut faire pour vous*, www.sage-femme.be]

naissance plus 'naturelle'



sur Bruxelles, et j'ai débuté en faisant des soins à domicile après accouchement. Très vite, je me suis rendue compte que toutes les difficultés avec ce type de soins étaient liées à l'accouchement et au suivi de la grossesse. Mon souhait était d'intervenir à ce niveau puisque tout se tient. Amala est né de notre souhait d'offrir aux gens un accompagnement avant, pendant et après la naissance. »

Parallèlement à cette offre, il y avait aussi le désir de travailler à plusieurs. Aline Schoentjes, sage-femme : « Être sage-femme libérale et être de garde pour accompagner une maman demandent

une grande disponibilité. Et, à cet égard, nous voulons être cohérentes dans notre discours. Il ne s'agit pas seulement de dire aux mamans de prendre soin d'elles pendant la grossesse mais aussi que nous voulons prendre soin de nous pour bien prendre soin d'elles ; les mamans sont suivies par les quatre sages-femmes de notre équipe. Nous assurons une alternance de garde pour l'accouchement et les soins à domicile. C'est tout l'intérêt de travailler en groupe et cela fonctionne merveilleusement bien. Cette façon de travailler permet à la fois de créer un lien avec les futures mamans tout en évitant un attachement excessif. Il est parfois

arrivé en effet que des mamans disent : 'Sans MA sage-femme, je ne peux pas accoucher !' Le fait d'être suivie par quatre sages-femmes complémentaires, qui se ressemblent dans leur approche mais qui ont chacune leurs particularités, permet d'assurer une continuité des soins de qualité tout en favorisant l'autonomie de la femme et du couple. »

Se réapproprier sa grossesse et son accouchement

Renforcer l'autonomie des femmes pendant leur grossesse et leur accouchement tel est en effet l'un des objectifs poursuivis par l'Espace Naissance « Amala ». Aline Schoentjes : « Tout l'enjeu est qu'elles puissent se dire 'J'accouche avec une sage-femme de cette équipe-là parce qu'elles sont toutes chouettes, mais c'est MOI qui accouche ; ce n'est pas ma sage-femme qui va m'accoucher'. Cette approche permet aux futures mamans de retrouver leurs ressources, leurs compétences et leur confiance en soi. Il est important qu'elles aient, profondément, en âme est conscience, le sentiment d'avoir été jusqu'au bout actrices de leur accouchement, même s'il devait être médicalisé (par exemple, par induction, ventouse, césarienne ou à cause d'une pathologie de grossesse) ».

A Amala, on est donc bien loin des structures hospitalières où le gynécologue et l'équipe médicale sont aux commandes... Cependant, si l'association propose aux futures mamans une prise en charge qui se distingue de celle des institutions de soins, elle le fait en prenant toutes les dispositions de sécurité nécessaires. Les sages-femmes ne pratiquent que les accouchements physiologiques, tout en continuant à assurer l'accompagnement affectif en cas de problèmes médicaux.

En Belgique, le travail des sages-femmes est régi par diverses dispositions légales auxquelles s'ajoutent des règlements propres aux différents groupements professionnels². Ainsi à Amala, les sages-femmes travaillent uniquement avec les

femmes dont les grossesses se déroulent normalement et ne font pas d'accouchements à domicile, par exemple, pour les premiers bébés. Aline Schoentjes :

« Nous accompagnons les femmes qui vont accoucher de leur deuxième bébé. Nous ne disons pas qu'il s'agit d'une bonne ou mauvaise idée d'accoucher pour un premier enfant à domicile. C'est tout simplement que, dans notre pratique à toutes les quatre, nous ne nous sentons pas suffisamment en sécurité pour le faire. Beaucoup d'autres sages-femmes le font et, généralement, cela se passe très bien. Nous l'expliquons aux familles que nous accompagnons et elles le comprennent. »

Les femmes qui se tournent vers l'association saint-gilloise ont le choix du lieu de naissance de leur enfant. L'accouchement peut se faire soit à domicile, soit dans un hôpital qui met un plateau technique (salle d'accouchement) à disposition de la parturiente et de la sage-femme qui la suit. Amala a ainsi signé une convention avec l'hôpital Sainte-Elisabeth (Uccle) pour accompagner les femmes qui se sentent plus rassurées par un environnement médical. Mais le choix d'accoucher dans une maternité ne va-t-il pas à l'encontre de sa philosophie qui met plutôt à l'honneur l'accouchement physiologique (c'est-à-dire sans aide médicale ou chirurgicale) ? Pas vraiment, comme on nous l'a expliqué à l'association.

« Il est important d'accueillir les parents là où ils sont dans leur projet, leurs représentations, leurs croyances, etc. Notre rôle est de les accompagner là où ils se sentent en sécurité, tant qu'on reste dans la sécurité médicale.

Cela nous demande aussi de faire en permanence un travail sur nous-mêmes pour que les gens se sentent vraiment accueillis dans ce qu'ils sont... Ce qui ne nous empêche pas d'avoir nos limites et de les respecter. Dans de telles situations, nous essayons de le faire comprendre aux parents, tout en proposant de les orienter vers d'autres professionnels. »

Des sages-femmes, gardiennes de la physiologie

C'est par le bouche-à-oreille que beaucoup de femmes arrivent à Amala, même si ces derniers temps Internet se révèle un canal tout aussi efficace. La plupart des femmes qui s'adressent à l'association sont en recherche d'autre chose : soit elles sont suivies par un gynécologue et ont entendu parler des sages-femmes libérales, soit elles ont eu une première grossesse et accouchement qui se sont mal passés ou qu'elles n'en sont pas du tout satisfaites... Si les femmes qui consultent les sages-femmes viennent de milieux très différents, elles partagent toutes cette demande de plus d'humanité, de plus de naturel, de prise en charge globale. Depuis quelque temps, ce sont aussi des femmes issues de l'immigration qui trouvent le chemin de l'association ; des femmes qui, souvent, ont eu des vécus difficiles ou connu beaucoup de solitude. Mais ce qui frappe surtout

les sages-femmes libérales, c'est l'état physique et psychologique dans lequel se trouvent nombre de futures mamans. Dans un monde qui court derrière le temps, ces femmes doivent se partager entre leur travail, leur famille et leurs multiples rendez-vous chez le gynécologue, pour l'échographie, les préparations prénatales, etc. Elles courent, s'éparpillent... et s'épuisent. « Certaines, nous confie-t-on, arrivent parfois dans un état de grande détresse. Les futures mamans vivent dans un monde stressant qui leur demande de travailler tout en continuant d'être belle, disponible, souriante, etc. Tout cela met énormément de pression alors qu'elles sont en train de fabriquer un bébé ! Elles ont besoin de temps pour prendre soin d'elles et de l'enfant à naître. »

A Amala, on commence d'abord par prendre le temps d'accueillir les futurs parents – car le père a en effet toute sa place dans le travail réalisé par les



sages-femmes – , de les écouter puis de les accompagner ; le lieu se veut non seulement un espace de centrage, mais aussi de détente. L'agencement et le décor, pensés à dessein, donnent d'emblée une ambiance chaleureuse qui rappelle celle d'une maison familiale. Dans la salle de consultation par exemple, un grand lit posé à même le sol et jonché de multiples coussins aux couleurs vives rappelle que l'on est loin du cadre aseptisé des hôpitaux. Tout comme le temps consacré aux consultations, qui durent une heure. Différents services sont offerts là : ils vont de l'haptonomie³ à l'hypnose en passant par des conseils alimentaires, le portage, l'allaitement, etc. Outre les sages-femmes, l'équipe d'Amala compte un médecin homéopathe, un ostéopathe, une kinésithérapeute, une psychologue, un doula psychothérapeute, une praticienne Feldenkreis, une thérapeute psychocorporelle, une praticienne Shiatsu.

Quel est le bilan de ce type d'accompagnement ? Les sages-femmes d'Amala notent que la plupart de leurs patientes ont un accouchement qui se déroule normalement : « Notre taux de césarienne, d'épisiotomie, de forceps est en deçà de celui observé dans les hôpitaux. Notre rôle en tant que sages-femmes est de garder la physiologie, à la fois physique et psychologique. Il s'agit avant tout de travailler en termes de prévention : le fait d'accueillir les parents, de les inviter à repenser leur alimentation, à bouger, de les écouter, etc. a un énorme rôle préventif et on évite ainsi de sortir de la physiologie. »

Cela sous-entend de pouvoir passer le relais aux professionnels des structures médicales si jamais on soupçonne un risque ou si un problème apparaît. La sécurité médicale des futures mamans demeure le plus important. Quand cela s'avère nécessaire, c'est la mise en place d'un réseau de professionnels autour d'elles qui prime.

Qu'est-ce que cela coûte de se faire accompagner par une sage-femme



libérale ? Les tarifs pratiqués par les sages-femmes de l'Espace Amala sont conventionnés et donc remboursés par l'assurance maladie. Des suppléments sont néanmoins demandés pour certains actes. L'accouchement pratiqué en extra-hospitalier revient moins cher que ceux pratiqués dans les maternités et est totalement remboursé.

Anoutcha Lualaba Lekede

Espace Naissance « Amala »
146 rue de Savoie, 1060 Bruxelles
Site : www.naissance-amala.be

1. VANDERCAMMEN M., AUPAIX H., Les mamans et la maternité, Crioc, février 2008.
2. Voir le site de l'Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges (UPSfB) : www.sage-femme.be
3. L'haptonomie est la science des interactions et des relations affectives humaines. Elle permet d'entrer en contact (tactile) pour guérir, rendre entier, confirmer. Elle est aussi utilisée dans le cadre des préparations à l'accouchement. L'accompagnement haptonomique des parents et de l'enfant part du principe que la relation entre l'enfant et ses parents peut se créer et s'approfondir dès avant la naissance. Dès les premiers mouvements perceptibles de l'enfant - vers le quatrième ou le cinquième mois de grossesse - les parents apprennent à établir un contact tendre et affectueux avec leur enfant dans le giron maternel. Pour en savoir plus www.haptonome.be

Promenons-nous dans les bois...

On a déjà parlé dans ces pages du groupe Santé & Environnement (S&E)¹, réseau local créé en 2000 et regroupant aujourd'hui quatre associations du quartier des Marolles : le Centre de Santé du Miroir, le Comité Général d'Action des Marolles, Habitat & Rénovation et la Maison Médicale des Marolles. A l'occasion des dernières rencontres internationales organisées par l'Institut Renaudot, l'été dernier en Suisse, Sylvie Alizé et Coline Van de Kerckhove ont présenté lors d'un atelier un volet du projet S&E qui a récemment pris une tournure plus communautaire : les promenades vertes.

Les objectifs de ces promenades sont de familiariser les habitants du quartier, dont ceux-ci sortent parfois très peu, avec les nombreux espaces verts des 19 communes ou de leurs environs immédiats, et de favoriser le lien social, les contacts humains, le tout par l'exercice physique pour le plaisir, sans visée de performance. L'atelier auquel le groupe S&E était invité en Suisse s'intitulait *Aménagement et urbanisme pour des milieux de vie sains*. « Nous avons choisi de traiter les questions du milieu de vie et du milieu urbain moins par la porte d'entrée de l'aménagement du territoire que par celle de la manière dont celui-ci peut être mis à profit par les habitants d'un quartier. Ainsi, l'initiative des promenades vertes tend à répondre à ces questions : comment utiliser l'espace ? Comment se l'approprier avec des ressources limitées ? Sachant que nous avons peu de pouvoir d'intervention sur l'aménagement du territoire, quelles sont nos stratégies d'adaptation ? La stratégie des habitants que nous soutenons est celle qui consiste à sortir de leur confinement dans le centre-ville pour s'approprier des espaces plus aérés, plus tranquilles, et facilement accessibles par les transports en commun. »

Les promenades vertes ont lieu chaque semaine, le mercredi après-midi, pendant les vacances d'été. Guidés par deux membres du groupe S&E, des habitants partent à la découverte des espaces verts bruxellois, chacun apportant des ingrédients pour confectionner une salade de fruits lors de la pause : une





idée qui peut sembler triviale mais qui est unanimement appréciée – et qui promeut une conception du goûter plus saine que les sucreries habituelles ! « Ces sorties représentent un faible coût pour les associations comme pour les habitants, ce qui permet également à ceux-ci de retourner par leurs propres moyens dans des endroits qu'ils auront déjà sillonnés. Sans oublier la convivialité, maître mot de ces moments de rencontre et d'échange entre jeunes et moins jeunes, professionnels et habitants. »

Les promenades vertes ont d'abord été une simple proposition faite à ces derniers via les nombreuses associations du quartier. Récemment, le groupe S&E a résolu d'être attentif à impliquer plus étroitement les habitants dans l'organisation des activités : ils contribuent au choix des espaces verts, à la détermination des itinéraires et des moyens de déplacement, ils font parfois des propositions de changement en cours de route... « L'humour et les échanges qui ont lieu pendant les balades permettent d'établir avec eux un lien de confiance qui les incite à revenir et à s'engager avec nous. Ainsi, une fois qu'ils ont accroché à l'activité, il devient plus évident d'en faire des partenaires. Ils jouent également un rôle de communication pour relayer les informations sur les promenades. A ce stade du projet, ils sont eux-mêmes demandeurs d'une plus grande implication dans le processus. Leur collaboration passe par la place qu'ils prennent au cours des promenades ainsi que par leur participation aux

réunions de préparation et d'évaluation. En réunion, nous veillons à ce que les temps de parole soient équilibrés entre professionnels et habitants : la parole des uns a autant de valeur que celle des autres. »

Pour ces raisons, auxquelles s'est ajouté un accent mis sur la communication (diffusion d'un dépliant et d'une affiche hauts en couleurs, « relations publiques » dans le quartier), les promenades vertes 2012 ont connu un succès certain : deux à trois fois plus de participants que l'année précédente, une plus grande mixité sur le plan hommes/femmes comme sur celui des milieux sociaux. Pour la préparation de la saison 2013, l'effort de communication et l'orientation communautaire seront donc maintenus.

Toutefois, la volonté de faire place aux habitants n'est pas sans poser de questions aux professionnels : les tempéraments des promeneurs ne sont pas toujours facilement conciliables, le

« vivre ensemble » ou plutôt, ici, « se balader ensemble » ne va pas de soi ! Comment gérer cela, *hic et nunc*, tout en restant flexible, sans être directif ou paternaliste ? Comment assumer en même temps l'organisation pratique, les explications à donner, les différences de rythme entre « marcheurs » et « flâneurs » ? Comment les deux accompagnateurs peuvent-ils se partager le travail pour que l'accompagnement du groupe soit optimal ? Comment donner une juste place aux habitants alors qu'ils sont parfois assez exigeants vis-à-vis des accompagnateurs et les mettent dans un rôle qui ne convient pas forcément à ceux-ci ? Comment éviter les prises de pouvoir « sauvages » parmi les participants ?... Bonnes questions !

Sur lesquelles il ne serait pas fâcheux de terminer cet article. Optons toutefois pour les notes encourageantes. Telle personne, très en retrait au début, s'est permis de faire un pas en avant et a vu ses suggestions écoutées. D'autres participants sont sortis de leur isolement à l'occasion des promenades vertes ; on les a retrouvés dans le groupe de marche ou l'atelier cuisine de la Maison Médicale, ou encore dans le groupe de gymnastique du Centre de Santé. De quoi convaincre le Dr Knock soi-même du bien-fondé d'un tel projet !

Alain Cherbonnier

1. Voir notamment « Santé et environnement dans les Marolles », Bruxelles Santé n° 47 (2007), pp. 17-19.



Maltraitements institutionnelles des personnes âgées

Une fois n'est pas coutume : c'est un témoignage qui nous a convaincus de consacrer ce dossier à un sujet rarement abordé, ou abordé à travers le prisme des statistiques provenant des permanences d'écoute téléphonique. Par définition, en effet, celles-ci reposent sur les plaintes adressées aux services et ne peuvent inclure les mauvais traitements qui ne sont pas signalés ou dont le signalement ne sort pas de l'institution (ou du cercle familial). Voici ce témoignage, rédigé à notre demande par un intervenant bénévole en maison de repos.

« Dans un home pour “seniors de luxe” (...), il y a une aile “protégée”. Dans cette aile, il n'y a pas de personnel de garde, juste un couloir avec plein de chambres fermées et trois pensionnaires. Une des pensionnaires est enfermée jusqu'à la fin de ses jours, comme dans une oubliette. Son seul tort : être mentalement déficiente et ne pas avoir de famille pour veiller sur elle. Une autre est Alzheimer, c'est-à-dire que c'est une personne tout à fait sympathique et normale en apparence, mais qui a perdu ce qu'on pourrait appeler “la raison des choses”. Elle vit là, entre sa chambre et le couloir vide ; personne pour la conduire de temps en temps à l'ergo ou au salon où se trouvent d'autres personnes âgées mais “normales”. C'est son quotidien 24h sur 24 ; elle dépérit à vue d'œil et ne comprend manifestement pas non plus cette punition-là : les semi-oubliettes. Il existe un troisième personnage dans ce couloir vide : une dame qui, bien que n'ayant plus toute sa tête, a encore quelques collègues et amies qui l'ont, leur tête, et qui viennent la visiter. Elle a alors droit à une dame de compagnie, privée, qui vient lui rendre visite au moins un jour sur deux, sans quoi son sort serait sans doute le même que celle qui est “aux oubliettes”, que personne ne vient voir et qui reste donc, sanglée sur sa chaise, seule dans sa chambre la journée, sur son lit, seule dans sa chambre la nuit.

Qui protège-t-on ainsi ? (...) Je garde l'anonymat pour que des gens comme moi puissent encore entrer dans ces endroits et témoigner (...). »

Exception ? Situation limite ? Au contraire, ce témoignage est plutôt révélateur du silence qui entoure un phénomène pas si rare que cela, comme on s'en aperçoit dès que l'on commence à s'intéresser à la question, et pas seulement à travers la littérature spécialisée. Dans son livre nullement sensationnaliste, *Le Souci de l'autre*¹, Marie de Hennezel se livre à une enquête en milieu hospitalier, notamment en gériatrie, et en maison de retraite. Ce sont d'ailleurs souvent des soignants qui témoignent, et c'est tout à leur honneur. Car si l'hôtel-dieu et l'hospice de jadis ne sont plus de saison, les réalités misérables et parfois terribles qui dominaient hier sont loin d'avoir disparu, pour autant qu'on accepte de les voir et que l'on ose en parler. Il ne s'agit pas ici d'attaquer bille en tête et de manière indifférenciée tous les lieux de soin. On sait bien que “ce n'est pas partout pareil”. Mais il s'agit aussi de ne pas se voiler la face.

Dans le monde francophone, rappelle Blandine Picon², c'est un gérontologue, Robert Hugonot, qui leva publiquement le voile sur les mauvais traitements



Photo© Max Blain - fotolia.com

infligés aux personnes âgées vivant à domicile ou hébergées en institution, et ce dans les années 1980. Ce n'est donc pas si... vieux : une trentaine d'années. Le concept de maltraitance fait aujourd'hui consensus. En 1992, le Conseil de l'Europe en a adopté la définition suivante : « tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ». Toutefois, cette définition est générale – elle concerne aussi bien les enfants – et ne tient donc pas compte de la situation spécifique des personnes âgées hébergées, remarque Picon : « la nature des violences subies par les personnes âgées est intimement liée à leur degré de dépendance et à leur mode de vie. (...) Par exemple, dans les maisons de retraite, l'enfermement ou l'agressivité aussi bien que le délaissement peuvent être considérées comme des situations de maltraitance. »

La maltraitance en maison de retraite a d'autres spécificités.

D'abord, dans nombre de cas, elle revêt un « caractère involontaire et souvent insidieux, plus lié au manque de formation ou de sensibilisation du personnel et au syndrome d'épuisement qu'à des actes individuels volontaires ».

Ensuite, alors que les situations de maltraitance au domicile privé sont peut-être sous-estimées en raison même de la *privacy* et de la loyauté familiale, les témoins de mauvais traitements en institution (famille, proches, visiteurs, professionnels...) vont se heurter à de multiples obstacles : « Il n'existe aucune protection juridique du personnel de l'établissement. Les contrats des intervenants extérieurs (personnel soignant libéral, fournisseurs...) peuvent être facilement dénoncés par la direction de l'établissement mis en cause. De plus, les professionnels sont souvent aussi démunis que les usagers lorsqu'il s'agit de trouver l'autorité responsable (...) ou bien la procédure à suivre. Du côté des victimes, la plupart n'osent pas se plaindre de peur de subir des représailles. » Ajoutons que les familles peuvent être confrontées, si elles se plaignent, au classique « si vous n'aimez pas ça, allez donc voir ailleurs ». Or c'est cher, le séjour dans une maison de repos, et on n'a pas souvent le choix.

Enfin, en cas de plainte déposée en bonne et due forme, il n'est pas toujours facile de pointer les responsabilités et même de confirmer ou d'infirmer la véracité des faits : non seulement il faut que des témoins fiables se présentent, mais il faut aussi démêler des situations souvent complexes et difficiles à interpréter.

Maltraitance de ou dans l'institution ?

Ce sont les travaux de Stanislaw Tomkiewicz, semble-t-il, qui ont ouvert la réflexion sur la violence

institutionnelle. Toutefois, comme le précise Sophie Beignon Tsegaye³, il importe de distinguer la maltraitance *institutionnelle* de la maltraitance *en institution* : « Ainsi, selon Tomkiewicz, la “violence institutionnelle” est une “action commise dans ou par une institution, ou toute absence d'action qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave son évolution ultérieure”. Selon nous, cet auteur englobe, sous le vocable de “violence institutionnelle”, à la fois la maltraitance institutionnelle (“commise par une institution”) et la maltraitance en institution (“commise dans une institution”). (...) Dans le premier cas, on peut dire que l'institution est auteur ou complice de l'acte alors que, dans l'autre, il peut s'agir d'un cas “isolé” de maltraitance par un professionnel, qui tout en restant un acte grave, ne remet pas nécessairement en cause le fonctionnement global de l'établissement. Il existe donc des dysfonctionnements institutionnels et des comportements individuels. »

Prenons garde, cependant, à ne pas scinder trop nettement les deux : on aurait alors soit des comportements individuels déviants, soit des institutions malfaisantes, les deux apparaissant comme exceptionnels. Or on peut aussi penser qu'il existe entre ces deux extrêmes des institutions tellement *normales* que c'est cette norme qui autorise voire favorise des maltraitements dans le chef de soignants tout aussi normaux...

Pour Françoise Bas-Theron et Christine Branchu⁴, « la maltraitance est qualifiée d'institutionnelle si l'institution laisse les faits perdurer ou se reproduire sans réagir ou si elle adopte une réaction inappropriée qui place de fait ou délibérément l'intérêt de l'institution et de ses membres au-dessus de celui de la victime. » Cette définition privilégie les déviations individuelles qui ne sont pas du fait de l'institution mais que celle-ci tolère. Les auteures notent pourtant que la maltraitance institutionnelle reste

un tabou : « Les institutions médico-sociales dont la mission première est la protection des personnes vulnérables qu'elles reçoivent ont encore des difficultés à accepter l'idée de leurs propres défaillances. (...) La maltraitance institutionnelle peine à être reconnue et dénoncée tant elle apparaît aux yeux des professionnels comme gravement contraire à la déontologie, comme un mot honteux qui paralyse l'expression⁵. Elle est plus diffuse, plus difficile à mettre à jour, à dévoiler et à faire cesser que les actes de maltraitance individuelle. Elle repose sur le silence complice de l'institution. »

Pour notre part, on l'a vu par le choix du titre, nous parlons de maltraitance institutionnelle dans la mesure où celle-ci repose toujours, peu ou prou, sur une violence propre à la vie en institution elle-même, au mode de fonctionnement de cette dernière, à la dépendance dans laquelle les résidents sont par rapport à elle. Et cela, que les mauvais traitements soient infligés par des soignants *lambda* ou par des personnalités brutales voire perverses, qu'ils soient considérés comme bénins, banalisés au quotidien, ou qu'ils revêtent un caractère plus grave, heurtant la déontologie professionnelle (négligences, abandon, brimades, humiliations...), comme dans le témoignage qui ouvre ce dossier, ou carrément la loi pénale (vols, coups et blessures...), comme on le verra plus loin.

La maltraitance ou les maltraitements ?

Logiquement, nous avons donc choisi de mettre le mot au pluriel. Plusieurs auteurs les distinguent explicitement. Ainsi, pour Marie-Thérèse Casman⁶, « la maltraitance représente une forme de violence distincte sur la base de l'âge, inscrite dans une relation entre l'auteur et la victime, en distinguant des formes actives et passives de violence, des actes intentionnels ou non, et des types différents : physique, psychologique,

sociale, financière, sexuelle. » Elle distingue aussi la maltraitance expressive, qui « permet une décharge émotionnelle de sentiments négatifs », la violence instrumentale (pour obtenir un avantage) et la violence proprement institutionnelle, « dans la mesure où on peut considérer que certaines institutions sont porteuses potentiellement de violences, surtout lorsqu'elles sont "totalitaires" comme peuvent l'être certaines maisons de repos ». Mais cette violence tient aussi à la dépendance des résidents : dépendance au moins organisationnelle (c'est l'institution qui règle les repas, le sommeil, les soins...), souvent physique ou mentale (perte de mobilité, maladie, handicap...) voire sociale (relâchement des relations familiales, absence de visites, manque d'activités...).

Certains comportements sont habituels dans l'institution, les soignants n'en perçoivent plus le caractère dégradant, et il faut le regard neuf d'une étudiante en soins infirmiers pour mettre le doigt dessus : « La façon dont on donne le petit déjeuner aux personnes âgées me choque. On met la personne au fauteuil,



Photo© Antikarium - fotolia.com

avec une grande serviette autour du cou, comme si c'était un enfant. On verse le café au lait, et comme on n'a pas le temps de lui mettre la biscotte beurrée et recouverte de confiture, par petits morceaux, dans la bouche, on la met dans le café et on écrase le tout. On se retrouve avec des bouts de biscotte, le beurre fondu en îlots et des bouts de confiture qui flottent à la surface du bol. Une fois, alors que je protestais, on m'a répondu que, dans l'estomac, tout ça se mélangeait ! Ceux qui ont la chance d'aller à la salle à manger reviennent souvent avec les mains sales et le tour de la bouche tout poisseux. La plupart du temps, on les laisse comme ça ! Personne ne leur essuie la bouche ni les mains. Quand je l'ai fait spontanément, on m'a dit : "Tu ne vas pas commencer à faire ça ! On ne va pas s'en sortir !" »⁷

On est évidemment loin des agressions physiques mais on ne peut sous-estimer l'importance de ces "bleus à l'âme", comme le dit Marie-Thérèse Casman. On pense à des choses qu'aucun de nous n'accepterait et que seule la dépendance autorise : infantilisation, tutoiement imposé, non respect de l'intimité,

négligences banales, communication nulle ou réduite au minimum, marques de déni (parler de quelqu'un à la troisième personne en sa présence, ne pas lui dire bonjour, ne pas s'intéresser à ses réactions ou ses émotions...). Le pionnier Robert Hugonot soulignait déjà que « les répercussions psychiques sont parfois d'une ampleur démesurée par rapport à la bénignité de l'agression. Le stress ainsi provoqué, par sa soudaineté et son intensité, se montre hautement pathogène. »⁸

Formatrice en milieu de soin, Rosette Marescotti⁹ témoigne elle aussi : « Dans les institutions pour personnes âgées, les comportements non conformes sont permanents : tutoyer la personne, l'appeler papi ou mamie et, lorsqu'elle a souillé ses draps, lui faire remarquer qu'elle en a mis partout, faire une toilette la porte de la chambre ouverte, ou tout simplement lui faire la toilette alors qu'elle pourrait la faire toute seule avec un peu d'aide, ne pas répondre à une sonnette, donner un peu trop de somnifère à une personne agitée, attacher de manière systématique... Ces comportements sont courants ; nous commençons à en parler et à prendre conscience que de telles actions ne sont pas normales. Mais ce n'est pas de cette violence-là que je souhaite parler, c'est



Photo© Lumières - fotolia .com

de celle qui laisse des marques sur le corps : c'est du sévère, de l'acte commis par un soignant brutal. Si les violences "bénignes" sont maintenant connues, je m'attacherai dans ce mémoire à montrer que les violences graves (coups et blessures) sont malheureusement très fréquentes et quasiment jamais "dénoncées". »

D'autres auteurs lui font écho, ainsi Marie de Hennezel : « L'ouvrage de Jean-François Lacan¹⁰ nous fait découvrir avec horreur que, dans certaines maisons de retraite, on inflige des brimades ahurissantes aux pensionnaires pour les punir de leur "comportement rebelle" ou de leur incontinence. Une vieille dame est bâillonnée avec sa culotte couverte d'excréments, un vieux monsieur attaché en plein soleil. Il est question de bains d'eau de Javel ou d'humiliations collectives, de pensionnaires qu'on déshabille devant les autres, que l'on gifle, que l'on insulte, que l'on traîne par terre, ou que l'on attache dans leur lit. (...) Ailleurs, on vole les vieillards. On les dépouille de leurs chéquiers ou de leurs bijoux, s'ils en ont, après les avoir assommés de neuroleptiques. Ces vols de personnes âgées sans défense sont plus répandus qu'on ne croit. J'en ai moi-même deux exemples. La nuit où ma tante est morte à l'hôpital Saint-Antoine, l'alliance en or qu'elle avait à l'annulaire a disparu, alors qu'elle avait déjà sombré dans le coma. De la même façon, profitant du coma agonique de la mère d'un de mes amis, hospitalisée d'urgence à l'Hôpital américain, quelqu'un a dérobé le solitaire d'une grande valeur qu'elle avait gardé au doigt. »

Qu'est-ce qui détermine ces maltraitements ?

Il faut évidemment citer la vulnérabilité liée à l'âge, à la dépendance, à l'isolement social ; la personne très âgée est moins armée, et même souvent désarmée, pour se défendre. Mais on ne peut écarter des facteurs plus individuels qui accentuent

les risques de maltraitance : le caractère ou le comportement de la personne âgée – troubles mentaux et/ou intellectuels, comportement irascible, autoritarisme, consumérisme, récriminations répétées (surtout si elles sont fondées !), agressivité due au stress émotionnel en lien avec un veuvage ou la perte du chez-soi, etc. Vu du côté des soignants, il ne faut pas minimiser l'agressivité, le mépris, la non reconnaissance dont ils peuvent être la cible de la part de résidents. En institution aussi on trouve des conflits de classe voire des préjugés raciaux, comme en témoigne cet aimable « Et vous savez lire ? » envoyé par une bourgeoise bien belge à une aide-soignante africaine... Tous les Noirs sont pauvres et ignorants, n'est-ce pas ?

En miroir, on peut retrouver des traits équivalents chez les soignants (paternalisme, impatience, irritabilité, fonctionnement routinier, manque de repères éthiques, anxiété, stress...) ainsi que des facteurs d'ordre professionnel : manque de qualification, absence de formation en gérontologie, de sensibilisation aux droits du patient, à la problématique de la maltraitance... Mais la relation de soin elle-même est en cause. Revenons à Blandine Picon : « Dans le cadre institutionnel, il s'établit naturellement entre le personnel et les résidents, du fait de la vulnérabilité de ces derniers, une relation sociale de dominant (travailleur bien portant) à dominé (inactif dépendant). Cette relation est génératrice d'agressivité et celle-ci aura d'autant plus tendance à s'exprimer que les conditions de travail seront difficiles et dévalorisantes. »

Toutefois, les facteurs organisationnels, institutionnels et environnementaux retiennent particulièrement l'attention. Commençons par ces derniers, dont on peut espérer que le poids devient de moins en moins grand aujourd'hui : « le manque d'hygiène, tant au niveau de l'établissement que du personnel et des résidents ; (...) la vétusté des lieux et les conditions d'accueil dans l'établissement, qui ne sont pas toujours

adaptées aux besoins : locaux (escaliers, taille et aménagement des chambres), isolement géographique et social (manque d'ouverture sur l'extérieur) ; les conditions de vie dans l'établissement qui ne correspondent pas aux besoins ou aux demandes des résidents (chauffage, nourriture). »

Conditions de travail et organisation des soins

Au niveau organisationnel, poursuit Picon, certains facteurs sont liés au fonctionnement de l'institution. Celui-ci implique souvent des règles de vie contraignantes, qui ne respectent pas l'identité des résidents (goûts, culture, habitudes de vie), comme les horaires des repas, du lever et du coucher, les visites, les activités proposées... L'organisation des soins peut être caractérisée par une surmédicalisation (en particulier l'abus des neuroleptiques et des tranquillisants) ou au contraire une sous-médicalisation (notamment l'absence de prise en charge de la démence) ou encore par un manque de coordination dans les soins. Enfin, la non représentation des résidents et de leur famille au conseil d'établissement contribue à faire de ce dernier un huis clos.

D'autres facteurs sont liés au personnel et affectent d'ailleurs en premier lieu les soignants eux-mêmes :

- l'insuffisance des effectifs, que ce soit en raison de l'alourdissement de la prise en charge, de l'absentéisme ou de la recherche du profit maximum ;
- le manque de qualification du personnel (dû notamment à une pénurie d'infirmières) ;
- le manque de communication entre les familles, les résidents et le personnel ;
- les contraintes d'un travail par ailleurs peu valorisé socialement, entraînant absentéisme et rotation du personnel ;
- les phénomènes de burn-out.

« On sous-estime sans doute, écrit Marie de Hennezel, l'impact de la pénurie de soignants sur cette maltraitance quotidienne dans les institutions de long séjour. Un personnel débordé a tendance à attacher les pensionnaires, pour ne pas avoir à les surveiller. C'est aussi en raison de leur charge de travail excessive que les soignants justifient les lits non faits, parfois maculés de matières fécales, tout juste recouvertes de couches usagées ; les rotations de toilette, un jour les hommes, un jour les femmes, parce que le temps dont ils disposent pour chaque tâche ne permet pas de laver tout le monde ; les repas qui arrivent froids, ou les horaires standards qui ne tiennent aucun compte des habitudes personnelles des résidents. Tout le monde est réveillé à la même heure, tout le monde doit dormir à la même heure ! Une ambiance générale de non-respect, de non-considération s'installe, presque sans que les soignants s'en rendent compte. »¹¹

Marie-Thérèse Casman situe les racines de la maltraitance dans l'habitude, l'automatisme acquis qui préside, avec le temps, à la réalisation des tâches, mais aussi « dans des conditions de travail pénibles face auxquelles on réagit en reportant sa colère et sa frustration sur les plus faibles, obsédé qu'on est de faire son travail, en ne réfléchissant plus à comment on le fait. A cet égard, des sociologues ont dénoncé le fait que l'organisation du travail privilégiée dans les maisons de repos est un système taylorien (le travail à la chaîne !) axé sur la tâche et pas assez sur la relation. » Le manque de temps – évidemment lié à l'organisation du travail – est fréquemment évoqué par les soignants comme le premier obstacle à l'aspect relationnel du soin. Le hiatus entre les capacités du soignant et la tâche à réaliser peut aussi être mis en cause : confronté à une tâche qu'il n'est pas apte à effectuer, celui-ci est soumis à une violence qui peut lui faire oublier les aspects relationnels, l'amener à se percevoir comme une « machine à

soigner » et à percevoir la personne âgée comme un « objet de soin » passif et obéissant. Au risque que les résidents qui ne correspondent pas à cette image soient considérés comme des gêneurs qu'il importe de mettre de côté d'une manière ou d'une autre (contention, médicalisation, relégation...).

En fait, la maltraitance des résidents est souvent le reflet de la maltraitance du personnel. Une des clés serait donc que les mauvaises conditions de travail et le manque de considération pour les soignants soient dites socialement et puissent se dire dans l'institution. On se heurte évidemment là à une contradiction puisque c'est justement l'institution, dans son fonctionnement même, qui est maltraitante. Les réponses en termes de réunions d'équipe, d'intervention ou de formation continue ne tiennent la route que si elles ne sont pas que des rustines et si elles peuvent entraîner des changements organisationnels réels. A cet égard, souligne Casman, « l'importance du rôle de la direction est à réaffirmer, pas seulement en termes de gestion et d'organisation du travail (même si ces deux aspects sont importants), mais aussi en termes de dynamique impulsée dans la maison de repos : dynamique d'esprit d'équipe, de reconnaissance des différentes personnes (résidents et personnel), prise en compte des problèmes des uns et des autres. »

Valeurs et culture institutionnelles

On est là dans les aspects proprement institutionnels, en particulier les valeurs et la culture. Marie-Pierre Delcour et Myriam Bodart¹² notent que, pour atteindre ses objectifs, qui sont en principe d'offrir à ses usagers des services de qualité, l'institution « développe des stratégies, des modèles organisationnels divers. Tous ceux-ci sont censés être performants. Et pourtant ils génèrent souvent l'insatisfaction de

ceux pour lesquels ils sont conçus. En effet, à développer une culture de la performance, fortement guidée, faut-il le rappeler, par des contingences économiques, l'institution est dans la pratique souvent fort éloignée des personnes qu'elle accueille, de ses proches et de leur vécu. En outre, combien de fois n'entendons-nous pas la souffrance de ces résidents qui se sentent abandonnés, non entendus et réduits au rang d'objet, objet de soin, objet de rentabilité, source de profit et de préoccupation marchande ? Combien de fois ne voyons-nous pas des familles éplorées par le décès de leur proche, mais à qui l'institution, plutôt que de présenter des condoléances, s'empresse de présenter la facture finale afin de pouvoir passer sans tarder au résident suivant, le mettant déjà au rang de « client » suivant ? »

Yves Gineste-Marescotti¹³ rappelle, quant à lui, que les racines du mal sont liées à l'histoire même des lieux de soin : les hospices, créés pour rééduquer les malades, les vieillards et les indigents, avaient des règlements d'ordre intérieur effarants, qui rappellent les punitions infligées aux enfants : réprimandes retenues physique et financière. En 1972 – il y a quarante ans à peine – l'hospice général de Lille offrait un spectacle que l'on croirait remonter au XIXe siècle. L'institution n'est pas seule en cause, selon cet auteur : « Nous croyons que les cultures professionnelles sont responsables de la majorité des maltraitances, que les individus sont rarement responsables car enfermés dans ces cultures qui conditionnent leurs comportements et les obligent au silence (...), mais nous croyons aussi que le travail contre la maltraitance repose principalement sur un changement de culture, donc de philosophie de soins. »

Il relève les éléments suivants : la parole du patient qui se plaint est niée, les faits sont cachés à la famille, l'institution ne donne pas suite quand un fait de

violence est rapporté par un témoin, elle refuse de sanctionner le maltraitant et parfois même le gratifie d'une mutation-promotion, elle permet aux soignants d'abuser du pouvoir de fait que leur octroie la dépendance des patients. Le silence des soignants témoins serait lié à plusieurs facteurs, parmi lesquels la peur d'être rejeté par l'équipe comme mouchard, délateur ; la solidarité, "l'esprit de corps" ; la culpabilité par rapport aux sanctions qui pourraient s'abattre sur l'auteur des faits ; la peur des représailles... Enfin, « les soignants "se fondent dans la masse". Les responsabilités individuelles sont diluées dans la responsabilité collective. Les personnes qui sont capables de signaler sont des personnes qui ne sont pas dans le système. Les équipes soignantes ne parlent quasiment jamais des sujets dits tabous (sexualité, violences). »

Au niveau des finalités ou valeurs, sociétales cette fois, Jean-Philippe Pierron¹⁴ distingue trois formes de violence qui peuvent affecter les institutions de soin :

- la perte de vue des finalités au profit d'un fonctionnement gestionnaire et technocratique principalement soucieux d'efficacité évaluable ;
- la crise des finalités, qui peut tenir à un divorce entre les missions et l'identité professionnelles d'une part, le travail effectivement demandé au personnel d'autre part, ou à une opposition entre les valeurs des professionnels et celles revendiquées par les usagers¹⁵ ;
- le refus de certains types humains considérés comme insupportables : les figures du patient récalcitrant, du résident protestataire, du "cas lourd" viennent alors rejoindre celles du "mauvais pauvre" et du "profiteur" stigmatisés par la société.

Car dans nos sociétés occidentales ne sont bien vus que les "jeunes vieux", les "seniors dynamiques". La figure du vieillard est devenue insupportable, elle rappelle trop ce qui nous attend tous irrévocablement. Comme l'écrit Marie de Hennezel, « comment de jeunes soignantes, issues d'une culture qui évacue l'idée de la mort, privées des repères qui permettaient de transcender cette fin inévitable, peuvent-elles vivre au quotidien cette confrontation avec la vieillesse, la dégradation des corps et des esprits, la fragilité humaine des fins de vie ? N'y a-t-il pas quelque chose de terrifiant à voir chez les autres le reflet de ce qu'elles seront un jour ? On comprend l'angoisse qui sourd parmi elles et la quasi-obligation dans laquelle elles se trouvent de se protéger, au risque d'y perdre une part de leur humanité. »¹⁶

Alain Cherbonnier

Si vous êtes confronté(e) à une situation de maltraitance aussi bien en institution qu'à domicile, vous pouvez contacter le SEPAM (Service d'Ecoute pour Personnes Agées Maltraitées) :

- par téléphone :
02/223.13.43 (lundi de 12h30 à 16h00 et jeudi de 9h00 à 12h30)

- par e-mail :
sepam@inforhomes-asbl.be

- par courrier :
SEPAM c/o Infor-Homes,
boulevard Anspach 59
à 1000 Bruxelles

- 1 Ed. Robert Laffont, 2004 (existe en collection de poche).
- 2 Blandine Picon, « Lutte contre la maltraitance des personnes âgées hébergées en maison de retraite », Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/2001/misp/picon.pdf>)
- 3 Sophie Beignon Tsegaye, « Prévenir la maltraitance institutionnelle », Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Memoires/2002/iass/beignon_tsegaye.pdf)
- 4 Françoise Bas-Theron et Christine Branchu, « Evaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux », Inspection Générale des Affaires Sociales, mars 2006 (www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000352/index.shtml)
- 5 Les auteurs donnent des exemples où le refus du mot supplante le déni des faits...
- 6 Marie-Thérèse Casman, « La bientraitance en maison de repos : choix ou processus ? », L'Observatoire n° 55, 2007, pp. 26-30.
- 7 Cité par Marie de Hennezel, Le Souci de l'autre, p. 110.
- 8 Cité par Marie-Thérèse Casman.
- 9 Extrait de son mémoire pour l'obtention du diplôme universitaire de psychogérontologie (1997), cité par Yves Gineste-Marescotti, « Des hospices aux milieux de vie. Le long et difficile chemin vers la bientraitance », L'Observatoire n° 55, 2007, pp. 70-76.
- 10 Scandales dans les maisons de retraite, Albin Michel, 2002.
- 11 Marie de Hennezel, op. cit., p. 67.
- 12 « De la bientraitance à la maltraitance, il n'y a qu'un pas... Pratiques du SEPAM », intervention orale aux samedis de la gériatrie à l'Hôpital Erasme, le 22 janvier 2011. A propos du Service d'Ecoute pour Personnes Agées Maltraitées, voir Bruxelles Santé n° 63.
- 13 « Des hospices aux milieux de vie. Le long et difficile chemin vers la bientraitance », op. cit.
- 14 « La violence institutionnelle : violence dans l'institution ou violence de l'institution ? », Bulletin d'information du CREAI Bourgogne n° 235, mars 2004.
- 15 A ce propos, voir notre dossier dans Bruxelles Santé n° 63 : « Souffrance au travail II : et les professionnels du non marchand ? »
- 16 Marie de Hennezel, op. cit., p. 116.

Tumeur au cerveau

En partenariat avec des équipes hospitalières, le centre Harvey Cushing¹ propose un accompagnement psychologique aux patients qui le désirent. Il a récemment édité une brochure d'information destinée à ceux-ci et à leurs proches à propos de la tumeur cérébrale, qui suscite chez eux une foule de questions et des émotions profondes.

Comme pour toute autre atteinte grave, la suspicion puis l'annonce de la présence d'une tumeur cérébrale font brutalement basculer la tonalité du quotidien de la personne qui en est porteuse. Mais le cerveau n'est pas un organe comme les autres ! Il est notre « centre de commande », il touche à l'identité même de chacun d'entre nous. Son altération peut bouleverser plus ou moins profondément notre mode de vie. Une atteinte du cerveau va donc prendre une signification particulière. Une menace à son intégrité bouscule émotionnellement la personne qui est touchée et ses proches, et entraîne de nombreuses angoisses et interrogations.

Les médecins, les services hospitaliers et leur arsenal technologique entrent tout à coup dans l'environnement de la personne qui est devenue « patient ». Pour permettre d'identifier la tumeur, sa nature, sa localisation, et mettre en place le traitement le plus adéquat, ce patient cheminera dans un univers impressionnant de spécialistes, de machines sophistiquées, de traitements qu'il lui faudra apprivoiser. Que de questions ! Qu'est ce qu'une tumeur cérébrale ? Quelle tumeur ? Quoi, pourquoi, comment, qui, quand, quelles conséquences, grave ou pas grave ? Qu'arrivera-t-il, quels traitements, quels inconvénients ?...

Cette brochure, destinée avant tout aux personnes rencontrant cette situation, est réalisée par des psychologues en collaboration avec les équipes soignantes, dans un langage qui se veut accessible. Elle décrit de manière simple le cerveau et son mode de fonctionnement. Elle constitue une sorte de carnet de route qui accompagne très concrètement, aborde sans tabous tous les thèmes, dédramatise, apporte des conseils, des « trucs » adaptés à beaucoup de situations rencontrées, et propose des adresses utiles. Elle aide la personne à se situer dans son parcours, à maîtriser le vocabulaire spécifique (scanner, IRM, PET scan, EEG, etc.), à comprendre le sens de ce qui lui est proposé, à anticiper et... à dialoguer avec l'équipe médicale. Cet outil est évidemment indissociable de la relation d'aide individuelle qui est essentielle au maintien de la qualité de vie dans ce parcours douloureux.

Le centre Harvey Cushing, créé en 1984 à l'initiative de médecins convaincus de la nécessité d'un accompagnement psychologique, met à disposition dans plusieurs centres hospitaliers des psychologues qui vont accompagner les patients qui le souhaitent. Ce livret a été conçu par les psychologues du centre, à partir de leur longue expérience. Ces professionnels connaissent bien la problématique à laquelle la personne est confrontée et l'environnement de soins qu'elle va rencontrer. Ils sont des interlocuteurs auxquels elle peut se référer à court terme, sur le terrain de l'hôpital, dès son admission, mais aussi à moyen et plus long terme.





Les psychologues travaillent prioritairement en partenariat avec les services de soins. Ils ne se substituent évidemment jamais aux médecins, qui sont les seuls à détenir les réponses aux questions relatives aux traitements, diagnostics et indications thérapeutiques. Mais ils faciliteront les échanges avec l'équipe médicale et, à travers ce parcours complexe et stressant, ils proposeront un espace, un temps de réflexion et d'échange qui prolongera les moments chargés d'émotions de la rencontre dans le cabinet médical. Pas à pas, ils permettront aux patients de clarifier leur vécu et d'adapter leur projet de vie.

La famille, les proches ne peuvent qu'être bouleversés par la révélation de ce diagnostic. Ils la vivront au quotidien, au diapason des angoisses, des interrogations suscitées. Ils seront interpellés par les changements éventuels que peut apporter la tumeur : fatigue, modifications de l'humeur, organisation dans le temps... Le ou la psychologue ouvrira également à ces proches un espace de parole pour

clarifier et permettre de patienter, de mieux comprendre, de mieux aider, d'aménager le quotidien et de recréer un projet de vie.

Le centre Harvey Cushing vise à préserver au maximum la qualité de vie du patient, à le placer dans des conditions optimales pour favoriser l'efficacité du traitement. Il contribue aussi à permettre à la personne de comprendre ce qui lui arrive et à être actrice du parcours difficile qu'elle va aborder. La brochure a été élaborée dans l'optique de contribuer à cet objectif et peut-être de sensibiliser les acteurs (proches, médecins traitants...) concernés par cette problématique.

Daniel Vandendorre
Psychologue, Directeur

1. Neurochirurgien américain, pionnier de la chirurgie du cerveau.

Tumeur cérébrale. Informations pour le patient et ses proches

72 pages

- Supervision des informations médicales :

Professeure Danielle Balériaux,
Neuroradiologue, Hôpital Erasme, Bruxelles
Docteur Jacques Born,
Neurochirurgien, CHR de la Citadelle, Liège

- Illustrations : Aster
- Avec le soutien de la Fondation contre le Cancer, du SPF Santé publique et de la Loterie Nationale

La brochure est consultable en ligne sur www.harvey-cushing-center.be

Pour obtenir la version papier : daniel.vandendorre@harvey-cushing-center.be, ou 0475/91.21.48, ou Centre Harvey Cushing, 27 avenue du Dirigeable, 1170 Bruxelles

www.prevention-ecole.be

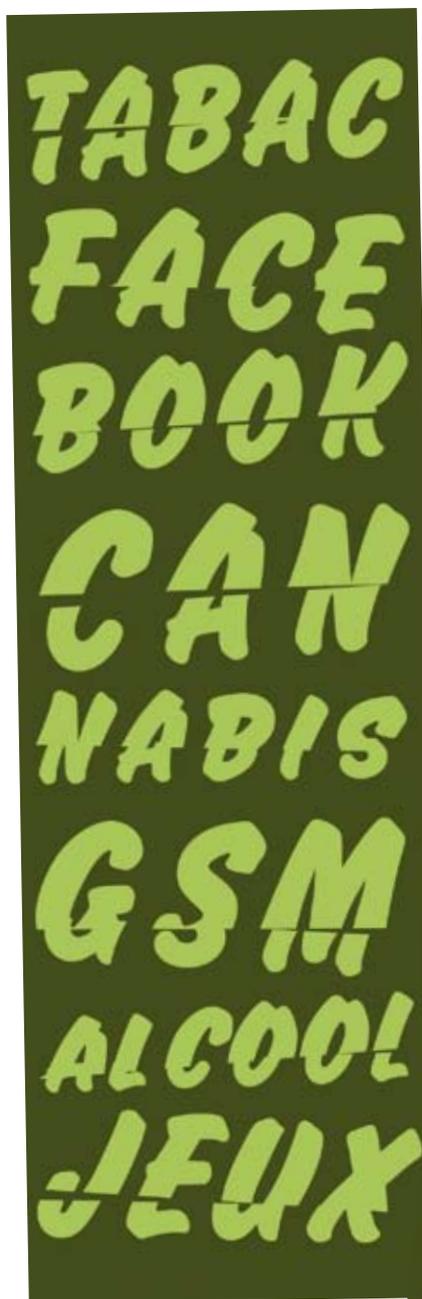
Mandatés par la Fédération Wallonie-Bruxelles pour mettre sur pied des Points d'Appui aux écoles en matière de prévention des Assuétudes (PAA), les Centres locaux de promotion de la santé sont chargés de jouer un rôle d'interface entre le monde scolaire et les structures de prévention des assuétudes susceptibles d'y intervenir. Diagnostiquer les besoins, faciliter les connexions et dynamiser le réseau, telles sont les missions du PAA. Soucieux de coller à la réalité de son terrain, le CLPS de Bruxelles a entrepris de sonder le milieu scolaire bruxellois, de prendre le pouls des attentes et besoins des acteurs qui l'animent. L'enquête « Assu-étude » avait pour principal objectif de faire le point sur la façon dont les acteurs scolaires vivent, appréhendent et gèrent les comportements à risques de leurs jeunes ouailles.

Parmi les nombreux constats dégagés par l'enquête, il ressort que les acteurs scolaires ont quelque difficulté à voir clair dans la jungle des ASBL chargées d'intervenir en milieu scolaire pour organiser la prévention des assuétudes. Une foule de questions ont ainsi émergé : quand et dans quelles conditions faut-il faire appel à la police ? Quelles sont les associations compétentes pour intervenir ? Sur quelles bases ou selon quels critères choisir l'intervenant pouvant convenir à l'école, à la problématique rencontrée, aux attentes des acteurs, etc. ?

Sous l'impulsion et la coordination du CLPS de Bruxelles, six associations bruxelloises (FARES, Infor-Drogues, Le Pélican, Modus Vivendi, Prospective Jeunesse), parties prenantes du PAA – lequel, comme son nom ne l'indique pas, regroupe des associations issues de secteurs autres que celui des assuétudes, son objet étant la prévention des conduites à risques des adolescents dans leur globalité –, ont en conséquence décidé de se concerter et d'échanger sur leurs pratiques respectives.

Le but de cette concertation : construire une stratégie commune afin d'accroître la visibilité du « secteur assuétudes » au sein des écoles et clarifier l'offre de services sur lesquels peuvent compter les acteurs scolaires.

Cette volonté de travailler entre pairs peut a priori sembler aller de soi. Toutefois, à l'instar des enseignants d'une même discipline qui, au sein d'une école, se mettent en tête de travailler ensemble sur un programme de cours commun, les choses se sont révélées beaucoup plus complexes. Alors qu'au départ tout le monde pensait que cette concertation intra-sectorielle aboutirait



au bout de quelques heures de réunion, le groupe dans son ensemble a été frappé de réunionite aigüe, maladie bien connue du milieu associatif. Ce n'est donc pas une mais bien 18 réunions étalées sur un an et demi qui se sont, au final, révélées nécessaires pour se concerter et élaborer notre offre de services. C'est que, tout comme l'enseignant qui s'extrait de son espace classe où il est le seul maître à bord face à ses élèves pour échanger avec ses pairs et expliciter sa pratique pédagogique, le fait pour chacune des associations de prendre du recul par rapport à sa tambouille interne et de prendre du temps pour se mettre au clair sur ce qui la différencie des autres (la spécificité de son mode d'intervention) est loin d'être une sinécure. Dans le secteur de la prévention, on pratique beaucoup, mais on n'a point l'habitude de mettre des mots sur cette pratique. Reste à vous présenter le produit final, fruit de longues palabres inter-associatives. Ce produit est en fait la meilleure réponse que nous ayons pu trouver par rapport à plusieurs questions de fond.

- Comment présenter une position commune de la prévention ? En la matière, on sait combien les représentations de chacun peuvent diverger, même au sein du secteur des assuétudes.
- Comment penser une collaboration entre associations en articulant des pratiques issues d'ancrages théoriques différents ?
- Comment établir un référentiel commun aux associations afin de présenter aux acteurs du monde scolaire un secteur de prévention des assuétudes cohérent et concerté ?
- Enfin, quel est le mode de communication le plus adéquat pour nous faire entendre et voir du monde scolaire.

Vaste programme qui nous a très vite conduits à l'idée d'un site internet. Bien que toujours joyeuse, la « bataille » fut rude pour trouver la voie nous permettant de transmettre notre message de façon à la fois ludique et compréhensible par des acteurs issus d'autres secteurs que le microcosme de

la prévention. C'est qu'en plus d'être régulièrement atteint de réunionite, ce dernier est souvent frappé d'une forme rare de la malédiction de Babel consistant à parler une langue seulement comprise des initiés.

Nous avons donc pris l'option d'adopter le point de vue des acteurs scolaires. Pour ce faire, nous avons rédigé six situations que nous avons estimées exemplatives des problématiques rencontrées par ces acteurs et sur base desquelles ces derniers sollicitent notre intervention. En regard de la situation de départ, une série de questions retracent à la fois la façon dont nous avons coutume d'analyser les demandes qui nous sont adressées et les interventions que nous pouvons proposer au vu du résultat de cette analyse. En fonction de la situation et des propositions d'intervention, le visiteur pourra facilement identifier la ou les associations susceptibles d'intervenir et de répondre au mieux à ses attentes. Rendez-vous donc sur la page : www.prevention-ecole.be

Julien Nève
Prospective Jeunesse

Nouveau catalogue des outils pédagogiques au CLPS-BXL

Une des missions du CLPS est de mettre à la disposition des acteurs de terrain la documentation en matière de promotion de la santé. Afin de répondre à cette mission, nous avons récemment publié la quatrième édition du catalogue qui répertorie les outils pédagogiques disponibles au centre de documentation. Ce catalogue s'adresse aux personnes qui désirent utiliser des supports d'information ou des outils pédagogiques et qui n'ont pas toujours la possibilité de se déplacer dans les différents centres de documentation.

Le catalogue poursuit trois objectifs :

- recommander des outils pédagogiques et des supports d'information fiables ;
- faciliter la recherche de matériel pédagogique en proposant une sélection d'outils sur des critères précis ;
- permettre l'emprunt de ces outils, soit pour les découvrir avant d'en faire l'acquisition, soit pour directement les utiliser au cours d'une animation.

L'utilisateur peut consulter les différents outils de ce catalogue (ou les visionner lorsqu'il s'agit de vidéos) mais aussi les utiliser sur place. Il peut en outre obtenir une information/évaluation de certains d'entre eux. L'accès au centre

de documentation est gratuit, sans inscription préalable mais sur rendez-vous. La salle de lecture peut accueillir une demi-douzaine de personnes ; l'espace est organisé de manière à ce que toute la collection des outils soit directement accessible. Nous souhaitons que cette publication trouve un écho favorable auprès de ceux qui s'intéressent à promouvoir l'activité pédagogique et faire partager le plaisir du jeu dans une perspective de promotion de la santé. Le catalogue peut être obtenu gratuitement sur simple demande (voir les coordonnées ci-après).



La version électronique est également téléchargeable sur <http://www.clps-bxl.org/pdf/catalogue2012-2013.pdf>
Mourad Benmerzouk
Centre de documentation santé Bruxelles asbl
151 rue Jourdan, 1060 Bruxelles
02/639.66.81 – clps.doc@swing.be

Viellissement : un nouvel outil pour anticiper l'encadrement de nos aînés

En ce début d'année, la résolution portant sur l'anticipation des mesures à prendre face à l'accélération future du vieillissement de la population bruxelloise, déposée à mon initiative, a été votée à l'unanimité au Parlement bruxellois. Ce texte augure, gageons-le, une meilleure adéquation de la politique de l'offre socio-sanitaire dans notre Région.

Les perspectives démographiques ne laissant aucun doute quant à l'accroissement du nombre de personnes âgées, les enjeux liés à l'offre de services à l'égard de ce public souvent fragilisé sur le plan socio-sanitaire sont éminemment importants. L'implication économique de ce processus de vieillissement est grande, puisque ce dernier induit la nécessité d'augmenter les services d'aides pour les personnes âgées, qu'elles soient à domicile ou dans une maison de repos et/ou de soins. Qu'en est-il, justement, des défis du vieillissement ? Quelles sont les projections, à moyen et long terme, qui permettront de cerner au mieux l'accroissement des besoins et leur répartition ? Au vu de l'évolution institutionnelle de notre pays, sur quels critères se baser pour élaborer un nouveau modèle de gestion de la population âgée ?

Pour ajuster les politiques d'aide entre le fédéral, le communautaire et le régional, il est important de développer les outils nécessaires à une estimation scientifique fondée. Or, nous savons que les caractéristiques des groupes sociaux diffèrent selon les Régions et que, dans ce cadre, la Région de Bruxelles-Capitale compose avec une part plus importante de personnes issues de l'immigration, aux besoins en soins de santé plus importants. Nous savons aussi que la fracture socio-démographique a tendance à avancer en âge et que, par conséquent, l'offre de soins va devoir évoluer rapidement tant sur le plan quantitatif que qualitatif.

Cette résolution, qui porte création d'une mission spécifique d'observation du

vieillissement au sein de l'Observatoire de la Santé et du Social, demande de récolter et traiter les données sur l'évolution du nombre de demandeurs d'aide ou de soins en Région bruxelloise. Ces informations, basées sur des indicateurs variés, permettront de formuler des hypothèses concernant leur prise en charge à domicile ou en institution et de mener des études statistiques sur les tendances en matière d'utilisation des services de soins de longue durée. Cibler les besoins dans l'espace et dans le temps pour élaborer une action coordonnée, qui s'adapte aux besoins réels de la population, tel est l'objectif de cette nouvelle mission de l'Observatoire de la Santé et du Social.

André du Bus
Sénateur de communauté (cdH)

Le SMES-B joue sa survie

L'asbl SMES-B, dispositif quasi unique en Belgique, fédère des intervenants du social et de la santé pour tenter de répondre aux besoins particuliers d'une population fort précarisée et en grande souffrance psychique, une population particulièrement vulnérable, souvent exclue de ses droits, sans abri ou sans domicile fixe. Sa cellule d'appui, opérationnelle depuis 2002 est bien connue du secteur psychosocial à Bruxelles. Outre ses missions de base, elle participe à quatre projets spécifiques. Ainsi, le projet *Outreach* permet la rencontre de la personne précarisée socialement et mentalement dans le restaurant social de l'asbl *Source*, le projet *SMES-SASLS*¹ vise à intervenir de manière préventive au sein des logements sociaux ; le projet *RAPS* a permis la conduite d'une recherche-action sur l'accompagnement psychosocial en réseau, entre professionnels du social et de la santé issus de diverses institutions. Avec le projet *Housing First Brussels* qui a pour objectif l'accès direct au logement pour les personnes vivant à la rue, la cellule met en place une alternative au modèle classique d'intervention auprès des personnes sans-abri.

Aujourd'hui, ces projets sont mis en danger en raison de la fragilité du financement (Cocom, Cocof et SPF Santé publique) de la cellule d'appui. Ce qui fait la pertinence et la force du travail du SMES à l'intersection du social et de la santé mentale, mais aussi du logement, de l'accès aux droits, fait aussi sa faiblesse en termes de stabilité et de continuité et pose la question du financement structurel d'initiatives transversales, qui sont « entre deux chaises » réglementaires. En cette période hivernale où tout le monde s'émeut face aux personnes sans abri et où des budgets très importants sont dégagés pour faire face à l'urgence, il serait particulièrement choquant qu'un service qui travaille dans la durée, notamment avec des personnes sans-abri pour lesquelles la prévalence des psychoses est estimée à 30%, disparaisse.

1. Service d'accompagnement social aux locataires sociaux

Anne Herscovici
Députée Ecolo
Infos et pétition en ligne : <https://www.lapetition.be/en-ligne/SO-Smes-soutien-aux-professionnels-travaillant-avec-les-plus-precaires-hulp-voov>

La pénurie de médecin psychiatre dans l'ambulance

Depuis 2009, une grande réforme de l'organisation des soins de santé mentale est en cours en Belgique. Les maisons de soins psychiatriques débordent littéralement de patients atteints de maladies graves et de troubles mentaux importants. Le constat est alarmant : le manque de places disponibles est criant et les budgets des politiques en la matière sont restreints.

Dans les faits, on constate que de plus en plus de maisons dites « pirates » se multiplient. Ces maisons privées ne sont contraintes à aucune inspection et à aucune norme minimale de qualité excepté une autorisation des pompiers. A Bruxelles, la COCOF, compétente pour agréer et subsidier diverses associations

actives dans le domaine de la santé mentale, non seulement confrontée à un sous-financement structurel l'empêchant de mener des politiques ambitieuses en la matière, doit faire face à une importante pénurie de médecin psychiatre. En effet, les psychiatres, payés trois fois mieux lorsqu'ils travaillent en hôpital, rechignent à s'engager dans l'ambulatoire.

Pour le MR, cette pénurie structurelle de médecin psychiatre dans l'ambulatoire est bien entendu inacceptable et nous déplorons que les solutions tardent à se mettre en œuvre. À l'occasion de nos dernières interpellations sur le sujet, le ministre nous confirmait qu'un groupe de travail composé de représentant des secteurs concernés (services actifs en matière de toxicomanies, maisons médicales, services de santé mentale et centres de planning familial) a été constitué. Sans plus de précisions, il nous a assuré que des conclusions se font et des pistes de solutions se dessinent, telles que l'appel aux pensionnés, aux indépendants et autres solutions diverses. Autrement dit, rien de concret n'est encore sur la table et tant que cette situation perdurera, le MR mettra la pression sur le gouvernement de la COCOF pour une mise en œuvre rapide de solutions efficaces

*Gaëtan Van Goidsenhoven
Chef de groupe MR au Parlement
francophone bruxellois*

Trois approches conjointes contre le diabète

Le diabète est une maladie fréquente, aux effets secondaires invalidants (cécité, gangrène et amputations, ...) et qui réduit sensiblement l'espérance de vie. Tous les spécialistes s'accordent pour préconiser trois approches conjointes pour le prévenir comme pour le soigner : le suivi médical, la diététique et l'exercice physique.

Depuis plusieurs années, le CPAS de Saint-Josse systématise cette triple approche : lorsqu'il intervient

financièrement dans le suivi médical d'un diabétique, il le sensibilise, avec l'aide de son médecin, à la nécessité d'une alimentation adaptée et d'une activité physique suffisante. Le CPAS prend donc aussi en charge les consultations chez un(e) diététicien(ne) et la pratique d'un sport (sur le subside fédéral d'épanouissement social et culturel que le Ministre du Budget, hélas, entend diminuer sensiblement).

En effet, mieux vaut pratiquer la natation et manger un steak de cheval (dont l'origine est contrôlée) grillé qu'engloutir devant la télé une lasagne bolognaise pur bœuf ... à l'huile de palme !

*Anne-Sylvie Mouzon
Présidente du CPAS de Saint-Josse
Députée régionale bruxelloise (PS)*

Répondre aux violences conjugales

Les statistiques le démontrent malheureusement à suffisance, de nombreuses femmes sont victimes de violences conjugales. Elles se trouvent souvent dans une situation de détresse extrême, doivent faire face à une situation de précarité et d'accès au logement.

En Belgique, des progrès considérables ont été réalisés ces dernières années en matière d'écoute, d'accueil, d'aide, d'accompagnement psychologique et juridique. Un tissu associatif s'est développé, notamment sur le territoire de la Région bruxelloise, pour leur venir en aide et offrir à ces femmes des solutions d'urgence. La difficulté réside toutefois dans la gestion des situations sur le long terme et dans la mise en place de solutions durables. Les maisons d'accueil et les services d'aide aux sans-abri réalisent, à cet égard, un travail conséquent qu'il convient de soutenir adéquatement. L'AMA organise aussi des cycles de formation consacrés aux violences conjugales qui s'adressent plus particulièrement aux travailleurs sociaux des maisons d'accueil. En matière de mariages forcés, différentes voies sont

explorées pour prévenir et améliorer la prise en charge des femmes qui en sont les victimes. Des projets existent dans ce domaine, notamment par l'entremise du Réseau Mariage et Migration qui est l'opérateur de référence.

Cependant, l'action de ces associations demeure limitée, tant par leur champ d'action que par les moyens dont elles disposent. Je plaide donc pour un soutien structurel accru à ces associations tant en matière d'accueil, d'hébergement que de suivi post-hébergement. La création d'une ligne téléphonique spécifique dédiée aux jeunes soumis à des pressions en vue d'un mariage forcé ou contraint permettrait, outre une meilleure prévention, de récolter des données quantitatives et qualitatives permettant de mieux appréhender le phénomène.

Les femmes victimes de violences conjugales et intrafamiliales éprouvent des difficultés à trouver un logement alors que la sortie des maisons d'accueil dépend largement de cet élément. J'ai dès lors plaidé pour que l'ensemble du secteur soit sensibilisé et que des actions plus spécifiques soient menées, par exemple, aux niveaux des AIS, des logements de transit et de l'extension des allocations de déménagement-installation et d'intervention dans le loyer (ADIL) à tous les sans-abri, qu'ils soient hébergés dans les maisons d'accueil, centre d'hébergement, de transit ou à la rue. Il me semble également fondamental de plaider pour qu'une protection effective soit accordée aux femmes migrantes, venues par regroupement familial, qui subissent une double violence (conjugale et administrative) et sont privées de leurs droits fondamentaux.

Par ailleurs, il est fondamental de conscientiser l'ensemble des responsables politiques et entités fédérées à cette problématique. Chacun, dans son domaine de compétence, peut effectivement mener des actions concrètes.

*Fatoumata Sidibe
Présidente du groupe FDF
au Parlement francophone bruxellois*

UN LIVRE ET UN SITE
POUR DISCUTER
DES JEUX VIDÉO
AVEC LES 10-12 ANS.

J'ARRÊTE QUAND JE VEUX !

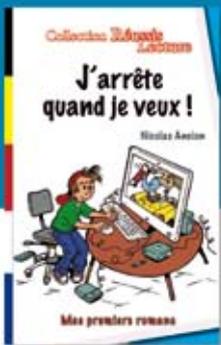


WWW.JARRETEQUANDJEVEUX.ORG

UN PROJET D'INFOR-DROGUES AVEC NICOLAS ANCION

Le livre de Nicolas Ancion " J'arrête quand je veux ! " raconte l'histoire de Théo, un fan de jeux vidéo. Il jouerait bien tout le temps s'il n'y avait pas l'école et les parents. Jusqu'au jour où il découvre un jeu en ligne bien plus passionnant que tous les autres. Théo se lance alors sans retenue, au point d'en oublier ses amis, la jolie Yaëlle, l'école et tout le reste. Parviendra-t-il à quitter le jeu pour revenir dans notre monde ?

Le site propose aux jeunes lecteurs d'en découvrir davantage sur l'histoire de Théo. Les enseignants trouveront plusieurs pistes pédagogiques. Les parents pourront s'informer sur les jeux vidéo et sur des pistes de discussions à aborder avec leur enfant.



Un livre de Nicolas Ancion
Paru chez Jourdan Jeunesse



CULTURE
ÉDUCATION PERMANENTE

Avec le soutien de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique chargée de l'intégration sociale

Rédaction :

Alain Cherbonnier
Anoutcha Lualaba Lekede
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