

# Bruxelles

## Santé

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N° **70** avril - mai - juin, 2013 - ISSN 1371 - 2519

## **UNE MAISON MENA à Watermael-Boitsfort**

### **Dossier**

Analyse des services ambulatoires  
des secteurs du social et de la santé  
en Région Bruxelloise

### **Seniors**

Les Conseils consultatifs  
communaux d'aînés

### **Campagne**

L'Europe est en guerre  
contre un ennemi qu'elle s'invente

### **Festival**

Regards sur la folie

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

## sommaire

En direct de... Une maison pour les Mena à Watermal-Boitsfort	2
Campagne L'Europe est en guerre contre un ennemi qu'elle s'invente	4
Seniors Les Conseils consultatifs communaux d'ainés	5
Festival Regards sur la folie	7
Dossier Analyse des services ambulatoires des secteurs du social et de la santé en Région Bruxelloise	10
Echo du CLPS Conseil des résidents : recueil d'avis, séquence de vie	15
Débats	18

# Une maison pour les MENA à Watermael-Boitsfort

Début 2011, dans une discrète maison entourée de verdure, le CPAS de Watermael-Boitsfort lançait la première Initiative Locale d'Accueil pour Mineurs Étrangers Non Accompagnés à Bruxelles. Michel Colson, alors président du CPAS de Watermael-Boitsfort et aujourd'hui député bruxellois et président de la section CPAS à l'Association de la Ville et des Communes de la Région de Bruxelles et Gaetan Debeau, coordinateur du projet, nous ont raconté cette initiative unique à Bruxelles.

**M**ichel Colson : « Depuis de nombreuses années, le problème de l'accueil des Mena resurgit régulièrement dans l'actualité. Nous avons tous vu ces images d'adolescents, partageant la chambre des adultes candidats à l'asile dans les centres d'hébergement, vivant en rue ou dans des hôtels sordides, livrés à eux-mêmes. A Watermael-Boitsfort, nous avons décidé de prendre nos responsabilités par rapport à la crise de l'accueil des mineurs demandeurs d'asile. Le CPAS de la commune a donc créé la première Initiative Locale d'Accueil pour Mineurs Étrangers Non Accompagnés à Bruxelles et la régie foncière communale a mis à disposition la maison qui les accueille. La maison d'accueil que nous avons créée sur décision du conseil d'action sociale de Watermael-Boitsfort est un projet pilote en région bruxelloise. Nous travaillons étroitement avec Fedasil qui nous envoie des jeunes ayant déjà séjourné au moins quatre mois dans un des centres de deuxième phase.»

Il a fallu un gros travail de dialogue avec les habitants de la commune et les voisins directs de la maison car de nombreux stéréotypes négatifs circulent sur ces adolescents étrangers. Michel Colson : « Les réactions au projet d'ILA ont été très fortes et contrastées. Si certains habitants étaient très enthousiastes et voulaient s'impliquer directement sans toujours avoir les compétences et le recul affectif indispensables, d'autres ont rejeté violemment le projet. Ils s'imaginaient qu'on allait créer un centre de réfugiés fermé par des grilles et des barbelés comme une prison et qu'on accueillerait de dangereux délinquants. L'école voisine craignait particulièrement notre installation. Finalement, à force de dialogue et de rencontre, nous avons

réalisé un travail de déstigmatisation et permis à chacun de dépasser ses idées reçues et d'apaiser ses inquiétudes. Aujourd'hui, l'école nous aide à prodiguer un soutien scolaire efficace et accessible aux jeunes que nous hébergeons. »

Gaetan Debeau : « Nous accueillons 10 jeunes d'environ 16 ans, majoritairement d'Afrique subsaharienne, des filles et des garçons. Au départ, nous nous sommes interrogés, allions-nous opter pour la mixité ? Ce choix pouvait sembler délicat mais nous avons estimé qu'il participait à l'apprentissage du vivre ensemble et permettait d'aborder les questions de genre. Finalement, tout se passe très bien ! Nous avons constaté que les jeunes filles ont souvent un rôle de médiatrices et que la mixité diminue les crispations inévitables dans une cohabitation. Dans la maison, chacun dispose de sa propre chambre. Il y a deux salles de bains, une buanderie, une grande cuisine et une grande pièce salle à manger et salon en même temps. Les jeunes font eux-mêmes leur lessive, ont un frigo, cuisinent et nettoient la maison à tour de rôle. Nous avons établi un règlement d'ordre intérieur que chaque jeune signe à son arrivée et s'engage à respecter. Notre équipe est composée d'un coordinateur et de 3 éducateurs dont un engagé à trois-quart temps. Normalement, d'après les critères de Fedasil, nous aurions dû nous contenter d'un coordinateur mi-temps et de deux éducateurs. Ces critères partent du principe que les jeunes sortant de la deuxième phase d'accueil sont déjà autonomes. Mais ce n'est pas le cas. Le soutien du CPAS a donné au projet les moyens d'un réel encadrement des jeunes dans leur apprentissage de l'autonomie. »  
« En effet, précise Michel Colson, nous ne recevons pas de subventions d'aide à la



jeunesse et les aides financières prévues pour les MENA sont inférieures à celles octroyées pour les adultes. Pourtant un jeune de 16 ans a des besoins similaires en terme d'alimentation ou d'habillement qu'un adulte et des frais supplémentaires liés à la scolarité. Fedasil verse 41 euros par jour par enfant. Cette somme ne couvre pas la totalité des coûts. Le CPAS de Boitsfort complète. Notre budget n'est donc jamais en équilibre ! »

« Cette ILA (Initiative Locale d'Accueil) s'inscrit dans la troisième phase d'accueil, nous explique Gaetan Debeau.<sup>1</sup> Plutôt dans la deuxième phase et demie ! Au lieu d'un accompagnement individuel dans un appartement encadré, nous proposons un habitat communautaire destiné à des jeunes pas encore tout à fait autonomes. Ici, dix jeunes apprennent à vivre ensemble dans le respect de la culture de chacun et découvrent les outils qui leur permettront de se prendre en charge. Nous accompagnons les jeunes dans toutes leurs démarches : administration communale, mutuelle, médecin, planning familial... Nous avons un partenariat avec la maison médicale de Boitsfort. Ils apprennent aussi à gérer le quotidien, faire les courses, la cuisine, tenir un budget... Nous voulons qu'ils disposent de toutes les clés pour se prendre en charge eux-mêmes lorsqu'ils quitteront l'ILA. »

L'éducation et l'enseignement sont fondamentaux dans l'encadrement proposé par l'ILA de Watermael-Boitsfort, Michel Colson : « Beaucoup viennent des centres à Bruxelles mais certains ont été hébergés à Namur ou à Rixensart. Lorsqu'ils arrivent chez nous en pleine année scolaire, ils poursuivent

leur scolarité là où ils l'ont entamée, même si c'est loin de Bruxelles. Il est souvent difficile de leur trouver une école plus proche. Beaucoup d'écoles sont complètes et d'autres manifestent une certaine résistance à l'idée d'accueillir des élèves perçus à tort comme plus difficiles. »

« Pourtant, poursuit Gaetan Debeau, ces élèves ne posent aucun problème disciplinaire. Au contraire, un de nos jeunes nous a demandé de l'aider à trouver un autre établissement scolaire parce qu'il ne supportait pas le manque de respect des élèves à l'égard des professeurs. Il nous a clairement dit qu'il voulait partir de cette école " pour ne pas devenir comme les autres ", ce qu'il craignait de ne pas pouvoir éviter s'il restait dans cette atmosphère. Ils sont très respectueux des différentes formes d'autorité. Par contre, ce sont des élèves qui, idéalement, ont besoin de plus de soutien scolaire. C'est pourquoi nous accordons beaucoup d'importance au suivi scolaire quotidien et à l'aide à l'orientation. Ce suivi inclut également d'être attentif à l'évolution de la procédure juridique et aux critères liés à l'âge comme, par exemple, la demande de dérogation lorsqu'un jeune devient majeur en cours d'année scolaire pour qu'il puisse prolonger sa scolarité au-delà de 18 ans. Ces jeunes sont très curieux et souhaitent découvrir la Belgique, leur pays d'accueil. Nous prévoyons donc une activité découverte par mois. Par exemple, nous avons organisé une rencontre avec la bourgmestre de la commune<sup>2</sup>, une excursion à Malmédy, des sorties cinéma et théâtre... Nous essayons aussi de les impliquer dans les activités de la commune. »

La communication est très importante, entre les jeunes et l'équipe, entre les jeunes et au sein de l'équipe même. Gaetan Debeau : « Tous les mercredis, une réunion avec tous les jeunes a lieu. Le jeudi, c'est l'équipe qui se réunit. Nous assurons une présence de 7 à 21 heures en semaine et jusqu'à 23 heures le week-end. Nous faisons aussi régulièrement le point avec chaque jeune individuellement. Tous les aspects sont abordés : santé, scolarité, relationnel, procédure... Ce suivi quotidien et transversal nous permet de ne pas passer à côté de quelque chose d'important pour le jeune. Ce travail de communication est aussi un soutien pour l'équipe. Cela nous permet de mieux gérer les imprévus et les situations affectivement difficiles – comme l'évolution négative de la procédure de certains jeunes – qui peuvent aboutir à un ordre de quitter le territoire ou à un retour au pays, voire la disparition d'un jeune ce qui est, heureusement, tout à fait exceptionnel. Ces jeunes ont une grande capacité d'adaptation et de résilience, en quelques mois, ils sont autonomes ! Pourtant, il est important de ne pas les lâcher dans la nature dès leur statut régularisé. Il ne faut jamais oublier que ce sont des adolescents. Se retrouver seul du jour au lendemain, sans plus de repères, est violent. D'ailleurs certains jeunes ne veulent pas quitter la maison. »

Environ 1.500 adolescents étrangers arrivent chaque année en Belgique. Rêvons un peu : si la moitié des communes du pays organisait chacune 5 places d'accueil, plus aucun de ces jeunes, filles et garçons, ne dormiraient dans des centres fermés, des hôtels miteux ou dans la rue... ■

Marie-Hélène Salah

- <sup>1</sup> L'objectif de cette troisième phase d'accueil est la mise en autonomie progressive du mineur dans un lieu qui lui offre la possibilité de construire et réaliser son « projet de vie ». Le mineur y séjournera pendant une période plus longue et y apprendra à être autonome. Il existe plusieurs possibilités : logements organisés par les Communautés, initiative locale d'accueil avec unités de logement individuel, logement autonome supervisé, location d'un logement personnel avec le soutien du tuteur.
- <sup>2</sup> Martine Payfa, bourgmestre de Watermael-Boitsfort lors de la législature précédente.

# L'Europe est en guerre contre un ennemi qu'elle s'invente

Depuis plus d'une décennie, une approche exclusivement sécuritaire oriente les politiques migratoires européennes : mise en place d'une politique restrictive de délivrance des visas, construction de murs et de clôtures, contrôle militarisé des frontières terrestres, aériennes et maritimes, renvoi forcé dans les pays d'origine et sous-traitance du contrôle migratoire à des États peu démocratiques en échange de rétribution... Et pourtant, l'Europe n'est pas menacée d'invasion, la part des migrations internationales est restée stable ces 50 dernières années, et la majorité des migrations se fait entre les pays du Sud.

**P**our empêcher l'accès à ses 42.000 km de côtes, 9.000 km de frontières terrestres et 300 aéroports internationaux, l'Union européenne a créé en octobre 2004 « l'Agence européenne pour la gestion de la coopération opérationnelle aux frontières extérieures des États membres de l'Union européenne », dite Frontex, basée à Varsovie. En quelques années, Frontex est devenue l'acteur clé de la politique migratoire européenne. Son rôle est de plus en plus important, comme le montrent l'évolution de son budget annuel (19 millions d'euros en 2006, 118 millions d'euros en 2011), les moyens militaires qui lui sont dévolus, et son autonomie. Frontex a en effet une personnalité juridique, elle peut signer des accords avec les pays tiers et, depuis la révision de son mandat en octobre 2011, elle peut initier des opérations de contrôle des frontières.

Les opérations de Frontex sont à haut risque pour les migrants, et tout particulièrement pour les demandeurs d'asile pourtant théoriquement protégés par la Convention de Genève de 1951, interdisant le refoulement des personnes qui demandent protection. Il existe des témoignages de violation avérée du principe de non refoulement lors d'une opération de Frontex en 2009 (75 *boat people* interceptés à proximité des côtes italiennes ont été remis à une patrouille maritime libyenne). Par ailleurs, Frontex se félicite d'avoir réduit de 250 à 60 le nombre quotidien d'entrées irrégulières en Grèce via la Turquie en 2011. Mais parmi les personnes qui n'ont pas franchi la frontière par peur d'être arrêtées et enfermées, certaines étaient peut-être en besoin de protection

internationale et pouvaient légitimement déposer une demande d'asile (les personnes interceptées à cette frontière sont majoritairement originaires d'Afghanistan, du Pakistan, et du Bangladesh). Et tandis que leur droit de quitter tout pays, pourtant proclamé par la Déclaration universelle des droits de l'homme, était violé, ces personnes ont peut être choisi d'emprunter des voies encore plus dangereuses pour accéder au territoire européen.

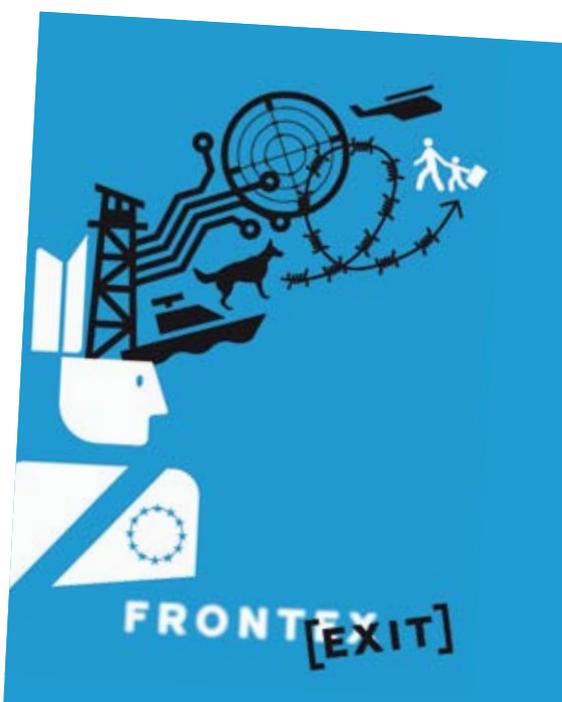
Prétextant que les violations des droits ne peuvent être prédites, Frontex ne met pas en place, dans sa stratégie des droits fondamentaux, de mesures préventives appropriées. Pas même en faveur des personnes particulièrement vulnérables comme les mineurs ou les demandeurs d'asile. L'agence estime qu'il n'est pas de sa responsabilité de confirmer que les droits de l'homme sont respectés dans un pays donné. Aucune mesure n'est donc prise pour s'assurer, lors d'opérations menées avec des pays ayant signé des accords avec Frontex, que les migrants ne seront pas soumis à des traitements inhumains ou dégradants. L'analyse de risque, qui est menée en collaboration avec des officiers de liaison présents dans ces pays, ne porte que sur le "risque migratoire" et aucunement sur la situation des droits humains dans les pays de retour. Cela est particulièrement inquiétant dans la mesure où, suite à la révision de son mandat, l'agence peut signer des accords avec les États tiers sans aucun contrôle du Parlement européen.

Par ailleurs, la question fondamentale de la responsabilité de l'agence n'est pas claire : qui est responsable en cas de

violation des droits des migrants, entre l'agence, l'État hôte d'une opération, ou l'État dont relève l'agent qui a commis la faute ? Quels mécanismes effectifs sont mis en place pour garantir l'accès des migrants à l'exercice de leurs droits ? Quelle garantie présente l'agence en termes de respect du principe de non refoulement, lors d'opérations maritimes notamment ?

Autant de questions que la campagne Frontexit lancée par Migreurop et ses partenaires soulève et veut poser aux institutions concernées. A travers des actions d'investigation et de sensibilisation, cette campagne se propose d'informer et de dénoncer dans les pays d'Europe et d'Afrique visés par les actions de l'agence FRONTEX l'opacité juridique qui entoure ses activités, et de démontrer l'incompatibilité du mandat de FRONTEX avec le respect des droits fondamentaux. ■

Marie-Hélène Salah



**FRONTEXT** est une campagne interassociative et internationale pour le respect des droits humains des migrants aux frontières extérieures de l'Union européenne, portée par 21 associations, des chercheurs et des individus issus de la société civile du Nord et du Sud de la Méditerranée (Belgique, Cameroun, France, Italie, Mali, Maroc, Mauritanie, organisations internationales, réseaux euro-africains).

L'objectif de **FRONTEXT** est double : informer un large public sur les dérives auxquelles donnent lieu les opérations de Frontex en termes de droits humains, et dénoncer ces dérives auprès des représentants politiques directement impliqués.

A travers des actions d'investigation, de contentieux, de sensibilisation et d'interpellation politique, Frontexit demande :

- la transparence sur les mandats, les responsabilités et les actions de Frontex ;
- la suspension des activités de l'agence identifiées comme contraires aux droits humains ;
- l'annulation du règlement créant l'agence Frontex, s'il est démontré que le mandat de l'agence est incompatible avec le respect des droits fondamentaux.

<http://www.frontexit.org/fr/>

Contacts :

Migreurop : [contact@migreurop.org](mailto:contact@migreurop.org)

CIRÉ Asbl : [cintrand@cire.be](mailto:cintrand@cire.be)

CNCD-11.11.11. : [cecile.vanderstappen@cncd.be](mailto:cecile.vanderstappen@cncd.be)

LDH Belgique : [ldh@liguedh.be](mailto:ldh@liguedh.be)

Progress Lawyer Network : [info@progresslaw.net](mailto:info@progresslaw.net)

## Seniors

# Démocratie participative Les Conseils consultatifs communaux d'aînés

Le croiriez-vous, la création des premiers CCCA remonte aux années 1980-90 en Wallonie. La Coordination des Associations de Seniors (CAS), qui regroupe des organisations rattachées à des partis politiques, des mutuelles, des syndicats<sup>1</sup>, ainsi que des associations indépendantes telles que la Ligue des Familles, Courants d'Âges ou Infor-Homes, organisait le 15 avril dernier, dans les locaux de la Fédération Wallonie-Bruxelles, un colloque pour promouvoir la mise en place et le bon fonctionnement des CCCA en Région bruxelloise.

**E**n arrière-plan de cette initiative, on trouve bien entendu le vieillissement de la population belge et, à l'avant-plan, une nouvelle image des personnes âgées qui se répand de plus en plus. Image qui transparait dans le choix des mots (on dit « les aînés » ou « les seniors », non plus « le troisième âge » ou « les vieux » et encore moins « les vieillards ») et dans le discours sur les « seniors actifs » : foin du retraité pantouflard qui arrose ses géraniums, vive celui qui se bouge physiquement et est actif socialement !

## Une nouvelle norme

Il faut espérer qu'on n'arrivera pas un jour à un « plan d'activation des aînés » comme il existe un plan d'activation des chômeurs... mais on peut le craindre. Le réseau Courants d'Âges a publié en avril dernier une brochure critique consacrée au « vieillissement actif » (voir [intergeneration.be](http://intergeneration.be)). Cette notion, telle qu'elle est mise en avant par l'UE notamment, tend clairement à réduire la vieillesse à l'improductivité, et le vieillissement « actif » à la rentabilité

socio-économique par l'emploi salarié, le bénévolat, le soin aux proches et la santé via la prévention. Le vieillissement démographique est présenté comme un risque pour la société (notamment pour le système de protection sociale et de soins de santé) et une catastrophe économique, faisant l'impasse sur tout ce que les seniors apportent déjà à la vie socio-économique (y compris en matière d'emplois) mais aussi sur toutes les personnes dépendantes : pour celles-ci, le concept de vieillissement actif est totalement inadapté et même

« dangereux car il pourrait encore davantage les mettre à la marge en étant qualifié uniquement par la négation (non travailleur, non bénévole, non valide, non participatif...) et la passivité », pour citer l'asbl Habitat & Participation. Ce qui ressort de tout ce discours, c'est le stéréotype du senior responsable et dynamique, qui pratique un sport, se tient à la disposition de ses proches, fait du bénévolat (et siège éventuellement dans un Conseil consultatif des aînés), bref, qui a le temps, la santé et les moyens intellectuels et financiers\* lui permettant d'être « actif ». Et, en creux, l'image du « mauvais vieux », celui qui a raté son vieillissement car incapable d'obéir à l'injonction du « bien vieillir » (ce qui, évidemment, implique aussi de consommer pour « relancer la croissance »...).

Christian Dhanis, Administrateur de la CAS, a présenté les « bonnes pratiques » relevées lors d'une enquête réalisée en 2010-11 auprès des CCCA wallons<sup>2</sup> en collaboration avec le Panel Démographie familiale de l'ULg (Marie-Thérèse Casman). Contentons-nous ici d'en épingler quelques résultats.

Tout d'abord, pas d'angélisme : les objectifs et le rôle prioritaire du Conseil consultatif ne sont pas toujours bien perçus par les Communes ni même par leurs propres membres. Or le rôle premier d'un CCCA n'est pas d'organiser des événements pour « occuper » les aînés (fêtes, voyages, manifestations culturelles) mais bien de leur permettre d'intervenir en tant que citoyens dans la vie de la commune. Les sujets à traiter par le Conseil seront donc ceux qui affectent le bien-être et la santé des aînés, comme la mobilité, le logement, la culture, la lutte contre l'isolement, la participation à la vie associative, les relations intergénérationnelles... Le Ministre Rachid Madrane, Membre du Collège de la COCOF, a par ailleurs fait remarquer que les centres d'intérêt des seniors ne leur sont pas forcément spécifiques et qu'ils peuvent recouper ceux d'autres citoyens : pensions à la mobilité ou au logement.

Des enjeux ont également été pointés. Il est de première importance que les CCCA portent la parole de tous les seniors, y compris de ceux qui ne s'expriment pas publiquement, au risque que les

Conseils ne soient des lieux où ne se retrouvent que les aînés qui, de par leur activité professionnelle antérieure ou leur investissement associatif, sont déjà à l'aise pour intervenir dans une réunion, s'adresser aux autorités, prendre la parole en public, etc. C'est l'enjeu de la représentativité : les souhaits et revendications de tous les aînés résidant dans la commune devraient pouvoir se faire entendre, par exemple via un questionnaire auquel les membres du CCCA peuvent les aider à répondre. La CAS (Coordination des Associations de Seniors) peut, de son côté, soutenir les Conseils consultatifs par divers moyens, dont la formation.<sup>3</sup>

Quant au fonctionnement des Conseils, la CAS émet plusieurs propositions. Le CCCA devrait comprendre une dizaine de membres au minimum (en tenant évidemment compte de la taille de la commune), parmi lesquels des aînés n'appartenant à aucune association. Dans le même souci de respecter la diversité, il faut veiller à la répartition hommes/femmes (2/3 des membres au maximum étant du même sexe), à la participation d'habitants de différents quartiers de la commune et de plusieurs générations d'aînés. Il est souhaitable que la présidence soit exercée par un habitant et non par un élu ; par contre, la présence d'un membre du Collège communal est souhaitable pour faire le relais auprès de celui-ci. Enfin, le rythme minimal de 4 réunions par an est recommandé.

## Qu'en est-il à Bruxelles ?

Sylvie Carbonnelle, socio-anthropologue (CDCS-ULB), a présenté les résultats d'une enquête du même type menée en Région bruxelloise en 2011-12. Sur les 19 communes, les 13 qui avaient mis en place un Conseil consultatif des aînés ont été interrogées, et 8 ont répondu. Il faut cependant noter que parmi les 5 autres, quatre avaient mis en place d'autres dispositifs (plate-forme, table ronde, forum, service cogéré) et que deux autres communes ont un projet de CCCA. Les Conseils consultatifs les plus anciens fonctionnent depuis 20 à 25 ans, les plus récents depuis deux ans, et un autre a arrêté ses activités.

Comparons avec les propositions de bonnes pratiques citées plus haut :

- le critère du nombre de membres (minimum 10) est rencontré ;
- trois CCCA ne comptent que des membres issus de l'associatif, les cinq autres comptent des proportions variables d'associatifs et d'isolés ;
- le ratio hommes/femmes est lui aussi variable, et la « règle des deux tiers » n'est pas observée partout (forte surreprésentation de femmes dans deux cas) ;
- la présidence du CCCA est exercée le plus souvent (5/8) par un élu, bourgmestre ou échevin ;
- la fréquence des réunions est au moins trimestrielle (3 à 4/an) mais parfois plus importante : de 3 à 8/an dans un cas, mensuelle dans un autre ;
- aucune commune bruxelloise ne prévoit l'obligation de consulter le Conseil lorsqu'une décision du Collège peut concerner les aînés, et pas davantage (sauf dans un cas) l'obligation de lui présenter les raisons d'un refus ou d'un désaccord.

Le rapport conclut que « si les CCCA existants contribuent globalement à mieux tenir compte des spécificités des besoins des aînés dans les politiques communales, il serait souhaitable de renforcer encore les mécanismes de concertation et de dialogue qu'ils permettent entre aînés et autorités communales. » Et il émet une dizaine de recommandations, dont la définition d'un cadre régional structurant pour favoriser la mise en place des CCCA. Le Ministre Madrane n'y est pas défavorable mais rappelle que l'autonomie communale ne permet aux Régions que d'émettre des suggestions en ce sens... ■

Alain Cherbonnier

\* Notons que la réforme des pensions va pénaliser nombre de retraités en dévalorisant, dans le calcul du montant de la pension de retraite, la troisième période de chômage, le régime de chômage avec complément d'entreprise (ex-prépension), les crédits-temps de fin de carrière, etc.

1. Par exemple : les Aînés de la FGFB, la Ligue libérale des pensionnés, les Aînés du MOC, la Confédération des seniors socialistes, la Commission des aînés écolos...
2. Leur nombre est estimé à 130 environ (sur 262 communes).
3. Coordination des Associations de Seniors, 20 quai de Brabant, 6000 Charleroi, [www.cas-seniors.be](http://www.cas-seniors.be), [info@cas-seniors.be](mailto:info@cas-seniors.be)

# REGARDS SUR LA FOLIE

La 5<sup>e</sup> édition du festival « Images mentales » a battu son plein les 19 et 20 février derniers à l'Espace Delvaux du Centre culturel de Watermael-Boitsfort. Les documentaires et films d'atelier programmés en journée étaient suivis, le soir, par des productions plus « grand public »<sup>1</sup>. L'enjeu, brièvement rappelé d'emblée, restant de se rapprocher quelque peu, par l'image et l'imaginaire, de personnes « à la marge », qui échappent à une norme de la santé mentale qui est aussi celle de l'acceptation sociale. L'an dernier (voir le n° 66), nous avons mis l'accent sur les films d'atelier ; cette fois, nous nous attacherons spécialement aux documentaires.

Le festival commence avec *Les voix de ma sœur*, très beau film de Cécile Philippin (49'). Un film qui, dira le psychanalyste Jean Florence au cours des échanges suivant la projection, combine émotion, sensibilité, intelligence et humour. À recommander à tout amoureux du cinéma... Irène entend « des voix ». Pas tout le temps : en dehors des périodes où celles-ci l'envahissent et l'angoissent profondément, elle en parle de manière tout à fait lucide devant la caméra de sa sœur Cécile. « Le délire se nourrit de tout », dit Valérie, une autre de ses sœurs : pendant un temps, Irène a connu une sorte de crise mystique dont ses hallucinations se nourrissaient et elle a cherché refuge dans la religion.



Alain, Caroline Bonfond (cinéaste) et Martine Lombaers (coordinatrice de Psymages)

## Diagnostic : schizophrénie

La schizophrénie n'est pas rare puisqu'elle touche 1% de la population. Cécile Philippin : « On devrait plutôt parler des schizophrénies. C'est un phénomène mal connu, mal compris, et sur lequel on dit beaucoup de bêtises. » Interviewé, un psychiatre renchérit : cela n'arrive pas à des gens « à part », même s'il y a peut-être des composantes génétiques et familiales (ici, le premier enfant de la nombreuse fratrie n'a pas survécu). Cela se déclare souvent à l'adolescence ou au jeune âge adulte : l'adolescence « réveille » sans doute quelque chose d'enfoui. Irène a connu deux échecs amoureux, son père a eu de gros problèmes de santé et est décédé ultérieurement. Mais rien de tout cela

n'est exceptionnel. Ce sont des choses – deuils, conflits... – qui arrivent dans la vie de tout un chacun.

Irène devra accepter qu'il s'agit d'une maladie, ce qui n'est pas facile, surtout tant que le diagnostic n'est pas posé. Elle se soumet au traitement médicamenteux parce que le plus important pour elle est d'éviter les délires, mais la réalisatrice s'interroge : la folie est-elle vraiment une *maladie* ? On a défini quelque chose sans en connaître les causes et on n'en soigne que les symptômes... La folie reste sans doute un mystère que tous les manuels de psychiatrie du monde n'arriveront jamais à cerner.

Le film évoque aussi ce que la folie

fait aux autres, ce qu'elle réveille chez eux : culpabilité, peur, colère, désir de surprotection... Car l'entourage est malmené lui aussi et n'arrive pas toujours à être soutenant. Valérie : « On est tous passés par là, on ne pouvait pas y croire ». Leur mère s'est sentie prise dans le collimateur : s'agissant de la schizophrénie comme de l'autisme, le personnage maternel est souvent visé par la psychiatrie... Quant aux soignants, un stagiaire insiste sur l'aspect humain : « Il faut aimer les gens, faire preuve d'empathie et d'observation, ne jamais oublier qu'un malade est quelqu'un qui souffre ». Le film constitue ainsi un plaidoyer sans fracas pour une alliance entre le patient, sa famille et les

soignants, chacun étant bien à sa place : « Il n'y a rien de pire que l'infantilisation », écrit Irène dans une lettre lue par Cécile après la projection<sup>2</sup>.

Irène qui cite une phrase entendue d'une autre bouche pendant le tournage : « Il y a beaucoup d'amour dans ce projet ». Ce sont les derniers mots du film.

## Du sang partout

Caroline Bonfond a travaillé 10 ans en psychiatrie avant de passer au cinéma avec *Amour et insurrection* (17'). Ce court-métrage est centré sur Alain, qui a connu la rue et les abus qui l'accompagnent, alcool, drogues. Il reprend maintenant pied grâce à la photographie. Il cherche à renouer avec ses deux fils perdus de vue (le plus jeune viendra au vernissage de l'expo). La photo lui permet aussi de renouer avec l'univers des chevaux, celui de son jockey de père, un homme d'une féroce brutalité avec qui il a rompu.

Malgré leurs différences, les deux films ne sont pas sans liens : « Il y a du sang partout » dans une hallucination d'Irène comme dans un souvenir d'enfance d'Alain, contraint de nettoyer le sang de sa sœur battue par son père. Il y a aussi ce *désir* de faire le film et de le faire *ensemble* : quand Caroline Bonfond rencontre Alain, il lui dit très tôt « Je veux faire un film avec toi » ; comme Irène, Alain est co-auteur. Pour Luc Jabon, cinéaste de fiction et professeur à l'IAD, les deux films diffèrent du documentaire classique : il y a « une expérience du voir », dit-il. En tout cas un regard de sujet à sujet.

Mais il y a aussi la *parole*, sur l'importance de laquelle Irène insiste dans son texte. Alain dit quant à lui : « Quand je veux raconter mon histoire, les gens s'éloignent. » Jean Florence : « Par définition, la parole *implique* l'autre. Si on accepte la parole, on ne sait pas où on va. » C'est justement ce qui fait peur : entendre la parole de gens qui sont noyés dans leur délire ou submergés par



Cécile Philippin (cinéaste), Pierre Smet (psychanalyste), Jean Florence (psychanalyste) et Luc Jabon (cinéaste)

les monstruosité qu'ils ont subies. Or, insiste une des réalisatrices, « on a besoin d'entendre les malades. Il n'y a qu'eux qui peuvent nous expliquer comment ça se passe, ce qui se passe. Les personnes en souffrance peuvent parler, et on se doit de respecter leur parole. » Défions-nous de l'image du fou comme quelqu'un qui serait constamment dans l'irrationnel.

## Un hymne à la pauvreté

Dans *Avant que les murs tombent* (28'), Eve Duchemin fait le portrait du jeune Colin et de sa mère, qui est déjà une personne âgée. Leur maison, à l'angle d'une rue dans un quartier de Charleroi, ressemble à un squat meublé de bric et de broc. Les jeunes plus ou moins paumés y sont accueillis. L'un d'eux dira : « Ici ils n'ont rien, et on peut venir. C'est de plus en plus rare : à Charleroi, c'est chacun pour sa gueule. » Ici, ils peuvent se rencontrer et faire de la musique : du rap, évidemment (qui, par-delà les Eminem et autres machos à breloques, bimbo et grosses cylindrées, reste la forme par laquelle font entendre leur voix les pauvres, les opprimés, ceux qui savent qu'ils resteront sur le bord de la route). Mais ce refuge est lui-même précaire. Evoquant sa mère, Colin dit pudiquement : « Quand il n'y aura plus personne au-dessus, juste moi... »

De ces films on peut dire, comme Jean Florence encore, qu'ils sont éminemment politiques puisqu'ils concernent la vie en commun des humains. Et il en sera de même avec le documentaire – plus classique – de Serge Moati, *Mes questions sur la folie en prison* (52').

## Double peine

Comme on l'a déjà vu dans un autre documentaire projeté en 2012 au cours du même festival, « le parcours du fou, c'est la rue, le foyer, ce qui reste de l'hôpital psychiatrique, et puis la prison », dit un magistrat. La prison parce qu'il y a eu des actes délinquants mais aussi, tout simplement, parce qu'il n'y a plus de place ailleurs. Paradoxalement, la diminution continue du nombre de lits psychiatriques, dans le droit fil de la lutte contre l'univers asilaire et pour la réinsertion sociale des malades mentaux, a conduit nombre de ces derniers dans un lieu d'enfermement pire encore.

Moati parle d'une « double peine » : la condamnation de droit commun s'ajoute à la maladie mentale. Il y aurait 10% de troubles psychotiques en prison, et bien davantage de troubles dépressifs et anxieux, sans compter les tentatives de suicide à répétition. Un gardien dira qu'on parle des suicides « réussis » mais qu'il y a beaucoup plus de tentatives

# 5<sup>ème</sup> édition Images Mentales

Regards sur la Folie

Les 19 & 20  
février 2013



**La Vénérie - Espace Delvaux**  
rue Gratès, 3 - 1170 Bruxelles  
Programme - Renseignements - Inscriptions : LBFSM

tél: 02 511 55 43  
fax: 02 511 52 76  
Lbfsm@skynet.be  
www.psymages.be

Graphisme: Gabriëlle Latta - Latta.gabrielle@gmail.com

de suicide que le personnel parvient à enrayer et dont on ne parle pas.

Pour se retrouver au SMPR, l'aile psychiatrique de la prison, le détenu doit en faire la demande. Or beaucoup refusent tout traitement. Conséquence : il y a sans doute autant de malades mentaux dans les cellules qu'au SMPR. Même des membres du personnel reconnaissent que les malades mentaux ne sont pas à leur place : « Qu'est-ce que ce type fait en prison (vol à l'étalage, 30 mois de détention) ? » Une psychiatre qui a travaillé à Fresnes est encore plus sévère : « La prison convient trop bien aux grands malades mentaux, ce qui montre bien qu'elle est pathologique. » Un écrivain, ancien taulard, révèle que les malades mentaux sont appelés par les autres prisonniers *les orphelins, les abandonnés, les invisibles...* En prison, on a peur de la contagion. Moati : « Le fou est le miroir déformant ce que le détenu a peur de devenir. »

## Quel statut pour la parole du fou ?

Revenons sur la parole du fou – et des exclus en général, qui sont aussi exclus de la parole – en citant ces quelques mots de Micheline Roelandt, psychiatre, dans un film réalisé à l'occasion des 40 ans de La Gerbe : « Faut-il des pys pour les SDF ?... Il faut d'abord écouter ce que les SDF en disent. On a toujours beaucoup de mal à faire cela ici, alors que c'est ce qui a été fait au début des années 70 : on a écouté les psychiatisés. »

Pour le sociologue Krzysztof Skuza<sup>3</sup>, le statut de la parole du fou n'a guère évolué depuis l'époque médiévale : rebaptisé malade mental, il est toujours condamné au silence. Notre société dénie à sa parole toute valeur et signification : « sa parole ne serait nécessairement qu'une production verbale inopinée, intempestive et absurde (...). Ce qui est exclu, ce n'est pas le fou en tant que personne, mais bien l'énonciation de la folie à la première personne. Le levier de cette exclusion, qui a adopté

de multiples justifications d'ordre moral ou thérapeutique, est l'assimilation du sujet de l'énonciation (le fou) au sujet de l'énoncé (la folie). Parmi les justifications d'ordre moral, citons l'interdiction de *l'insane literature* ou de l'écriture folle qui, dès l'avènement des asiles, a privé les aliénés de papier et de plume et a permis la confiscation et la destruction systématiques de leurs écrits. Le célèbre cas d'Agnes Richter (...), internée contre son gré pendant plus de 18 ans et qui a contourné l'interdiction en brodant son récit sur sa veste d'asile, constitue désormais le symbole du besoin de communiquer de tant de patients psychiatriques. »

Un besoin de communiquer, et surtout un désir de s'exprimer et de créer dont témoignent tant de films d'ateliers... À suivre en 2014 ! ■

Alain Cherbonnier

1. I s'agissait cette fois de Walk Away Renée, de Jonathan Caouette (2012, une première en Belgique), et de Take Shelter, de Jeff Nichols (2011).
2. <http://voixdemasoeur.surlepalier.com/docs/messagedirene-voixdemasoeur.pdf>
3. « Le statut de la parole du fou : une perspective socio-historique », Lettre trimestrielle de l'association romande Pro Mente Sana, n° 52, juin 2011, pp. 1-4.

# Analyse des services ambulatoires des secteurs du social et de la santé en Région Bruxelloise

Le Décret relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé du 5 mars 2009 s'articule autour de six axes : la fusion des décrets relevant de l'action sociale, de la famille et de la santé, la simplification administrative, l'agrément à durée indéterminée, la programmation des nouveaux agréments, la démarche qualité et le renforcement de la pratique des réseaux. Concrètement, son objectif est de stimuler, encourager et accroître les liens préexistants entre les secteurs et au sein même de ces secteurs entre autres par la mise à disposition d'un cadastre des secteurs, services et acteurs des services ambulatoires agréés Cocof.

Le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans le domaine de l'action sociale, de la famille et de la santé (publié au 8 mai 2009 au Moniteur belge) définit les services ambulatoires, agréés par la Commission Communautaire française. Son article 32 stipule que : « *Le Collège [de la Cocof] établit, après avis du Conseil consultatif, une programmation incluant un nombre de services par secteur en tenant compte de l'offre existante et des besoins constatés d'un point de vue sociologique, géographique, épidémiologique et socioéconomique.* »

Dans le cadre de cette programmation, le Collège est amené à adopter un arrêté de programmation qui analyse l'offre existante, les besoins constatés et motive sa décision d'augmentation du nombre de services. Afin d'adopter une programmation définitive prenant en compte l'ensemble des critères prévus par le décret de 2009, une analyse préalable a été proposée afin de mieux appréhender l'offre existante et donner des éléments pour la future programmation.

L'analyse de l'offre de ces services s'est faite sur base d'un cadastre élaboré par les acteurs eux-mêmes. Un cadastre peut être considéré comme l'énumération la plus exhaustive possible des différents services impliqués dans un domaine. Dans le cadre des responsabilités de la

Cocof, un cadastre couvre les champs qui sont de son ressort, c'est-à-dire les services ambulatoires concernés par le décret (139 agréments).

L'objectif de ce cadastre vise à dresser un état des lieux des actions et des acteurs qui interviennent dans les services ambulatoires agréés par la Cocof en Région bruxelloise. Les services ont ainsi été invités à répondre à un questionnaire en ligne. La participation est de 115 sur 139 agréments, ce qui représente plus de 8 services sur 10 (82,7%).

L'établissement de cet état des lieux devrait permettre une meilleure vision des différents secteurs, services, acteurs et actions existants en Région bruxelloise mais doit aussi permettre de disposer d'un cadre de concertation commun pour une future programmation des services ambulatoires.

## Structuration du cadastre

Le cadastre est présenté en deux parties. La première aborde certaines dimensions transversales des secteurs et propose une analyse descriptive globale pour l'ensemble des secteurs. Elle permet de dégager les principales caractéristiques des services ambulatoires et de dresser une vision « macro » de ces services. Les éléments développés sont : les activités dans le cadre du décret et hors décret, les

stratégies mises en œuvre, les diplômes, métiers et interdisciplinarité, les réseaux et partenaires et les besoins des services. Certains résultats de cette analyse globale sont présentés ci-dessous.

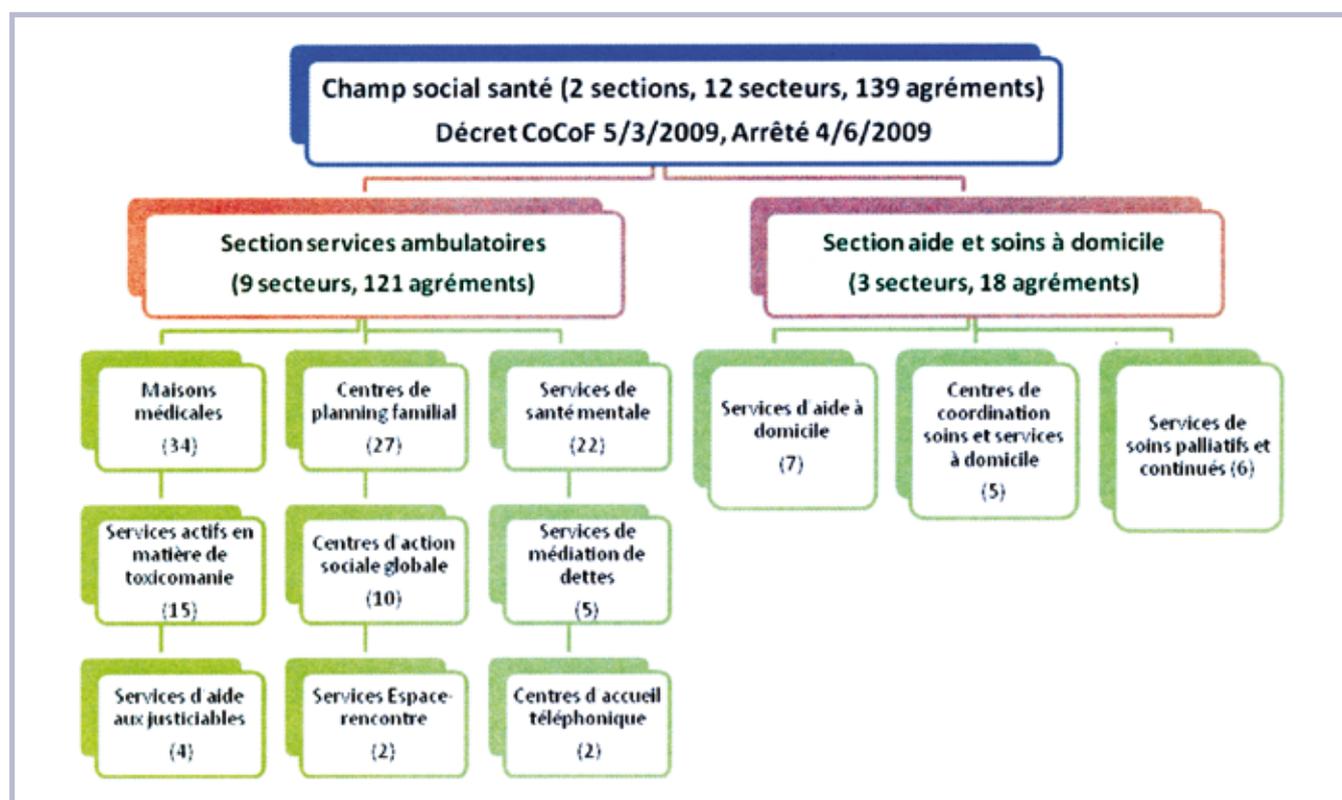
La seconde partie propose une analyse spécifique par secteur : les activités des services, les territoires et publics cibles, les métiers du secteur, les besoins des services et la perception des demandes. Cette partie n'est pas reprise dans le présent article.

## La « population » d'étude

Le champ des services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé est composé de 12 secteurs, identifiés comme tels dans le décret, appartenant à deux sous-ensembles qui constituent des sections distinctes au sein du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé : la section « ambulatoire » (9 secteurs, 121 agréments) et la section « aide et soins à domicile » (3 secteurs, 18 agréments) - voir figure 1. Représentation schématique des services ambulatoires « Cocof ».

Les deux sections sont de taille très différente en nombre d'agréments (121 « ambulatoires » contre 18 « aide et soins à domicile »), ce qui ne signifie pas qu'ils le soient autant en nombre de

Figure 1. Représentation schématique des services ambulatoires « Cocof »



bénéficiaires et de travailleurs. Enfin, à l'intérieur des deux sections, les secteurs vont de 34 agréments pour les maisons médicales à 2 agréments pour les Centres d'accueil téléphoniques ou les Services Espace-Rencontre.

Le Décret reconnaît également d'autres acteurs que les «services ambulatoires», à savoir : les organismes de coordination et les organismes représentatifs et de coordination. Il s'agit concrètement des fédérations de services qui sont au nombre de 7 (le FDSS étant divisé en deux sous-parties en lien avec le Décret) et d'un organisme de coordination, le Conseil bruxellois de coordination sociopolitique CBCS asbl.

Il va de soi que de très nombreux acteurs travaillent sur des domaines et/ou des thématiques en lien avec les services, et ne sont pas repris dans ces analyses. On peut les classer de la manière suivante :

- Les acteurs intégrés dans la même entité que l'agrément (souvent dans

le même siège ou la même antenne) qui travaillent sur un territoire proche et des publics souvent similaires. Ceci concerne d'abord d'autres agréments liés au décret, mais aussi des agréments accordés par une autre autorité publique, voire des acteurs rémunérés sur fonds propres ou bénévoles.

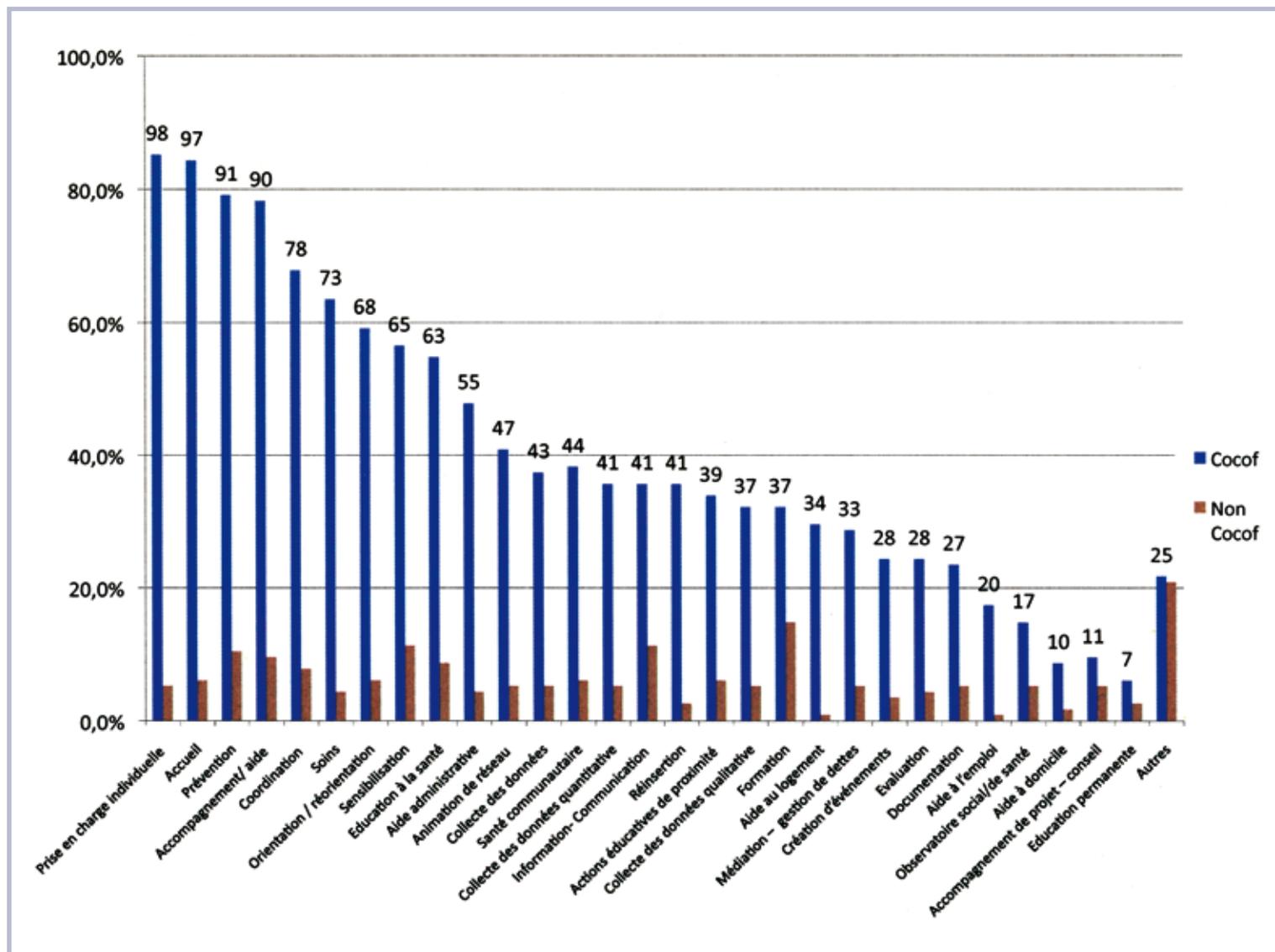
- Viennent ensuite les entités situées sur le même territoire local mais distinctes de l'agrément en question : organismes publics communaux (dont les CPAS), secteur associatif local lié ou non au décret, programmes d'institutions de soin, etc.
- Des entités de dimension régionale jouent un rôle important de documentation et de recherche : le Centre de Documentation et de Coordination Sociales reconnu par la CoCoM, l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, également CoCoM.
- Enfin, n'oublions pas que nombre de services sont insérés dans des réseaux plus vastes qui dépassent la dimension régionale, voire nationale, travaillant sur des problématiques similaires :

universités et centres de recherche, fédérations nationales ou européennes, réseaux de différentes natures.

### Activités dans le cadre du décret et hors décret

Les principales activités des services telles que définies dans le cadre du Décret, s'adaptent souvent au contexte socio-environnemental - voir figure 2. Distribution des types d'activités (en % et nombre absolu) des différents secteurs dans le cadre du décret ambulatoire Cocof et hors décret (N = 115). Les activités les plus citées sont la prise en charge individuelle, l'accueil, l'accompagnement, les activités de prévention, de soins et la coordination. Une seule de ces activités peut se décliner de manière collective, la prévention. L'aide individuelle sous les différentes formes ici énoncées (accueillir, prendre en charge, accompagner, prévenir) occupe une place très importante pour le champ ambulatoire social-santé dans sa

Figure 2. Distribution des types d'activités (en % et nombre absolu) des différents secteurs dans le cadre du décret ambulatoire Cocof et hors décret (N = 115)



globalité. Ces premiers items sont aussi très généralistes et peuvent concerner quasiment tous les services. Les autres items peuvent se répartir en trois grands groupes : les actions communautaires et collectives, les activités de communication et de recherche, la gestion et la coordination.

Ce sont les associations / les relais communautaires et les écoles qui sont le plus cités comme relais pour la réalisation des interventions en dehors des institutions. Ensuite, il y a un regroupement des activités dans les

maisons individuelles et les institutions de soins. La catégorie « autres » (qui concerne un service sur trois) est reprise dans le tableau suivant - voir tableau 1. Identification des lieux des activités du Décret en dehors de l'institution (par ordre décroissant de réponses).

### Stratégies mises en œuvre

La grande majorité des services offre des stratégies d'aide / travail individuel(le), trois-quarts développent des actions collectives et la moitié s'inscrit

conjointement dans des développements communautaires. De façon globale, un tiers combine approches individuelles et collectives et un autre tiers complète cela par des actions communautaires. 8% des services s'inscrivent tant dans de l'aide individuelle que communautaire. Les stratégies se basent aussi sur les partenariats et les réseaux des services, qu'ils soient formalisés ou non. 70% des services rencontrent des difficultés pour effectuer les activités dans le cadre du Décret ou leurs stratégies de mise en œuvre. 20% déclarent ne pas avoir de difficultés et 10% des services ne se pro-

**Tableau 1. Identification des lieux des activités du Décret en dehors de l'institution (par ordre décroissant de réponses)**

Lieux des interventions à l'extérieur de l'institution (N=115)	N	%
Associations et autre relais communautaires	71	61,7 %
Ecole	60	52,2 %
Maisons individuelles	41	35,7 %
Institutions de soins	34	29,6 %
Autres	33	28,7 %
Maisons de repos	24	20,9 %
Rue	21	18,3 %
Milieu du travail	15	13,0 %
Centre pour personnes handicapées	14	12,2 %

noncent pas sur ce point. Les principales difficultés rencontrées sont le manque de ressources financières (59%) et humaines (57%). Plus de la moitié des institutions se plaignent de ces difficultés majeures. Les

besoins des services apparaissent multiples et ils mettent en avant le poids des besoins en moyens humains, financiers et en équipement. Ils pointent également les besoins de décision politique en lien

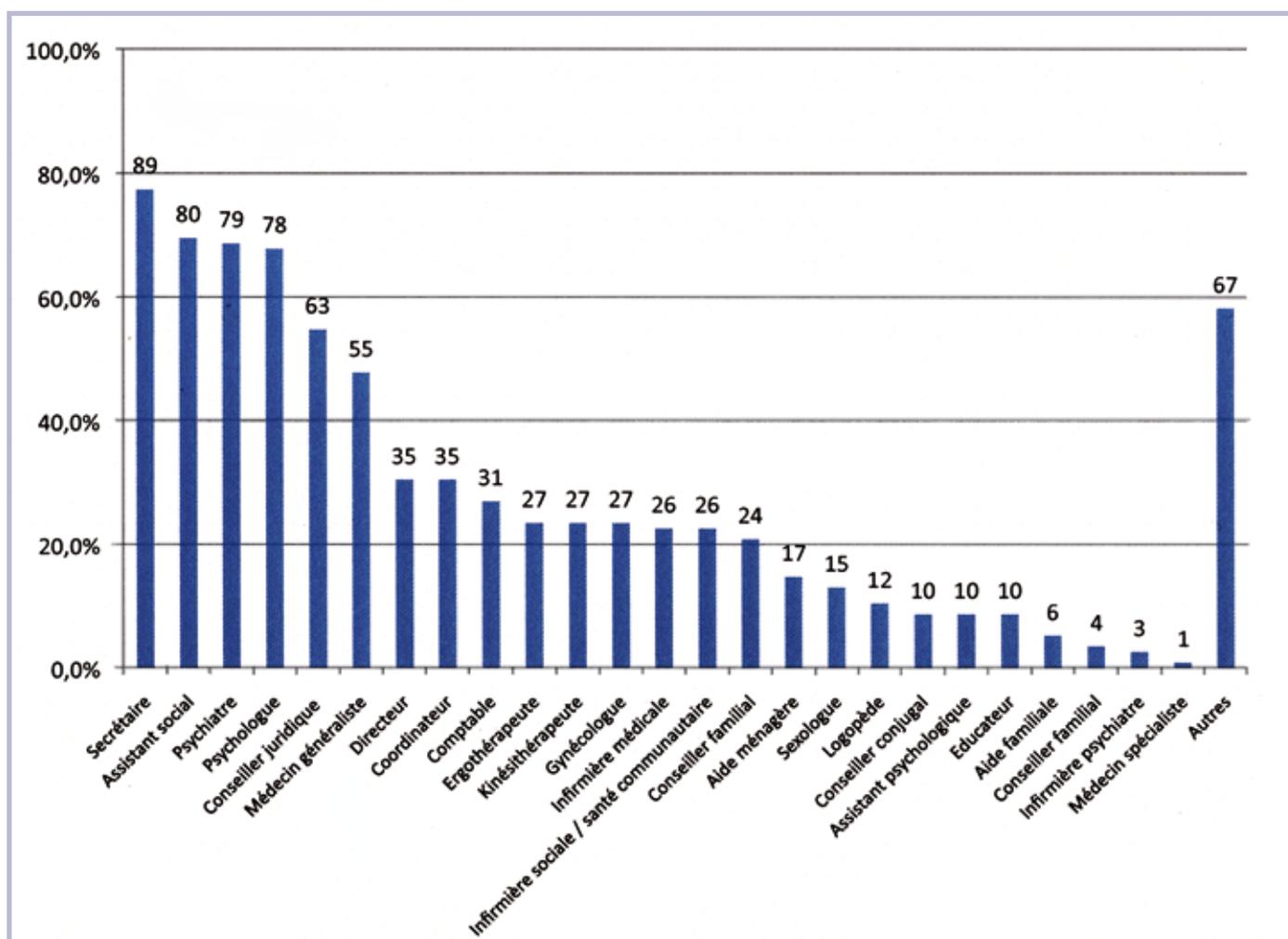
avec le secteur, ainsi que ceux de travail en collaboration avec les institutions voisines.

### Diplômes, métiers et interdisciplinarité

Les professionnels mobilisés dans le cadre des activités en général sont très divers. Hormis les « métiers » mobilisés correspondant aux fonctions et qualifications prévues dans les textes réglementaires, de nombreux autres professionnels travaillent dans les institutions, de manière temporaire ou permanente. Par ailleurs, les tâches qui leurs sont confiées et les compétences mises en œuvre au sein des institutions varient plus ou moins fort en fonction des équipes.

Neuf équipes sur dix font état du caractère interdisciplinaire de leur

**Figure 3. Métiers mobilisés dans le cadre des activités en général (en pourcentages et nombres absolus) (Décret et hors Décret) (N=115)**



équipe. Les professionnels mobilisés sont pour l'essentiel issus de l'enseignement supérieur, avec des variations entre les secteurs selon les qualifications requises. Ainsi, les services d'aide à domicile comptent de nombreux travailleurs issus de l'enseignement secondaire.

## Quelques spécificités des services ambulatoires sur base du cadastre

Les « stratégies » mises en œuvre, toujours dans le cadre des missions du décret, concernent d'abord le travail et l'aide individuels, même si les dimensions collectives et communautaires sont très présentes. Tous les secteurs n'ont pas de missions collectives dans le décret. Certaines les développent dès lors en dehors de cadre décrétaal.

Concernant la partie transversale et l'analyse des activités, on ne peut que constater la diversité de celles-ci, sans pouvoir en mesurer l'importance relative en termes de temps, de place dans l'activité générale des services. Certaines activités sont reprises par la majorité des secteurs mais elles se déclinent de manière spécifique selon les secteurs, les bénéficiaires et les équipes de travail.

Une importante proportion de services fait état de difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de leurs activités dans le cadre du décret. Le manque de ressources financières et humaines est très largement cité.

Les professionnels mobilisés dans le cadre des activités en général sont très divers. Les tâches qui leur sont confiées et les compétences mises en œuvre au sein des institutions varient plus ou moins fort en fonction des équipes. Les professionnels mobilisés sont pour l'essentiel issus de l'enseignement supérieur, avec des variations entre les secteurs selon les qualifications requises.

Les besoins des services apparaissent multiples mais les services mettent en avant le poids des besoins en moyens humains, financiers et en équipement. Ils pointent également les besoins de décision politique en lien avec le secteur, ainsi que ceux de travail en collaboration avec les institutions voisines. Il y a aussi une réflexion à proposer sur la nécessité d'une reconnaissance conceptuelle et financière des fonctions transversales des services / secteurs et d'une meilleure articulation du travail entre les secteurs dans une vision intégrée et différenciée.

Cet état des lieux donne une vision assez large du fonctionnement et des spécificités des secteurs. Il propose un descriptif en termes de nombre de services, de professions/métiers, diplômes, etc. Les constats posés entre autres sur les diversités des pratiques sont aussi très éclairants.

La mise à disposition d'un cadastre des secteurs, services et acteurs des services ambulatoires agréés Cocof doit permettre l'élaboration d'une vision plus globale des interventions existantes sur le territoire bruxellois par tous les acteurs et encourager plus de synergies et de complémentarités entre tous. ■

Yves Coppieters et Amélie Cremers  
Centre de recherches politiques et  
systèmes de santé – santé internationale,  
Ecole de Santé Publique,  
Université Libre de Bruxelles (ULB)

1. Coppieters Y, Cremers A. *Cadastre des services ambulatoires agréés par la Cocof en Région bruxelloise. Rapport de recherche, Projet Cocof / Ecole de santé publique de l'ULB, Bruxelles, septembre 2012.*
2. Cremers A., Coppieters Y. *Etude préparatoire à l'élaboration de la programmation des services ambulatoires en Région bruxelloise : Rapport final. Projet Cocof / Ecole de santé publique de l'ULB, Bruxelles, septembre 2012.*
3. De Backer B. et Wautier D., *Accessibilité de l'offre des services et pénibilité du travail : Rapport exploratoire – Document de travail – Rapport établi dans le cadre de la Démarche d'Evaluation Qualitative Transversale (DEQ-T) des services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé de la Cocof, Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique et Association Paritaire pour l'Emploi et la Formation, décembre 2011, 127p.*
4. *Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale, Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé, publié au Moniteur belge le 8 mai 2009.*

# Conseil des résidents : recueil d'avis, séquence de vie



Les homes sont, pour beaucoup de personnes âgées, les derniers lieux de vie. Ils y partagent leur quotidien avec d'autres résidents. Lorsque les gestes se font plus lents, les paroles plus hésitantes, parfois la mémoire vacillante, comment rester acteur dans ces espaces de vie commune pris en charge par des professionnels ? Le conseil des résidents permet-il de prendre une place active et citoyenne ? Si oui, sous quelles modalités ? Dans le cadre d'un appel à projet lancé par le CPAS de Forest à destination du Val des Roses, le CLPS de Bruxelles, en partenariat avec Forest Quartier Santé, a tenté d'éclaircir ces questions et bien d'autres encore. Présentation *in vivo* de ce processus de travail.

**J**uillet 2012, la chaleur est plombante. A quatorze heures, le Val des Roses se réveille d'une sieste, d'un rêve, d'une pensée enfuie ou obsédante. Les téléviseurs restés allumés retrouvent leurs spectateurs. D'un pas alerte ou plus engourdi, certains s'acheminent vers le jardin inondé de soleil. Nous les suivons. Nous nous accordons, Melissa et moi, ces quelques jours pour interviewer individuellement les résidents du Val des Roses.

Le Val des Roses compte 160 résidents. Trois étages où se côtoient des personnes valides, moins valides ou invalides parfois aussi atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ancien professeur, chanteuse, couturière, comptable, serveuse, les destins sont multiples et les conditions financières variées, les liens familiaux présents, inexistantes, sereins ou tourmentés...

Nous sommes impatientes, un brin fébriles, de pouvoir les rencontrer personnellement et de prendre le temps de les écouter. Avant cela, nous avons eu des réunions avec les familles, avec les membres du personnel et avec plusieurs résidents à la fois. Cela fait maintenant deux mois que nous arpentons régulièrement les couloirs. Nous commençons à trouver nos marques, à identifier les lieux.

## L'appel à projet

Revenons brièvement en arrière. Il y a quelques mois, en novembre 2011, nous répondions à l'appel à projet lancé par le CPAS de Forest dont l'objet était d'évaluer le fonctionnement de l'actuel conseil des résidents et de proposer une méthodologie et un fonctionnement plus dynamique.

Travailler la question de la participation auprès des personnes âgées, nous l'avons déjà expérimenté dans le cadre de deux projets, notamment le carnet Relais en collaboration avec le Home Van Aa du CPAS d'Ixelles. Le sujet nous mobilise. Creuser et investiguer davantage cette approche participative nous décide à répondre rapidement à l'appel à projet. Nous proposons à Forest Quartier Santé, organisme de santé communautaire bien implanté dans sa commune, de participer.

Dans cet appel à projet, nous proposons de réaliser un diagnostic communautaire. Il s'agit d'intégrer la parole des résidents mais aussi celles des différents acteurs gravitant directement ou indirectement autour des résidents. Notre démarche se veut qualitative : partir de la parole des résidents et de leurs besoins, sonder leur connaissance du conseil, la représentation qu'il s'en font, interroger le souhait de s'y impliquer ou pas... Nous envisageons ce diagnostic communautaire en plusieurs étapes :

d'abord élaborer une grille de questions et puis expérimenter ces questions avec les résidents. Il s'agit de valoriser les compétences et ressources des résidents. Forest Quartier Santé est aussi engagé dans ce travail d'expérimentation.

L'étape suivante est la phase des entretiens avec les résidents, les familles, les professionnels par groupe focus et entretiens semi directifs. Ensuite nous analyserons les entretiens en collaboration avec les partenaires de terrain dont Forest Quartier Santé et ceux qui le souhaitent. Et cette analyse nous permettra, in fine, de faire des recommandations

## Des théories à la réalité

Soyons franches, si les étapes de travail sont bien claires pour nous, elles rendent nos interlocuteurs -les professionnels du home- perplexes. Leur assurer avec aplomb que nous ignorons quelle forme revêtira le comité des résidents et son fonctionnement ne leur semble pas rassurant. C'est en tout cas ce qu'il ressort de nos deux rencontres. Est-il difficile de mettre en pratique l'expérimentation de la participation ? Peut-être notre souci de transparence est-il un poids pour ces professionnels déjà bien absorbés par leur propre travail ? Nous comprenons que notre appel à constituer un petit comité de pilotage pour travailler les questions n'est pas d'à-propos.

Néanmoins, ces professionnels insistent sur l'importance de prendre en compte tous les résidents, les discrets, ceux qui parlent peu, qui restent dans leurs chambres, les non valides car « C'est souvent les mêmes que vous allez entendre dans un groupe. » Leur aide nous sera précieuse pour nous présenter à ces résidents. Ils nous diront quelques mots du conseil des résidents où le sujet de prédilection tournait toujours autour de la cuisine, « les plats, ce qui plaît ou pas, c'est normal, les repas, ces moments prennent une grande place dans leur journée ». Ce qui a amené à créer une commission spéciale cuisine.

Ici au home, le bouche-à-oreilles fonctionne à une vitesse foudroyante ! Le petit groupe (trois personnes) avec lequel nous avons rendez-vous pour travailler à la présentation du projet aux autres résidents et aux familles se transforme en assemblée de vingt-deux personnes. Elles sont attablées, tasses de café posées, le regard curieux. Nous voilà coincées : nous sautons les étapes. Tour de table, présentation de chacun et puis on se lance. « Qu'est-ce qu'un conseil des résidents idéal ? » Une question avec laquelle nous espérons dégager des pistes et tenter de dépasser les plaintes.

Très vite, une petite voix flûtée s'élève : « il faudrait une bonne harmonie entre les résidents ». Quelques ricanements, haussements d'épaules mais les langues se délient. En quelques secondes, tous parlent et il nous faut rétablir l'ordre et passer au patient « chacun à son tour ». Du « j'ai rien à dire » au « il faut trouver les qualités de chacun » à « les autres quand ils ont une opinion, ils font tout pour les faire triompher », nous éclaircissons ce que chacun entend par harmonie. Cette rencontre détonante nous permet de glaner une grande diversité de points de vue. Nous expérimentons aussi sur le vif combien l'aspect interrelationnel a une incidence sur le quotidien et peut avoir un impact sur le conseil de résidents.

## Et les familles...

Beaucoup de résidents ne sont pas « orphelins » de famille, cependant les liens avec celle-ci apparaissent souvent complexes. Si dans nos déambulations, nous rencontrons des habitués, une sœur, un mari, un fils... qui nous saluent, combien de résidents en attente de nouvelles des leurs ? Réunir les familles

des différents résidents ne coule pas de source.

Cette après-midi, nous sommes à la cafétéria, façon petit bistrot donnant aussi sur le jardin. Irène et Elise sirotent leur boisson. A notre invitation, toutes deux se sont proposées pour animer avec nous la réunion « familles ». Une occasion pour elles de s'interroger sur la nécessité de mélanger les résidents et les familles dans le cadre d'un conseil des résidents : « Beaucoup de résidents épargnent à leur famille leurs soucis, questions... En général, on n'a pas les mêmes préoccupations. Quand les familles sont là, on ne parle pas de la même manière mais bon... Ils pensent à notre bien-être, et à des tas de choses auxquelles on ne pense pas ». La présence de membres de familles au sein du conseil des résidents s'avère surtout cruciale pour représenter les patients invalides ou atteints d'Alzheimer.

Avec Elise et Irène, nous décidons de nous attacher à une question concrète et générale : « En tant que famille de résident, comment améliorer le conseil des résidents ? » Elise se chargera d'accueillir les familles et de les inviter à se présenter et Irène de lancer le débat. Nous serons là en qualité de modératrices. Ce 24 mai à 18 heures, Irène et Elise sont prêtes. Quelques membres des familles seulement sont présents. On s'attardera principalement sur la question de la communication et nous déciderons ensemble d'envoyer un courrier signé par tous pour inciter un peu plus de familles à participer. Le président du CPAS, M. Roberti est aussi convié. La deuxième réunion, avec davantage de familles, s'avèrera riche de propositions. Les résidents seront très peu prolixes. Nous les retiendrons «texto » en termes de recommandations, en voici quelques-unes :

- Les familles ont exprimé le désir que lors des réunions du conseil soient également présents un représentant de la direction du home et un représentant du comité de gestion (du CPAS). Il est aussi proposé que les chefs de services puissent être invités en fonction de l'ordre du jour. Les inviter est une manière de comprendre le mode de fonctionnement de la maison dans un objectif de compréhension et non de critique. Elles ont aussi demandé que le conseil reste ouvert.
- Le conseil des résidents aura plusieurs objectifs. Le premier est de dégager un espace de dialogue, de concertation.

Le conseil réalisera des propositions auprès des organes décisionnels du Val des Roses. Il s'agit de créer une dynamique qui puisse mettre à jour les différents besoins, de favoriser la communication et s'interroger ensemble sur le bien-être des résidents et des travailleurs. Par les PV et les suivis, il est important de laisser une trace et donner force aux diverses propositions.

- Il est proposé de créer une cellule de coordination émanant du conseil des résidents qui aurait pour mission de préparer le conseil (les ordres du jour, les suivis, les PV...) lors de réunions préparatoires et de jouer le rôle d'interface entre le conseil des résidents et les différents organes décisionnels du home.

Les familles présentes aux réunions étaient au courant de l'existence du conseil des résidents. Toutes avaient un avis bien tranché... Que pouvaient penser les autres ? Les interviews individuelles allaient nous éclairer.

## Paroles individuelles...

Nos passages fréquents au home, les diverses réunions avec les professionnels, résidents, familles, nos rencontres avec le directeur Mr Devillers nous permettent une meilleure appréhension du contexte dans lequel s'inscrit le conseil des résidents. Nous avons interviewé avec Forest Quartier Santé vingt résidents et huit familles. Aucune des familles rencontrées ne connaissaient le conseil des résidents. Lorsqu'on leur a expliqué en quoi il consistait, elles trouvaient qu'il était important d'y intégrer les familles.

Pour les résidents, nous avons été soucieux d'intégrer des personnes valides, moins valides et non valides. Pour les résidents valides, nous nous sommes rendues dans le jardin, le petit salon bleu mais nous avons aussi arpenté les couloirs pour rencontrer les « promeneurs plus solitaires ».

Et nous voilà donc maintenant en face de J., résidente au home depuis quatre ans. Bien enfoncée dans le fauteuil bleu, son tricot en main, elle accepte de nous consacrer un moment pour discuter du conseil des résidents : « Bon, j'y ai été deux fois, je n'y vais plus. Les résidents répondent à côté de la plaque et moi, ils me disent de me taire ». Une bénévole s'approche de nous : « Un peu de café

mesdames ? » Les trois tasses posées sur la table, J. poursuit la conversation : « Je veux bien écouter les gens, mais ce qu'ils disent ne m'intéresse pas ». J. s'emporte et s'étrangle avec son café. Et nous voilà en train de lui tapoter le dos, prendre des serviettes, essuyer. Vite trouver un autre sujet de discussion pour l'apaiser. J. a manifestement le verbe fort et « le sang chaud. » Ses journées, elle les passe beaucoup à broder, tricoter, coudre. Ses ouvrages sont vendus et rapportent de l'argent à la caisse « sortie » : « J'aime bien, je me sens utile de participer pour tout le monde ». Elle nous explique : « La vie tous ensemble n'est pas toujours facile car je n'ai pas eu l'habitude. Cela a des inconvénients mais l'avantage, c'est de ne pas être seule ». S'il est plus évident d'aborder les résidents dans les espaces communs, nous hésitons à prendre contact avec les personnes en chambre. Mariem, l'animatrice sera celle qui nous présentera. Petit coup bref à la porte : « Je peux entrer ? » Puis après présentation de notre demande, elle nous fera signe d'entrer si celle-ci est acceptée. Certains résidents déclineront : pas en forme, pas envie, pas aujourd'hui. Sur la terrasse, E. est abritée par un parasol. Oui, elle connaît le comité des résidents, elle y va de temps à autre mais les sujets sont toujours les mêmes. E. relève les différences entre les résidents qui ne favorisent pas les complicités et connivences : « On n'a pas la même instruction. »

## Vivre les différences ensemble...

Les différences d'âges marquent des différences entre les résidents. Certains nous disent : « Je ne vais pas au conseil des résidents, c'est pour les jeunes ». Les plus âgés des résidents restent aussi davantage dans leur chambre, plutôt solitaires « Avant je connaissais des gens, maintenant, ils sont décédés, alors... » Et le monde semble se rétrécir...

Les résidents non valides que nous avons interviewés ne se disent pas intéressés par le conseil des résidents : « Le comité des résidents ? Je ne sais plus, je reste dans ma chambre bien au chaud, tranquille. » Nous croisons A. dans les couloirs, yeux bleus intenses, sourire doux et froncé « Le conseil des résidents, l'important, c'est de faire ce qu'on a envie alors je laisse faire le Val des Roses. Chacun est libre, moi, j'aime d'être libre. » Une aide-soignante

s'approche d'elle, lui tend la main : « Vous cherchez votre chambre ? » Les personnes atteintes d'Alzheimer et/ou de démence ne connaissent pas le conseil des résidents ou si elles le connaissent, ne savent jamais quand il se déroule. Elles oublient les dates. Certains résidents établissent aussi des clivages en fonction de leur situation financière : « Elle est toujours bien pomponnée, elle va chez le coiffeur tout le temps et elle n'offre un verre à personne, c'est une mijaurée. » Cette disparité suscite des jalousies de la part de certains et inversement une certaine condescendance des autres qui ne facilite pas les rapports entre résidents. La méfiance des uns et des autres n'incite pas à donner son avis.

## Participer au quotidien ?

D'emblée lorsqu'on aborde la question du conseil des résidents, de sa connaissance ou non, les propos des résidents comme ceux des familles expriment très vite diverses préoccupations concernant le quotidien des résidents et l'attention qu'on leur accorde. Ce sont, il nous semble, des préalables à leur participation comme à celle des membres de familles. En effet, ces questions interpellent la place d'acteur des résidents, celle de leur bien-être au sein de leur espace de vie. Ces préoccupations relèvent de quatre thématiques : l'accueil dont découle l'ambiance générale, les activités, les relations interpersonnelles, la communication. De ces thématiques, nous relevons des pistes dont certaines émises par les résidents et/ ou les familles :

- Les familles comme les résidents constatent que les résidents sont bien accueillis par les professionnels. Cependant beaucoup de résidents relèvent la difficulté de s'intégrer au sein de la collectivité. L'accueil est-il seulement l'affaire de professionnels ? Les résidents peuvent-ils s'approprier cette question, la travailler et faire des propositions ?
- Comment un lieu collectif rassemblant des personnes âgées peut inviter à plus de convivialité ?
- Quelle peut être la contribution des résidents et des familles, des professionnels, de l'institution pour améliorer cette convivialité ? Certaines familles font des propositions dont celle ouvrir davantage le Val des Roses

au quartier pas uniquement pour les résidents et les familles. Du coup, Forest Quartier Santé ne serait-il pas un bon relais ?

Lorsqu'on aborde le thème des activités, les réactions sont très diverses car elles expriment la variété des profils des résidents. Les activités joueraient pour les résidents un vrai rôle intégrateur car l'oisiveté a un impact sur les relations entre les résidents : « On cancan... ça passe le temps ». Plusieurs personnes suggèrent de faire appel aux compétences et talents des résidents afin de créer « une animation-rencontre ». Il reste que pour certains, il n'y a plus d'envie ni pour les animations, ni pour le collectif. Le droit de non participer est un élément à considérer.

Quant aux relations interpersonnelles, elles constituent un sujet intarissable. Les résidents mettent en avant les difficultés qu'impliquent le collectif, la vie en commun nécessite un certain respect des différences. La question des relations interpersonnelles n'est pas sans lien avec celle de l'accueil et des animations.

Nous présentons les résultats de nos démarches lors d'une réunion où sont rassemblés les résidents et quelques familles. Et les échanges porteront sur... les relations interpersonnelles. Le nécessaire « dire bonjour » facilite la vie, le sourire, qui n'est pas de la familiarité, représente une marque d'attention simple. Reste à voir comment insuffler cet état d'esprit.

De ces échanges, il paraît important, pour débiter, de réaliser une charte. Cette dernière, que nous rédigerons comme pièce à casser, reprend dix points favorisant les échanges entre résidents. Elle sera destinée à être débattue lors de la prochaine réunion du nouveau conseil. Celui-ci sera désormais composé de résidents mais aussi de membres représentant des familles. Les thématiques identifiées feront l'objet d'un travail au sein du conseil. Quant à nous, nous nous retirons. Et nous espérons que les paroles livrées et consignées de nos aîné(e)s pourront faire leurs chemins... ■

Patricia Thiebaut



## Lutter contre les disparitions d'enfants par une mobilisation des sites régionaux bruxellois

Lorsqu'une personne surfe sur un site web et qu'elle souhaite consulter certaines pages qui en réalité n'existent plus ou lorsqu'il y a une erreur dans une partie de l'adresse encodée, elle est orientée par un serveur informatique vers une page d'erreur (surnommée « page 404 ») sur laquelle est mentionnée la référence « 404 File Not Found » (de l'anglais signifiant « fichier non trouvé »). Cette situation est très courante et touche un grand nombre d'internautes au quotidien. C'est pourquoi, les associations Child Focus et Missing Children Europe ont lancé en septembre 2012 un projet pilote intitulé « Not Found ». Concrètement, il s'agit de profiter de cette page d'erreur pour relayer de façon aléatoire des avis de disparitions d'enfants. Le principe est original, peu compliqué sur le plan technique et gratuit. Plus le nombre de participants au projet augmentera dans le temps, plus la probabilité d'apparition de la « page 404 » pourrait augmenter et, partant, la diffusion de signalements d'enfants disparus gagner en importance. Aujourd'hui, plus de 2.600 sites soutiennent cette initiative dont ceux de la Police fédérale, du SPF Personnel et Organisation, de la Commune de Koekelberg, du SPF Economie, du groupe RTL ou encore du Vif et de la DH. Au niveau de la Région bruxelloise et, plus particulièrement, de ses nombreux services publics qui possèdent pour la plupart d'entre eux une vitrine sur Internet, on dénombre malheureusement peu de participants à l'opération. Cette situation est tout simplement due à la méconnaissance du projet. Considérant la contribution à l'initiative que peuvent apporter dans leur ensemble les portails en ligne de services publics, grâce à leur très forte fréquentation quotidienne, à l'instar des sites de l'office régional de l'emploi ACTIRIS et de la STIB, les députés MR

bruxellois Françoise Schepmans et Gaëtan Van Goidsenhoven ont déposé au Parlement bruxellois une proposition de résolution visant à promouvoir la participation volontaire, rapide et efficace au projet « Not Found », de chacun des organismes publics régionaux qui possèdent une présence en ligne. Ce faisant, ces députés souhaitent inscrire les services publics régionaux bruxellois au cœur de l'engagement social et de l'expression de la solidarité face au drame des disparitions d'enfants.

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

## Réforme de l'Etat : péril pour les maisons de repos !

L'accord politique relatif à la 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat a été adopté fin 2011. Pourtant, à ce jour, rien ne semble réglé et, plus grave, aucune orientation précise ne semble se dessiner. Pour rappel, le poids budgétaire des transferts (Soins de Santé) est de l'ordre de 4, 211 milliards d'euros. Le poste le plus important concerne les Maisons de repos (MR), les Maisons de repos et de soins (MRS), les centres de court séjour et les centres de soins de jour. Toutefois, il apparaît que les moyens transférés ne seront pas suffisants pour garantir la poursuite des politiques actuelles en Wallonie et à Bruxelles. Cette situation est d'autant plus inquiétante que de nombreux besoins ne sont actuellement pas rencontrés. Il suffit de penser à l'assurance-dépendance, qui a été introduite en Flandre, mais pas en Wallonie ni à Bruxelles. Bruxelles devrait, en plus, financer davantage de lits. En effet, depuis 2005, l'offre de lits à Bruxelles stagne, voire régresse. L'offre n'est donc pas adaptée à l'évolution de la demande et Bruxelles va devoir « créer » de nouveaux lits avec des moyens financiers qui, à l'avenir,

seront limités.

Pour les FDF, seule une assurance soins de santé commune aux Wallons et aux Bruxellois permettrait d'au moins limiter les conséquences négatives du transfert des soins de santé pour les francophones. Cela implique un transfert de la compétence des soins de santé à la Fédération Wallonie-Bruxelles. Confier la compétence des soins de santé à la Fédération Wallonie – Bruxelles garantirait une meilleure cohérence et permettrait aussi aux francophones de prendre des initiatives sans qu'il soit besoin de passer par la lourdeur et l'incertitude des accords de coopération. Cette mise en commun des moyens permettrait enfin de réaliser des économies d'échelle et d'opérer une plus large répartition des risques.

*Michel Colson  
Député régional bruxellois FDF*

## Le développement d'une culture des soins palliatifs en Région bruxelloise

Quand le curatif ne répond plus, le palliatif devient l'ultime recours. Pour les patients terminaux, la lutte contre la douleur, le soutien psychologique, social et parfois spirituel sont d'une importance essentielle. Le but principal des soins palliatifs est d'offrir au malade et à sa famille la meilleure qualité de vie et la plus grande autonomie possibles. La prise en charge en soins palliatifs ne se limite pas uniquement aux structures hospitalières – unités de soins dédiées aux soins palliatifs ou équipe mobile qui se déplace parmi les différents services. Ils peuvent également être fournis dans l'ensemble des lieux de soins, tant dans les établissements médico-sociaux qu'au domicile des patients, mais restent encore peu exploités sous cette forme dans notre Région.

La Commission communautaire commune (Cocom) a d'ailleurs spécifiquement prévu – à travers son accord de majorité - de soutenir le renforcement des soins palliatifs à domicile. Cet objectif s'inscrit d'une manière plus générale dans les efforts poursuivis par le Collège Réuni de développer des solutions alternatives à l'hôpital, en organisant notamment un continuum d'aide et de soins à domicile pour permettre aux personnes de continuer à vivre aussi longtemps que possible chez elles. Il découle de cette conception des soins que le développement de l'offre spécialisée en soins palliatifs ne doit pas avoir pour seul objectif d'augmenter le nombre de séjours en structures hospitalières pour soins palliatifs, mais plutôt de favoriser le déploiement d'une culture palliative auprès de l'ensemble des intervenants : à l'hôpital, en maison de repos et de soins et/ou à domicile.

Aujourd'hui, aussi bien le grand public que les professionnels de la santé gagneraient à être mieux (in)formés. La Région de Bruxelles-Capitale dispose de trois hôpitaux universitaires qui pourraient représenter une opportunité importante en ce sens. Le cdH suggère qu'ils puissent servir de levier pour la formation et la recherche, mais aussi pour la promotion et la diffusion de l'approche palliative auprès des professionnels de santé, parfois désarmés, dans l'accompagnement du patient et de ses proches.

Joël RIGUELLE

Président du groupe cdH au Parlement francophone bruxellois

## SOS principe de précaution

En matière d'ondes électromagnétiques, les scientifiques divergent. Dangereux ou pas, difficile de trancher. Il faut donc souscrire au principe de précaution qui,

à Bruxelles, a instauré la norme de 3V/m. L'objectif est double : protéger la santé des Bruxellois et permettre un réseau de télécommunication performant en ce compris le déploiement de la 4G. C'est possible si chacun joue le jeu.

En effet, le système nécessite d'augmenter le nombre d'antennes mais des antennes infiniment moins puissantes qui, même en s'additionnant, ne dépassent pas 3V/m.

Les opérateurs ne soutiennent pas ce système qui leur est plus coûteux. Ils préfèrent peu d'antennes mais des antennes très puissantes. La crainte des habitants de voir s'installer des antennes proches favorise les intérêts des opérateurs. Et pourtant, c'est cette multiplication d'antennes qui garantirait le non-dépassement de 3V/m. Sortir du « nimby », accélérer les procédures de permis, réorienter les antennes 2G vers la 3G et la 4G sont parmi les pistes pour protéger la santé et avoir un réseau performant.

Bruxelles est pionnière en la matière et constitue un véritable laboratoire vers lequel tous les regards convergent. Il n'est pas difficile de comprendre, dans ce contexte, que les opérateurs ont tout intérêt à montrer que la norme n'est pas conciliable avec un réseau performant. Le lobby économique est puissant et certains jeux politiques malsains. SOS santé...

Dominique Braeckman  
Députée Ecolo

## Aide alimentaire

Drôle d'époque que la nôtre où nous devons mettre au bas des messages publicitaires « ne pas manger trop gras, ni trop sucré, ni trop salé » alors que certains d'entre nous ne peuvent pas manger du tout ! Et pour rester en bonne santé, quoi qu'on en dise, il faut manger.

Dans notre magnifique société de consommation, nous vivons toujours ce paradoxe des poubelles de la grande distribution, qui regorgent de denrées consommables alors que certains ménages doivent calculer jour après jour le moindre sou et vivre jour après jour dans l'angoisse de boucler les fins de mois. Pour ceux-là, la distribution de l'aide alimentaire est une question de survie et malgré cela, la Commission européenne a annoncé en 2011 une réduction de 30% de l'aide alimentaire en provenance de l'Europe.

Il est essentiel que cette aide européenne soit revue à la hausse. Ce débat a lieu actuellement au niveau européen et nous espérons que nos ministres pèseront de tout leur poids dans cette bataille mais nous pouvons également agir à notre niveau régional. Nous pouvons mettre en place un Plan de l'aide alimentaire qui organiserait les transversalités et les collaborations nécessaires entre nos institutions, les Banques alimentaires, les CPAS, le monde associatif et le secteur de l'alimentation, sans oublier la Concertation aide alimentaire qui pourrait être un éventuel pilote de ce Plan.

Pour ce faire, le ministre de la famille, Rachid Madrane, nous a annoncé lors d'un récent débat sur la question à la Cocof, son intention d'organiser une réflexion au niveau bruxellois en y associant un maximum de partenaires locaux et associatifs et d'intégrer l'aide alimentaire dans une politique globale d'inclusion sociale. Bien évidemment il faut parer au plus pressé car consacrer toute son énergie à survivre ne permet à personne de pouvoir s'engager dans quelque recherche d'emploi ou de formation. Il importe de dépasser le stade de l'urgence et de soutenir les projets qui permettent aux bénéficiaires de récupérer leur sentiment de dignité mais également de pouvoir se réinscrire dans un projet de vie.

Olivia P'tito  
Députée bruxelloise PS



## BRUXELLES X

### Un jeu de découverte de Bruxelles

Créé par l'A.M.O. Samarcande, « Bruxelles X » est un outil pédagogique qui donne aux jeunes l'occasion de découvrir la capitale tout en s'amusant.

Cet outil est constitué d'un dépliant, d'un livret explicatif et d'un DVD où sont présentés les fondements et modalités pratiques du projet qui permettront à tous ceux qui le désirent de pratiquer le jeu avec leur public.

#### Le jeu

En sillonnant la piste de mystérieux Mister X, ils découvriront d'étape en étape des associations, des lieux culturels, des espaces sportifs, ... dans la ville. Ce projet s'inscrit dans une volonté de travailler activement sur l'appropriation de l'espace urbain par des jeunes de différents quartiers. Cette action fait suite à la réflexion « Jeunes en ville, Bruxelles à dos ? » sur la mobilité de jeunes bruxellois ([www.samarcande.be](http://www.samarcande.be)).

Un autre avantage de ce jeu, qui suit les règles classiques d'un grand jeu de piste, est qu'il peut aussi servir de source d'inspiration pour un autre public que les 15-20 ans et/ou pour un autre contexte.

#### Plus d'informations

Samarcande asbl  
Rue de Theux 51-53  
1040 Bruxelles Etterbeek  
Tél. : 02 647 47 03

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

#### 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](mailto:info@questionsante.org)  
<http://www.questionsante.org>



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