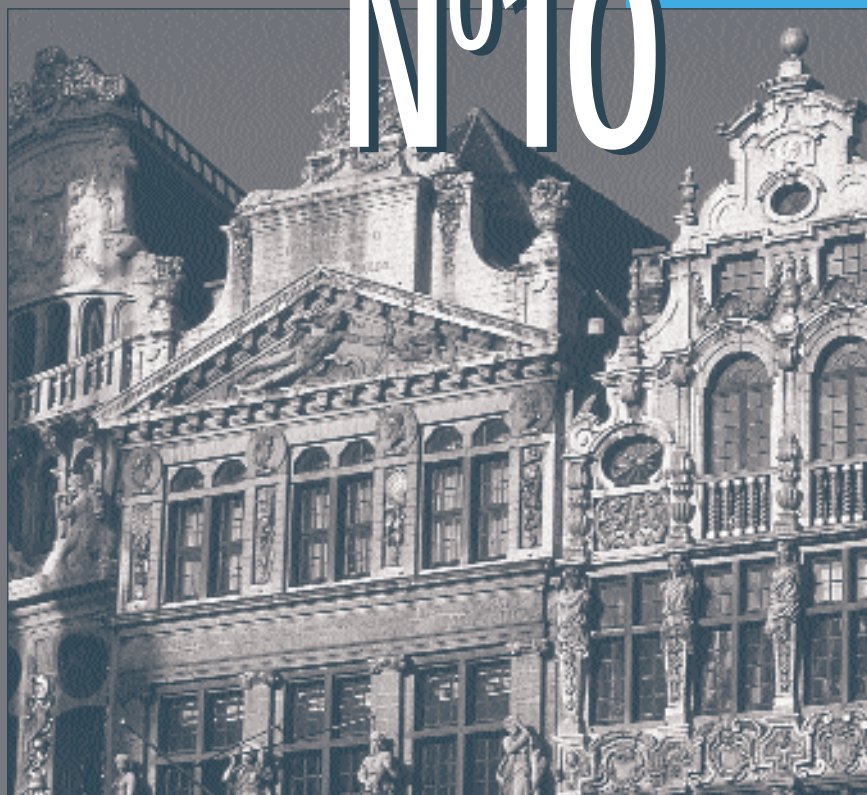


BRUXELLES SANTÉ

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°10 - juin 98

N°10



Sommaire

- 2 à 3** **En direct de...**
La coordination sociale de Watermael-Boitsfort
- 4 à 7** **Autant le savoir**
Les systèmes de santé dans l'Union Européenne
- 8 à 13** **Dossier**
Territoire, citoyenneté et santé:
- le réseau «Villes-Santé»
- d'autres définitions, celles d'acteurs de terrain...
- 14 - 15** **Initiatives**
- Les clowns à l'hôpital ou le rire pour thérapie
- Aveugles et mal voyants: un «plus» pour nos entreprises?
- 16- 17** **A la recherche de...**
VIH/sida
- 18 - 19** **A propos de...**
Le développement économique: consolidation des politiques de santé dans les zones urbaines fragilisées
- 20** **Documentation**



Bureau de dépôt
Bruxelles 5

BELGIOUE
P. P.
1050 BRUXELLES 5
1/6233

Le terrain et les lois

Depuis deux ans, environ, la Commission de la Santé de la Commission Communautaire française procède à des auditions de représentants de différentes associations qui relèvent des compétences de cette institution et qui bénéficient de ses subventions.

L'objectif premier de cette initiative est d'offrir aux parlementaires concernés une approche pragmatique des problèmes tels qu'ils se posent sur le terrain et des difficultés que rencontrent ces associations. Elle leur permet également d'évaluer le travail fourni et de juger du bon usage des deniers publics. Autant d'éléments indispensables au législateur dont le travail ne peut se révéler efficace que s'il tient compte de la réalité.

Ces rencontres permettent aussi de dégager des pistes de réflexions susceptibles d'étoffer et d'équilibrer une politique de santé qui ne se limite pas seulement à l'octroi de subventions mais qui se base sur l'expérience - parfois longue - d'acteurs de terrain. Une expérience qui peut mettre en évidence que les notions évoluent et que les réponses à apporter à certains types de problèmes d'aujourd'hui impliquent qu'il faille se démarquer des vérités d'hier...

En matière de toxicomanie, par exemple, l'image du toxicomane a évolué. La pratique quotidienne dans les centres spécialisés définit peu à peu l'usager des drogues comme un citoyen à part entière dont l'une des problématiques - parmi d'autres - se traduit par une dépendance à des produits légaux ou illégaux. Même si dans l'opinion publique cette image reflète encore largement celle d'un malade ou d'un délinquant. Il est donc essentiel de dépasser le jugement moral pour comprendre que la toxicomanie se révèle être notamment une réponse logique à l'absence de perspectives et au désespoir que rencontre une bonne partie de la jeunesse, empêtrée dans une société à la mutation incertaine, faite d'indifférence voire d'hostilité...

La même démarche vaut pour d'autres domaines, comme la prostitution, par exemple, dont de multiples facettes peuvent s'observer à travers le prisme de la santé si l'on veut se donner la peine de transgresser le tabou qui frappe toujours cette antique profession. Ici encore, l'expérience des associations de terrain est primordiale à la compréhension d'une réalité que ne peut cerner la frilosité des préjugés.

Mieux comprendre pour légiférer, n'est-ce donc pas la première démarche vers plus de citoyenneté ?

Willy DECOURTY

Président de la Commission de la Santé
de la Commission communautaire française

En direct de...

La coordination sociale de Watermael-Boitsfort

Watermael-Boitsfort, «petit village en ville» de quelque 25.000 habitants, est une commune qui diffère fondamentalement de certaines de ses consoeurs de la Région bruxelloise.

Watermael-Boitsfort n'est ni Anderlecht, ni Molenbeek, par exemple. Les problèmes sociaux sont loin d'y être aussi cruciaux. Un tel constat ne doit pour autant pas empêcher d'y développer une politique sociale. Michel Colson, président du CPAS et de la Coordination Sociale, nous en parle.

La commune de Watermael-Boitsfort connaît un large réseau d'associations. Certaines oeuvrent main dans la main depuis de nombreuses années, et sous la houlette du CPAS, dans le cadre d'une Coordination Jeunesse. L'exemple étant porteur, les demandes d'adhésion d'autres associations ne tardent pas à affluer. Il apparaît ainsi rapidement que si l'objet d'une telle coordination se veut social, il ne peut se limiter à une catégorie d'individus. La Coordination Jeunesse se mue en Coordination Sociale dans le courant de l'année '97.

A l'origine était la Coordination Jeunesse...

Créée à l'initiative du CPAS, la Coordination Jeunesse réunissait une fois par mois une vingtaine de travailleurs psycho-sociaux, culturels et administratifs. Leur but: favoriser l'échange d'informations, d'idées, d'expériences et permettre une concertation des travailleurs intéressés par un même projet, dans un même quartier. Après un départ quelque peu chaotique, préalable vraisemblablement nécessaire au développement d'un tel projet, la Coordination Jeunesse a pu mettre à son actif l'organisation d'événements comme «Positive vibration»

en étroite collaboration avec la Vénerie et l'échevinat de la Jeunesse; des actions sur le terrain telles que la supervision des équipes de plaines de jeux organisées par la commune, essentiellement dans le quartier Dries-Elan, etc. Mais surtout, la Coordination Jeunesse a permis, par son développement et par son fonctionnement, d'élargir et de valoriser les échanges entre les multiples institutions du territoire de Watermael-Boitsfort.

Non contente d'avoir révélé et amplifié un réseau de collaboration existant, elle a permis aux acteurs de terrain de prendre le temps de bien se connaître, de se respecter, de se rendre complémentaires.

A ce titre, et c'est probablement la plus grande «victoire» de la Coordination Jeunesse, il est désormais acquis à Watermael-Boitsfort que pour le pouvoir politique et les administrations, le secteur associatif n'est pas systématiquement un contre-pouvoir; de même, pour ce secteur associatif, le pouvoir politique n'est plus perçu comme ayant pour unique ambition la récupération...

La confiance mutuelle a ouvert les portes au partenariat.

Vers une Coordination sociale...

Aujourd'hui, la Coordination Jeunesse est devenue adulte. Les objectifs sont fixés. Ils se traduisent concrètement par:

- la recherche d'une efficacité maximale pour l'usager;
- le souci d'être un lieu d'information, d'échanges et de débats entre tous les intervenants;
- la nécessité d'articuler au mieux les acteurs de terrain et la recherche des cohérences et des synergies dans les interventions professionnelles, quels que soient les problèmes psychologiques, sociaux ou médicaux rencontrés sur base d'orientations éthiques prédéfinies. A cet égard, la garantie de la cohérence dans l'action passe par le respect des différences, c'est-à-dire des ressources de chacun des acteurs;
- la mise en oeuvre d'un véritable réseau de solidarité sociale afin d'éviter les doubles emplois;
- le développement d'une créativité psychologique, sociale, médicale et culturelle;
- l'exploration de nouvelles méthodes de relations de travail qui reconnaissent et soutiennent les intervenants;
- l'organisation d'une gestion intelligente des conflits ou des contradictions par la confrontation, seule source de clarification et de dynamisme;
- la construction progressive d'une politique sociale cohérente et intégrée qui réponde avec un maximum d'efficacité aux demandes et aux besoins des usagers dans le respect de ceux-ci.

Le CPAS, en vertu de la loi organique de 1976, a pour mission la Coordination Sociale. Il en assure l'animation et le secrétariat. Sur le plan de l'organisation fonctionnelle, la Coordination Sociale a pour fonction l'encouragement à la constitution de commissions, permanentes ou non, susceptibles de rencontrer les objectifs décrits supra. Ces commissions traiteront des problématiques spécifiques relatives à un domaine particulier, une question déterminée ou une question ponctuelle. Elles devront décrire leurs objectifs, leurs règles de fonctionnement et faire rapport à la coordination générale. Par ailleurs et afin d'assurer une bonne circulation de l'information, notamment à l'égard de l'institutionnel en général et du politique en particulier, chaque commission établira un compte-rendu dont certains éléments pourraient, le cas échéant, être transmis aux autorités politiques concernées et/ou compétentes par la coordination générale. Dans le même souci d'ouverture et d'information, chaque service travaillant sur le territoire de Watermael-Boitsfort recevra le PV de la coordination générale, et ceci que l'institution soit représentée ou non à la coordination.

En ce qui concerne les règles de fonctionnement interne, tous les participants à la Coordination Sociale se doivent d'adhérer non seulement aux objectifs mais également à des règles de fonctionnement tant sur le plan éthique que sur celui de l'organisation fonctionnelle. Sur le plan éthique, la Coordination Sociale de Watermael-Boitsfort rassemble des institutions et des associations travaillant sur le territoire de Watermael-Boitsfort. Les travailleurs de terrain qui les représentent doivent clairement être mandatés et soutenus par leur pouvoir organisateur. Ce dernier sera informé de l'évolution des travaux de la Coordination dans le respect du secret professionnel. Au sein des réunions, il n'y a pas d'échange quant à la situation personnelle des usagers. Toutefois, si pour des raisons exceptionnelles, un tel échange devait avoir lieu, il se déroule en commission et avec l'accord de l'usager. Les institutions et les associations ne peuvent utiliser l'appellation de «Coordination Sociale de Watermael-Boitsfort» sans l'autorisation de celle-ci. Si, à l'occasion d'organisation d'actions ou d'événements... créés ou organisés sous l'égide de la Coordination Sociale, des subsides sont accordés à l'un ou l'autre partenaire, ceux-ci doivent en informer la Coordination qui décidera de leur affectation. ■

*Michel Colson
Président du C.P.A.S. de Watermael-Boitsfort
Président de la Coordination Sociale
de Watermael-Boitsfort*

Autant le savoir

LES SYSTEMES DE SANTÉ DANS L'UNION EUROPÉENNE

PAYS	GENERALITES	ETAT DE SANTE	DEPENSES	FINANCEMENT	HOPITAUX	SOINS PRIMAIRES	MEDECINS
ALLEMAGNE	nombreuses caisses d'assurance et un secteur privé significatif	forte proportion de personnes âgées. Faible taux de mortalité infantile	très élevées dans contexte UE - 1681 écus par habitant	mélange complexe de sources avec seulement 21% de fiscalité générale	plus de 50% d'hôpitaux privés ou indépendants sans but lucratif	large éventail de services proposés par praticiens indépendants exerçant seuls	dotation élevée, mais chômage chez les médecins
AUTRICHE	système de santé fondé sur l'assurance maladie obligatoire avec un peu d'assurance privée	pourcentage élevé de personnes âgées. Indicateurs de santé proches des moyennes UE	services de santé représentant 8,4% du PIB, d'où dépenses relativement élevées dans contexte UE	régime d'assurance maladie dominant mais une importante contribution des assurances privées	nombre de lits important, la plupart relevant du secteur public	soins primaires dispensés par généralistes indépendants mais également dans hôpitaux et cliniques spécialisées	surtout en cabinet privé mais la plupart des médecins en contrat avec caisses maladie. Pénurie dans certains Länder
BELGIQUE	assurance maladie obligatoire pour tous risques majeurs	la plupart des indicateurs de santé proches des moyennes UE	dépenses proches de la moyenne UE, mais un fort 7,9% du PIB	principale source: assurance maladie obligatoire avec fortes subventions d'Etat	essentiellement privés ou sans but lucratif, gestion indépendante	généralistes le plus souvent en cabinets individuels, honoraires à l'acte	essentiellement indépendants, bon niveau de dotation
DANEMARK	service national de santé essentiellement financé par la fiscalité générale	indicateurs concernant les femmes inférieurs aux moyennes UE	dépenses globales proches de la moyenne UE mais seulement 6,5% du PIB	85% provenant de la fiscalité générale, le restant des participations	quasi-totalité des hôpitaux sous contrôle strict de l'Etat	généralistes indépendants en «solo» ou cabinets groupés	certaines indépendants mais un grand nombre de spécialistes salariés
ESPAGNE	service national de santé embryonnaire. Mélange de fiscalité générale et d'assurance obligatoire	indicateurs globaux de santé généralement bien orientés, notamment chez les femmes	niveau de 6,7% du PIB légèrement inférieur à moyenne UE mais seulement 727 écus par habitant	dominé par la fiscalité générale mais une part d'assurances obligatoires	plus de 50% des hôpitaux sont indépendants sans but lucratif	généralistes exerçant essentiellement dans des centres de santé qui desservent des zones définies	médecins salariés. Sureffectifs dans la plupart des secteurs

PAYS	GENERALITES	ETAT DE SANTE	DEPENSES	FINANCEMENT	HOPITAUX	SOINS PRIMAIRES	MEDECINS
FINLANDE	service national de santé avec équilibre entre contrôle de l'Etat et des collectivités locales	certain indicateurs inférieurs aux normes UE, les maladies cardio-vasculaires demeurent un problème	dépenses très élevées dans le contexte UE, notamment en terme de pourcentage du PIB (8,9%)	équilibre entre fiscalité d'Etat et fiscalité locale avec l'assurance nationale et paiements privés importants	nombre de lits élevé, taux d'hospitalisation élevé et courte durée d'hospitalisation	système renommé de centres de santé locaux avec un fort accent mis sur la prévention	la plupart des médecins salariés du secteur public mais pratique privée importante
FRANCE	assurance maladie nationale couvrant la quasi-totalité de la population	bon. Espérance de vie élevée, surtout pour les femmes. Faible incidence des cardiopathies	fort 9,1% du PIB et un montant élevé de 1538 écus par habitant	essentiellement par les caisses maladie obligatoires plus une part de paiements directs	mélange de public et de privé, où le public domine	généralistes indépendants sauf dans les centres de santé urbains	essentiellement indépendants niveau de dotation moyen
GRECE	assurance nationale obligatoire mais important secteur privé	taux élevé de mortalité infantile mais espérance de vie élevée	très basses dans contexte UE	secteur privé substantiel avec environ 25% de l'ensemble du financement	nombreux hôpitaux privés mais 20% seulement d'admissions privées	centres sanitaires publics coexistant avec généralistes privés	très forte dotation-salariés dans le secteur public
IRLANDE	service national de santé mais certaines assurances participatives	population jeune et espérance de vie relativement réduite	proportion moyenne du PIB mais seulement 733 écus par habitant	essentiellement fiscalité générale plus petite proportion d'assurances	surtout hôpitaux publics mais certaines mesures en vue indépendance accrue	généralistes indépendants exerçant seuls ou en cabinets groupés	salariés dans hôpitaux public; dotation réduite
ITALIE	service national de santé fondé sur l'assurance maladie obligatoire	bon. Espérance de vie élevée et faible incidence des maladies cardiaques	relativement élevées dans contexte UE avec 8,3% du PIB et 1340 écus par habitant	équilibre entre fiscalité générale et cotisations obligatoires	surtout hôpitaux publics mais un secteur privé notable dans le Sud	généralistes indépendants ou employés par unités sanitaires locales	très faible dotation dans contexte UE
LUXEMBOURG	assurance maladie obligatoire	indicateurs globaux souvent inférieurs à moyenne UE, surtout pour les hommes	niveaux de dépenses générales proches de la moyenne UE	essentiellement caisses de maladie avec 28% de subventions de l'Etat	équilibre global entre établissements publics et unités indépendantes sans but lucratif	principalement des praticiens indépendants exerçant seuls	la quasi-totalité des médecins sont indépendants

PAYS	GENERALITES	ETAT DE SANTE	DEPENSES	FINANCEMENT	HOPITAUX	SOINS PRIMAIRES	MEDECINS
NORVEGE	service public de santé avec un régime d'assurance sociale très développé	indicateurs favorables dans l'ensemble mais les maladies cardiovasculaires demeurent un problème - forte proportion de personnes âgées	dépenses élevées dans contexte UE bien que le pourcentage du PIB (7,6%) soit proche de la moyenne européenne	fondé sur le régime national d'assurance avec contributions de l'Etat et des collectivités locales	nombre de lits très élevé et nombre d'hôpitaux relativement important	relativement bon niveau de dotation en centres de santé avec tendance croissante à la pratique indépendante	généralistes exerçant de plus en plus en indépendants les autres médecins étant salariés
PAYS-BAS	système complexe d'assurances publique et privée, évoluant vers un régime national	pourcentage relativement réduit de personnes âgées. Indicateurs globaux généralement bien orientés	légèrement supérieures à moyenne UE - 1281 écus par habitant	essentiellement régimes obligatoires d'assurance plus certains volontaires ou privés	principalement hôpitaux privés sans but lucratif	généralistes indépendants dont beaucoup exerçant en cabinets de groupe ou centres sanitaires	essentiellement indépendants pénurie de spécialistes
PORTUGAL	service national de santé fondé sur l'assurance maladie obligatoire	taux élevé de mortalité infantile et espérance de vie relativement réduite	proportion du PIB avoisinant la moyenne UE mais dépenses faibles en valeur absolue	secteur privé réduit. Principaux financements par le régime national d'assurance	essentiellement hôpitaux publics. Nombre de lits assez faible	principalement centres de santé publics employant des médecins salariés	bonne dotation générale mais pas dans certaines spécialités
ROYAUME-UNI	service national de santé principalement fondé sur la fiscalité	forte proportion de personnes âgées. Certains indicateurs de santé inférieurs aux moyennes UE	inférieures à la moyenne UE avec 939 écus par habitant et 6,6% du PIB	principalement fiscalité générale. Secteur privé réduit mais qui va croissant	évolution des établissements publics vers des «trusts» hospitaliers plus indépendants	généralistes indépendants exerçant surtout en cabinets de groupe	médecins salariés. Dotation inférieure à moyenne européenne
SUEDE	système de santé public très développé avec un fort contrôle démocratique local	espérance de vie très élevée et très bon état de santé, sauf maladies cardiovasculaires proches de la norme UE. Forte proportion de personnes âgées	niveaux de dépenses très élevés dans contexte UE, en valeur absolue, comme en pourcentage du PIB (8,6%)	élément clé: fiscalité locale plus subventions de l'Etat et assurance nationale	nombre de lits relativement bon, taux d'hospitalisation élevés et durée d'hospitalisation assez courte	le maillon faible du système, dispensés essentiellement par des centres de santé	la plupart salariés du secteur public - spécialistes majoritaires et pénurie de généralistes

Source : «Les systèmes de santé dans l' Union Européenne», Analyse comparative, Autriche, Finlande, Suède et la Norvège, Parlement Européen, Direction Générale des Etudes, Service Environnement, santé publique et protection des consommateurs, 9-1995, pp.46-47

Votre avis nous intéresse: résultats de notre enquête

En mars dernier, nous vous sollicitons afin de connaître votre opinion sur Bruxelles Santé et ses 9 premiers numéros.

Une première analyse des résultats nous permet de dire que, globalement, Bruxelles Santé vous intéresse.

- «Rigoureux et attrayant dans les sujets abordés»
- «Je n'ai pas de suggestions, si ce n'est continuez !»
- «Excellente initiative: je souhaite qu'elle puisse se prolonger», etc.

Vous estimez son contenu **suffisamment concret**. Les thèmes du dossier sont **en liaison avec vos préoccupations** et le **vocabulaire** ne vous paraît **pas trop technique**. Une petite majorité d'entre vous souhaiterait toutefois **plus d'illustrations** (photos, dessins ou schémas) qui rendraient la présentation moins «austère».

Une analyse plus détaillée de chacune des rubriques traitées dans notre périodique nous permet toutefois de mieux percevoir vos attentes. Ainsi, la rubrique «**Initiatives**» et «**Documentation**» mériteraient, selon vous, d'avoir **un espace un peu plus grand**.

- «Plus de concret»
- «Traiter des initiatives locales en matière de soins de santé et prévention mais avec plus de renseignements pratiques»
- «Plus d'informations sur les initiatives nouvelles»
- «Plus de documentations et d'informations sur les institutions du secteur»
- «Développer "documentation"»
- «Le volet "documentation" est plutôt pauvre». ■

Merci.

ANNONCE

COMMUNICATION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Aspects théoriques, méthodologiques et pratiques

Le département Communication de l'asbl Question Santé publie, avec le soutien de la Communauté française, un nouveau guide «Communication et Promotion de la Santé - Aspects théoriques, méthodologiques et pratiques».

Cet ouvrage, disponible dès la mi-juin, pose la question: comment concilier deux champs d'action reposant sur des valeurs aussi éloignées que celles du marketing, avant tout soucieux de «vendre» (y compris des idées), et celles de la promotion de la santé ?

Après quelques notions préliminaires, la première partie explore les concepts, théories et modèles en matière de communication et de modification du comportement: ce chapitre se clôt sur les questions éthiques qui s'imposent.

Le chapitre suivant propose une démarche méthodologique pour construire une action de communication en promotion de la santé.

La deuxième partie se présente comme une «boîte à outils». Le lecteur est invité à y puiser les techniques, informations et moyens d'analyse qui lui sont nécessaires.

Ce guide peut être obtenu, gratuitement, par les intervenants en promotion de la santé, auprès de l'asbl Question Santé (contre virement de 120 frs au compte 068-2115054-93 pour frais d'envoi; mention G COMM + adresse si différente de celle indiquée sur le virement). ■

Rue du Viaduc, 72
1050 Bruxelles
Tél.: 02/512.41.74
Fax: 02/512.54.36

Territoire, citoyenneté et santé: le réseau «Villes-Santé»

En mars 1996, le Collège de la Cocof marquait son accord sur le projet d'inscrire la région de Bruxelles au réseau des Villes-Santé de l'O.M.S. A cet effet, il chargeait le Secrétaire d'Etat, Eric Tomas, de la mise en pratique de cette décision.

En 1997, lors d'une rencontre organisée sur le thème «Une politique régionale de santé de première ligne», Monsieur Tomas signifiait clairement son intention de voir Bruxelles faire partie intégrante du réseau Villes-Santé.

La décision appartient aujourd'hui aux ministres chargés de la santé de la Vlaamse Gemeenschap Commissie et de la Commission Communautaire Commune.

Mais qu'entend-on exactement par «Villes-Santé»? Et, l'appartenance à un tel réseau répond-elle réellement au souhait clairement exprimé par tous les acteurs de santé d'une «action globale pour une politique locale de santé»?

Les réseaux des Villes-Santé sont nés d'un pari lancé en 1986 par l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle y invitait les villes européennes à s'associer dans une stratégie commune, fondée sur 38 buts dits de la «Santé pour tous». Ces 38 buts concernent les facteurs liés à l'environnement, aux conditions de vie et à l'organisation du système de soins.

La définition de la santé proposée par l'OMS - «un état complet de bien-être physique, mental et social» - prenait pour les pays industrialisés un sens nouveau. Désormais, il s'agit pour les gouvernements d'organiser leur politique de la santé autour du concept d'action par tout un chacun sur les «déterminants» de la santé».

Quant à la recommandation de «réorienter les services de santé», elle vise «à inciter le secteur sanitaire à s'ouvrir davantage et à pratiquer un partenariat actif avec les représentants des autres secteurs, pour une approche globale des besoins des individus.»¹

Villes-Santé: un mouvement démocratique

Villes-Santé est un projet axé sur la notion d'environnement urbain. La ville y est abordée comme «un organisme complexe qui vit, grandit et se modifie en permanence. Une ville en pleine santé est une ville qui améliore son environnement et développe ses ressources afin de permettre à la population de s'entraider, afin de permettre à chaque individu d'atteindre son potentiel maximum».²

C'est la raison pour laquelle le projet «Villes-Santé» peut être considéré comme un vaste mouvement démocratique. Au nom de la santé, d'une conception environnementale, communautaire, globale et préventive de celle-ci, il revivifie la citoyenneté et permet, par conséquent de résoudre des problèmes d'une façon différente de celle que produisent les institutions spécialisées. L'apparition de nombreux réseaux de villes depuis une dizaine d'années en témoigne.

De plus, et comme le soulignent de nombreux analystes, le niveau d'éducation et d'information des individus s'est considérablement accru dans nos sociétés. Les individus sont aujourd'hui des sujets nettement plus actifs qu'auparavant, des acteurs à part entière de leur destinée.

«L'idée qu'on est premier responsable de ses comportements et des choix de vie, de ses choix professionnels, de ses croyances, de ses valeurs s'est énormément étendue. Cette évolution a rendu les individus plus responsables, plus exigeants et plus critiques à l'égard des grandes institutions qui les encadrent, mais aussi plus disponibles pour participer à d'autres institutions sur la base d'un choix dûment exercé, plus disponibles pour créer des liens interpersonnels ou communautaires fondés sur un choix conscient et assumé. Ainsi, les institutions traditionnelles, d'appartenance obligée, de type hiérarchique, ont vu leur membership décliner: qu'il s'agisse de syndicats, de partis politiques, d'églises officielles, toutes sont aux prises avec d'énormes

problèmes de défection et de nécessaire repositionnement. Les citoyens demandent des comptes sur la performance des grandes politiques appliquées par une bureaucratie impersonnelle. Ils veulent légitimement savoir où va leur argent et s'il est géré efficacement.»³ On est à mille lieues de la communauté traditionnelle hiérarchique, prescrivant à chacun son statut, son rôle et ses croyances. On se retrouve plutôt dans l'univers de la participation et de la citoyenneté responsable qui trouvent leur source dans la conscience de forger, à partir de la mise en commun des intérêts personnels de chacun, une communauté locale qui permette la réalisation concrète d'objectifs communs par des personnes qui se connaissent et se reconnaissent.

Villes-Santé : les critères d'engagement au réseau

L'engagement au réseau Villes-Santé implique l'adhésion aux principes de l'OMS et la volonté de mettre en oeuvre une politique urbaine de promotion de la santé. Cette politique se fonde sur trois axes principaux: Intersectorialité, Partenariat et Participation. Elle associe les partenaires des différents secteurs, les citoyens et les associations.

Les 11 critères d'une Ville-santé⁴ sont:

1. **Un environnement salubre, sans risques, et de haute qualité.**
2. **Un écosystème stable et pouvant être maintenu à long terme.**
3. **Une communauté forte, solidaire, et qui n'exploite pas la population.**
4. **Un haut niveau de participation et de contrôle par la population pour tout ce qui concerne sa vie, sa santé et son bien-être.**
5. **La possibilité de satisfaire ses besoins premiers.**
6. **L'accès à une grande diversité d'expériences et de ressources, avec une possibilité d'élargir les contacts, les synergies et les communications.**
7. **Une économie locale diversifiée, vitale et innovatrice.**
8. **L'encouragement du sentiment de lien avec le passé, c'est-à-dire avec le patrimoine culturel et biologique des citoyens, ainsi qu'avec d'autres groupes et individus.**
9. **Une structure de ville compatible avec ce qui précède et qui l'améliore.**
10. **Un niveau maximum de services de santé publique accessibles à tous.**
11. **Une priorité à la santé.**

Ces critères n'ont, bien sûr, pas force de lois. Ils servent de ligne directrice au projet des villes. Celles-ci ayant toute liberté de les adapter à leur propre réalité.

Depuis 1986, le projet Villes-santé a rallié trente-cinq villes en Europe. Simultanément, des réseaux nationaux fonctionnent dans dix-huit pays, formant un ensemble de quelque 375 villes membres. Des réseaux nationaux se sont créés en Australie, au Canada et aux Etats-Unis. En Belgique, la Communauté française compte actuellement trois villes participantes (Liège, Huy et La Louvière) et la Communauté flamande, deux (Anvers et Malines).

Tous les projets Villes-Santé ont en commun de tendre vers les caractéristiques suivantes:

- l'engagement pour une promotion de la santé «globale» («un bien-être physique, mental, social») pouvant être développé par une synergie existant entre individus, groupes ou associations de la ville;
- la prise de décisions politiques axées sur les facteurs déterminants de la santé publique (logement, environnement, éducation, etc.)
- la mise en oeuvre d'actions intersectorielles où des organismes autres que ceux directement concernés par la santé agissent pour le bien-être de la population (création d'espaces publics, par exemple);
- une implication directe de la population à la promotion de la santé par, notamment, leur utilisation des services de santé, leurs opinions et leur travail au niveau associatif et communal, leur mode de vie;
- la recherche constante d'idées et de méthodes nouvelles.

Toutes les villes impliquées dans le projet soulignent «l'intérêt qu'elles trouvent à participer au mouvement Villes-Santé et insistent sur la légitimité accrue qu'il donne aux politiques de santé et à leurs promoteurs.»⁵

Villes-Santé et Bruxelles : atouts et difficultés

La région de Bruxelles-capitale semble disposer de certains atouts pour participer au réseau «Villes-Santé». A titre d'exemple, on peut citer:

- l'existence d'un réseau ambulatoire des soins de santé particulièrement important;
- l'élaboration d'une charte bruxelloise de la santé par les professionnels de la santé

- la mise en place d'un Plan Régional de Développement qui devrait avoir des répercussions sur les déterminants de la santé;
- la mise en place de structures favorisant l'intersectorialité et le travail en réseau (ex. les contrats de quartiers, le fond d'Intégration et Cohabitation,...);
- une approche pluridisciplinaire de la santé au travers d'équipes s'occupant de la toxicomanie, de la santé mentale, des maisons médicales, etc;
- la présence sur le territoire de deux universités disposant de capacités d'expertise par le biais de leurs écoles de santé publique;
- la mise en place d'outils d'aide à la décision notamment par la création d'observatoires (de la santé, de la petite enfance,...);
- l'installation d'instances de concertation intersectorielle, etc.»⁶

Le point de départ du plan régional de développement fut une analyse des atouts et faiblesses de la région et un refus des tendances observées les plus néfastes. A l'horizon 2005, l'enjeu du P.R.D. tient en quelques mots : il s'agit de concevoir une cité agréable où il fait bon vivre et travailler, où il convient de protéger les faibles socialement, d'encourager et de gérer l'ardeur des forts



économiquement et de susciter une citoyenneté urbaine nouvelle fondée sur un projet commun.⁷

En résumé, les priorités du projet de ville sont :

1. Retrouver le plaisir d'habiter la ville
2. Faire cohabiter croissance économique et qualité de la vie en ville
3. Vivre dans une ville plus belle
4. Mieux-être dans la ville

5. Valoriser l'image touristique de la ville
6. Faire de Bruxelles une ville plus sûre pour tous
7. Bruxelles : une ville respectueuse de l'environnement
8. Mieux bouger dans la ville

L'inscription de Bruxelles au réseau «Villes-Santé» nécessite toutefois encore de «créer des synergies entre les compétences régionales, les compétences communautaires, les autres niveaux de pouvoir» et les acteurs de terrain. Et c'est peut-être là que le problème reste majeur. «Comment faire une politique cohérente avec autant de niveaux de pouvoir, de ministères...? «Comment travailler ensemble «alors que chacun dans son for intérieur, est préoccupé de sa spécificité et de son autonomie»? «Comment trouver une cohérence au niveau des subventionnements et des initiatives diverses qui saucissonnent la politique de santé?»

Toutes ces questions et bien d'autres ont eu le mérite d'être posées lors d'une rencontre «où exceptionnellement un Ministre décidait de se mettre à l'écoute des représentants de la politique ambulatoire de santé?»⁸ ■

Sources

1. *Ville et Santé, Volume 2, Réseaux et Nouvelles pratiques, Prévenir, premier semestre 1997, p.208*
2. *Note aux membres du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale*
3. *Colloque «Villes et Villages en Santé», Montréal 11 septembre 1997, Conférence d'ouverture: Le citoyen, acteur ou spectateur face aux multiples réformes actuellement en cours, Frédéric Lesemann*
4. *Ville et Santé, Volume 2, Réseaux et Nouvelles pratiques, Prévenir, premier semestre 1997, p.208*
5. *Ville et Santé, Volume 2, Réseaux et Nouvelles pratiques, Prévenir, premier semestre 1997, p.210*
6. *Note aux membres du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale*
7. *Plan régional de développement, Un projet de ville pour Bruxelles, synthèse, Iris éditions, 1996*
8. *Une politique régionale de santé de première ligne, Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française, 1997*

Territoire, santé, citoyenneté: d'autres définitions... celles d'acteurs de terrain

Interprètes de la citoyenneté

Depuis 1992, l'asbl Interprétariat et Service de Médiation emploie 12 interprètes salariés et plus de 30 interprètes appelables qui sont formés à l'intervention dans le secteur non marchand. Elles (et ils) mettent au service des travailleurs de ce secteur leurs compétences linguistiques, interculturelles et relationnelles, afin de les aider à «s'entendre» avec les personnes d'origine étrangère dans 36 langues d'Europe, d'Afrique et d'Asie. Traduire, c'est aussi suggérer la symbolique du symptôme; c'est aider l'intervenant social ou médical à adapter ses messages à la réalité de l'autre; c'est deviner et débusquer le «non» derrière le «oui», ou vice-versa... Ces interprètes sont depuis l'enfance agent de liaison de leurs propres famille et voisinage avec la société belge. Si elles ont des parcours différents, elles ont en commun l'expérience intime d'un «mal au territoire». Qu'est-ce que le «territoire», pour une personne appartenant à une communauté chrétienne d'Orient et qui a vu sa famille migrer de Turquie orientale où elle vivait depuis des siècles, jusqu'à Istanbul, puis, poussée par l'insécurité, jusqu'en Europe ? Un tel parcours ouvre la notion de territorialité et en fait par nécessité quelque chose de relatif et par là de plus universel, mais à quel prix ? D'un autre côté, la terre d'accueil peut être perçue comme territoire «culturel» propre, celui où peut s'exercer sans contrainte la religion familiale. Qu'est-ce que le «territoire» pour ces enfants de travailleurs immigrés qui ont été intimement associés à la chute du mythe parental de «retour au pays», pour se retrouver enfermés dans un univers urbain souvent «ghettoisé», mais aussi délabré, nocif et désespérant ?

Dans la vie quotidienne, le territoire, c'est le lieu qui peut être investi d'une vie personnelle, familiale, sociale, civique. Le premier territoire concentrique à l'individu, celui du logement familial, sera particulièrement investi de préoccupations concernant le corps et la santé. Le corps malade l'est bien souvent de ce que l'angoisse ou les conflits intérieurs ne peuvent être formulés. Les interprètes sont frappés de la force avec laquelle le discours longtemps réprimé fait enfin irruption grâce à leur présence. Telle mère de famille, soucieuse de la santé et de l'avenir de ses enfants, avait véritablement explosé verbalement lorsqu'une interprète s'était trouvée disponible au cabinet du médecin. Le médecin a enfin pu mesurer tous les soucis que cette mère se faisait pour sa famille et, en discutant avec elle, a pu l'aider à

reprendre une certaine maîtrise sur sa vie et son métier de mère.

Ce type d'interaction peut être le point de départ d'un travail au niveau de la prévention. Or, la conscience que l'on a de pouvoir agir sur sa propre santé et celle de ceux dont on a la garde, est l'un des outils d'acquisition d'une citoyenneté active. C'est d'ailleurs souvent en fréquentant les lieux de médecine préventive que ces mères ont les premiers contacts positifs avec des institutions de la société belge. Un objectif à moyen terme est qu'une partie de ces mères jouent à leur tour le rôle de relais dans leur communauté.

D'autres relations importantes sont celles que les mères nouent avec les enseignants de l'école maternelle et primaire. Là aussi, lorsque les partenaires concernés rendent la chose possible, retrouver une possibilité d'agir sur l'environnement de son enfant représente une forme d'exercice de la citoyenneté. ■

Dr. Marianne Flament

Coordinatrice

Interprétariat et Service de Médiation

Borgval, 2

1000 Bruxelles

Tél.: 02/502.68.48

Délai d'intervention 48h, coût 300 Fb par

intervention (facturés à l'institution demandeuse)

Territoire, citoyenneté et santé mentale

La notion de territoire en santé mentale est le résultat de multiples réflexions, dénonciations et transformations progressives de la notion de soin, de plus en plus tournée vers le monde extérieur. Elle apparaît quand l'intérêt porté à l'aliénation mentale s'accompagne d'une réflexion sur l'aliénation sociale et considère le problème mental en regard des choses de la vie et non uniquement sous la loupe d'un diagnostic. Promouvoir la santé, c'est alors agir sur les mentalités pour rendre la société capable de tolérer les gens troublés et convaincre ceux-ci de leur compétence à vivre dans cette société, à participer à la vie du quartier, à être citoyen. A cette fin, l'action socio-culturelle devient le complément indispensable de l'action thérapeutique.

Cette action consiste à aider les gens à négocier une place dans leur quartier, en contact de leur entourage plutôt qu'à l'«abri» de celui-ci: en quelque sorte renverser la vapeur déséquilibrante issue de l'environnement en moteur de mieux-être. Elle manie le concept de solidarité, donc de valorisation de l'être humain et combat l'exclusion sociale que l'environnement peut à la fois générer et résorber.

Dans cette optique, la promotion de la santé mentale s'oriente sur les besoins réels de la population d'un territoire, en tâchant de se rendre compatible au mode de vie des gens plutôt qu'à des valeurs normatives.

Pour ce faire, la notion de territoire est intimement liée à la participation des citoyens du dit territoire, de la prise en compte par chacun des autres acteurs, de leurs désirs particuliers et des ressources qu'ils déploient pour les réaliser.

Par la même occasion, il s'agit de déceler les freins à ces réalisations et d'agir sur eux, à l'endroit et au moment où ils enrayent la possibilité de jouir d'une bonne estime de soi, dont on sait qu'elle est déterminante pour la santé mentale, sinon pour la santé en général. En d'autres termes, de créer un territoire dynamique, où l'on sourit à la vie et à son voisin, où vivre ensemble a du sens et où chacun trouve des choses utiles à faire. C'est ainsi que le territoire devient un espace social non figé, mais dynamique où des hommes et des idées peuvent s'affronter pour conquérir des ressources inégalement réparties.

A contrario, sans la participation des citoyens, l'action socio-sanitaire sur un territoire risquerait de favoriser le quadrillage d'une population et à mettre «sous tutelle» des groupes divers pour lesquels les appareils psychiatrique, judiciaire et policier, les services sociaux occuperaient des fonctions complémentaires, produisant des formes de plus en plus sécuritaires d'aide sociale. ■

Rina Horowitz

Rapa - L'Autre Lieu asbl

L'Autre «lieu»: pour changer provisoirement de territoire

L'Autre «lieu», en tant qu'alternative à la psychiatrie, propose aux personnes qui vivent des difficultés, des formules originales d'accueil de transition. Une de celles-ci est de changer de territoire provisoirement, de quitter le lieu où l'on est, lieu où la personne «souffre». En effet, elle est soit trop isolée, soit elle se sent mal avec son entourage, soit elle vit en institution et veut en sortir... L'occasion lui est donnée de faire un séjour temporaire dans un lieu d'accueil, chez des particuliers, c'est-à-dire d'être dans la vie de tous les jours mais ailleurs avec un entourage différent - qui n'est pas «spécialisé» - et sur un autre territoire - qui n'est pas «un lieu de soins».

Aujourd'hui, nous savons clairement que la santé dépend des interactions entre l'individu et son environnement social, culturel, économique, politique. L'Autre «lieu» dès lors crée aussi des occasions, des outils, des réseaux qui permettent à une personne déprimée, défavorisée, dite «folle» ou «malade mentale» de participer à sa manière, à une échelle locale, à la vie comme tout citoyen.

Cela commence par un bonjour, une attention, un souci pour le voisin, cela peut continuer par une invitation à partager une tasse de café ou des compétences, cela se poursuit par un dépannage ou quelques semaines d'hébergement et entraîne aussi, pour l'Autre «lieu», la création de lieux de vie communautaire... Dans ce cas-ci, il s'agit de partager une maison privée, en lien avec le quartier. Tout ceci permet d'éviter éventuellement un internement.

Toutes les personnes concernées se sentent «être quelqu'un pour quelqu'un», peuvent se donner une nouvelle image d'elles-mêmes, sont valorisées, se sentent participer à ce qui peut faire la Santé.

Un travail de reconstruction et de réhabilitation de personnes «vulnérables» dans la société permet d'actualiser des dispositifs de droit commun bien au-delà des seules personnes précarisées. ■

Sylvie Derumier

Permanente

Rapa - L'Autre Lieu asbl

Rue Marie-Thérèse, 61

1210 Bruxelles

Tél. : 02/230.62.60

Fax : 02/230.47.62

Apprendre à connaître son territoire

L'élaboration d'un projet dans un territoire implique une délimitation préalable de l'espace à l'intérieur duquel on estime pouvoir agir, dans un temps déterminé, avec des moyens et des méthodes définies.

Le territoire doit constituer une entité suffisamment cohérente (un quartier, une partie de la ville, la ville), ni trop limitée, ni trop vaste. Dans cette optique, il semble impératif de se poser six questions :

- 1) Qui va décider du choix du territoire et selon quels critères ?
- 2) La manifestation de problèmes particuliers influence-t-elle le choix du territoire ?
- 3) Le choix du territoire est-il décidé en fonction de découpages administratifs et politiques ou en fonction des modes d'échange et de communication des habitants ?
- 4) La délimitation du territoire dépend-il de son rôle économique - social - urbanistique - culturel - historique ?
- 5) Pourquoi choisir ce territoire d'intervention plutôt qu'un autre ?
- 6) Le choix du territoire peut-il avoir une répercussion positive sur l'espace environnant ?

Le territoire défini, l'expérience enseigne qu'il importe de commencer par le parcourir, le repérer, l'identifier, l'analyser avec ses pieds, son oeil, son intuition première. Cette approche intuitive permet de se faire une première opinion du territoire d'intervention. Une fois ce repérage effectué, le travail de données peut commencer. Pour la clareté de l'exposé, nous répartirons ces dernières en six catégories. Il est clair qu'elles se chevauchent dans la pratique. **La première** de ces données est **historique**. Il est très rare, en effet, qu'un problème urbain ne comporte pas certaines caractéristiques qui résultent de l'histoire du lieu ou de la manière dont le problème a été traité ou géré ultérieurement. **La seconde** concerne **l'environnement**. Les données à relever dans ce cadre sont nombreuses. Il s'agit, notamment :

- d'évaluer la densité de la population au kilomètre carré;
- de mesurer l'importance des espaces publics;
- de localiser les routes, chemins, rails,... et d'en déterminer les conséquences des tracés;
- de chiffrer le volume et la nature de la circulation;
- de juger la destination du sol, des usages industriels, commerciaux, artisanaux et résidentiels;
- d'apprécier l'étendue et la nature des aires de loisirs;
- de jauger la situation des grands ensembles et la manière dont ils affectent la vie des habitants;
- d'estimer l'étendue et l'importance des tentatives pour lutter contre le vandalisme, les graffiti, ... et transformer l'environnement;
- etc.

La troisième donnée concerne **les habitants**. Plusieurs aspects sont, ici aussi, à prendre en considération :

- les données de recensements;
- les données concernant le bien-être (taux de mortalité, de morbidité, de délinquance,...);
- les données permettant de sentir le territoire : comment les habitants perçoivent-ils le territoire et ses caractéristiques ?
- les données relatives aux réseaux locaux. Il s'agit d'analyser l'aspect collectif de la vie du territoire d'intervention. Quels sont les relations avec la famille, les voisins, les amis ? Quels sont les contacts à l'intérieur et avec l'extérieur ?
- les données portant sur les valeurs et les traditions.

La quatrième donnée touche aux **structures collectives**.

- Il existe, sur le territoire d'intervention, de nombreuses structures collectives avec une grande diversité de buts, de rôles et de procédures d'action. On distingue ainsi :
- les administrations et/ou les ministères et plus précisément les services en rapport avec l'aménagement du territoire, la santé, la justice, le logement, l'aide sociale,...
 - les entreprises et autres activités économiques;
 - les groupes religieux : certains jouent un rôle social à ne pas négliger;
 - le secteur associatif.

La communication, et plus précisément la diffusion de

l'information, constitue **la cinquième** donnée. Il s'agit ici d'analyser comment les idées, les informations et les nouvelles se propagent sur le territoire. Il convient également de connaître la manière la plus efficace de communiquer avec les personnes clés (habitants ou professionnels, ainsi que les circuits d'influence dans les différents groupes capables de modeler et modifier l'opinion publique). Enfin, il faut connaître toute la gamme de moyens de communication utilisés, depuis les contacts verbaux et informels jusqu'aux prospectus, journaux, radio, télévision,...

La sixième donnée touche au **pouvoir et leadership**. Les informations sur les habitants, les structures collectives, les communications apportent une foule de renseignements sur la façon dont s'exerce le pouvoir, le leadership et les influences. Il faut connaître :

- le monde des entreprises (ou commerces);
- le pouvoir politique;
- les administrations;
- les groupes locaux et autres structures collectives. A côté de la structure publique et officielle du pouvoir, il existe une foule de gens qui cherchent à influencer les décisions et les événements.

L'ensemble de ces données recueillies, il convient de les traiter. La grille de questions ci-après peut apporter une aide pour construire un diagnostic dynamique faisant apparaître les enjeux.

Thèmes	Potentiel humain	Domaine économique et financier	Politique d'aménagement et d'équipement	Relations externes
Facteurs	1. population et ressources humaines 2. formation et recherche 3. dynamique locale et réseaux d'acteurs	4. dynamique économique 5. ressources et financement	6. cadre de vie et urbanisme 7. transport et communication 8. équipements collectifs	9. ouverture internationale
Points forts				
Points faibles				
Potentialités				
Menaces				
Enjeux				

Thierry Lahaye

Sources

- *Le projet de ville, Un essai pratique*, J. De Cournon, éd. Syros
- *Savoir faire en développement social, local*, P. Handerson, D. N. Thomas, éd. Bayard
- *Aménager sa ville, Les choix du maire en matière d'urbanisme*, J.P. Lacaze, éd. du Moniteur
- *Voyage dans 10 quartiers en crise*, Cl. Jacquier, éd. L'Harmattan

Les clowns à l'hôpital, ou le rire pour thérapie

Dans un environnement hospitalier où règne la souffrance, deux personnes sympathiques apparaissent, affublées d'un nez rouge... le Docteur Kip-Kap et le Docteur Zutzut. Leur ambition: dédramatiser l'hôpital et y apporter poésie, fantaisie et tendresse.



Dans la foulée d'initiatives similaires, comme «Le rire médecin» (France) ou «Les cliniclowns» (Belgique), le Dr Kipkap et le Dr Zutzut, les deux clowns «docteurs» du service de Chirurgie infantile à l'hôpital Erasme arpentent, une fois par semaine, les couloirs et les chambres de ce service depuis décembre 1995. Le projet, encadré à l'origine par l'asbl Animar, est aujourd'hui totalement autonome et fonctionne avec l'aide de la Commission Communautaire Française.

Trait d'union entre le réel et l'imaginaire, les clowns ne se contentent pas d'être des divertisseurs. Ils sont les amis, parfois les confidents des petits malades. Cette activité, totalement distincte des soins médicaux, demande une grande écoute de la part des artistes. Ces derniers sont spécialement formés à ce travail («Enfant et culture à l'hôpital», D.G. de la Culture et de la Communication et Centre d'Aide au Patient).

Selon les possibilités physiques ou psychologiques des enfants, ils proposent: de la magie, de la musique, des jeux, des contes ou des séances de soins comiques où c'est le clown qui doit se faire soigner. Le matériel utilisé lors des séances va des instruments médicaux géants en plastique

aux planches anatomico-comiques en passant par la trousse de secours en tissu, des marionnettes, des livres, du matériel de magie et de jonglerie, des ficelles et des instruments de musique. Une valise sur roulettes recèle des trésors de sonorités diverses et peut servir pour un orchestre en chambre de 15 personnes. Le «flonflon» de l'accordéon est assuré par le Docteur Kip-Kap. Quant au costume «de chambre» des clowns, il est agrémenté du tablier blanc caractéristique des soignants. Un clown représente un(e) docteur et l'autre un(e) infirmier(e). L'idée est de dédramatiser l'image de la blouse blanche. Les parents présents dans la chambre sont automatiquement inclus dans l'animation et le sourire retrouvé de leur enfant les aide à surmonter leur propre désarroi face à la souffrance ou la maladie. L'animation dure de dix à quinze minutes par chambre de deux lits.

Le but des clowns n'est pas de déclencher le rire à tout prix, mais d'apporter aussi de la poésie, de la fantaisie, de la tendresse... Dans un univers où les adultes soignants viennent souvent pour prendre quelque chose - du sang, des urines, la température, la tension - les clowns sont là pour donner un instant de plaisir et de jeu. Chacun demeure libre d'accepter ou de refuser l'animation. Les clowns participent encore aux activités de l'hôpital qui ponctuent le temps qui passe. A la St Nicolas, à Noël, aux anniversaires, ils présentent un spectacle de clownerie et de magie musicales. ■

Daniel Cap

Catherine Vanandruel

*Fables Rondes asbl
rue de l'Austruche 25
1170 Bruxelles
Tél.: 02/675.05.43*

Aveugles et mal voyants : un «plus» pour nos entreprises?

La Ligue Braille a créé un Service d'insertion professionnelle* qui va accompagner la personne aveugle ou malvoyante dans la recherche d'emploi et l'aider à s'y investir de façon optimale. Il peut également intervenir lorsque, suite à

une maladie ou un accident, le travailleur valide devient malvoyant ou aveugle et qu'il rencontre, dans la réalisation de ses tâches, des difficultés.

Nous rencontrons aussi les employeurs et les informons des demandes et des profils de ces personnes qui cherchent un emploi.

Lorsque la personne handicapée a pu conclure un contrat de travail, une adaptation du poste de travail est souvent nécessaire. Elle est rendue possible grâce aux aides techniques sophistiquées. Une telle aide technique est un appareil électronique ou informatique qui modifie la forme de l'information pour la rendre accessible aux personnes aveugles ou malvoyantes.

En fonction de la déficience, différentes possibilités existent. Pour les personnes malvoyantes, une TV-loupe agrandit très fortement les documents.

Pour les données informatiques, nous préconisons des systèmes d'agrandissement et/ou des grands écrans.

La personne aveugle peut, quant à elle, se relire en braille sur une barrette braille et avoir ainsi accès aux informations se trouvant sur l'écran d'ordinateur.

Un scanner et une imprimante braille peuvent également lui être nécessaires.

Dans d'autres situations, une synthèse vocale peut énoncer les informations visibles sur l'écran. Après avoir testé différents systèmes avec la personne handicapée au sein de l'entreprise, des démarches précises auprès des pouvoirs publics permettent d'obtenir le remboursement complet des aides techniques.

(*) Ligue Braille - Rue d'Angleterre 57 - 1060 Bruxelles - 02/533.32.11

Pour une méthodologie d'insertion professionnelle

La Ligue Braille a développé une méthodologie qui se base sur l'approche systémique de la communication prônée par Gilles Le Cardinal (France). Ce modèle permet de prendre en compte le concept de confiance. Cette notion constitue un des éléments qui va déterminer la possibilité de parvenir à élaborer un projet en commun.

Le modèle de communication décrivant les interactions qui unissent des acteurs impliqués dans un projet commun tend à montrer que trois forces - les Peurs, les Attraits et les Tentations - influencent l'issue de toute dynamique de coopération. Accepter de voir les peurs légitimes et les tentations réelles qui sont présentes en nous va nous permettre de trouver la meilleure stratégie pour y faire face.

Une fois ces représentations identifiées, nous pouvons envisager des stratégies qui vont permettre de diminuer ces peurs et ces tentations et d'augmenter les attraits. Ceci permettra à chacun des acteurs de participer à la réalisation du projet commun d'intégration professionnelle de la personne handicapée.

Mais, en réalité, quelles sont les représentations des employeurs ?

- Les craintes

«Un rendement moindre, une intégration difficile, le coût du poste de travail, les formalités administratives, un temps d'adaptation de trop longue durée, une méconnaissance de la déficience» sont autant de craintes émises par les employeurs.

- Les attraits à l'engagement

« Les compétences professionnelles spécifiques, la cohésion de l'équipe et l'amélioration des relations humaines, l'image de marque, les aides financières, l'aide apportée à une personne » sont autant d'attraits formulés.

- Les tentations

« La bonne conscience, le sponsoring de l'emploi, donner une bonne image de marque à l'entreprise, l'aide financière pour réduire le coût du travailleur » sont autant de tentations formulées.

Conclusion

Un processus d'insertion professionnelle a pour but de favoriser le développement personnel et l'intégration des personnes handicapées. L'accès de ces personnes à un emploi est souvent la condition de sortie des circuits d'assistance, de dépendance. La participation à la vie active répond au devoir de solidarité mais aussi à l'intérêt financier et humain de la société.

Le rôle économique de l'entreprise et son rôle social sont deux notions qui ne s'opposent pas. Les personnes handicapées constituent une force de travail pour l'entreprise. Il conviendra pour ce faire de développer une politique plus axée sur l'intégration de ces personnes ainsi que sur l'utilisation efficiente de leurs capacités. ■

*Michel Magis
Responsable du Service
Insertion Professionnelle*

*Ligue Braille
Rue d'Angleterre, 57
1060 Bruxelles
Tél.: 02/533.32.11
Fax: 02/537.64.26*

VIH/SIDA: le fossé s'élargit entre pays en développement et pays industrialisés

Il y aurait, selon le dernier rapport publié par l'ONUSIDA¹ et l'OMS, quelque 30 millions d'individus séropositifs dans le monde. Parmi eux, un peu plus d'un million d'enfants de moins de 15 ans. L'immense majorité de ces personnes infectées par le VIH - plus de 90 % - vit dans les pays en développement. La plupart ignorent leur état.

Les dernières estimations mettent en évidence la propagation toujours rapide du VIH. En 1997, ce sont 5,8 millions de personnes, dont 590.000 enfants, qui ont contracté l'infection à VIH. Ce chiffre correspond globalement à près de 16 000 nouveaux cas par jour.

Si les tendances actuelles devaient se maintenir dans de nombreuses parties du monde, il y aurait plus de 40 millions de personnes qui vivraient avec le VIH en l'an 2000.

L'Afrique subsaharienne est la région où l'épidémie évolue le plus rapidement et où elle a été la plus sous-estimée jusqu'à présent. Deux tiers du nombre total des personnes infectées dans le monde y vivent. Les rapports sexuels non protégés entre hommes et femmes seraient responsables de la plupart des 3,4 millions de nouvelles infections survenues, en 1997, dans la population adulte de l'Afrique subsaharienne. Par ailleurs, un taux de fertilité élevé associé à un accès insuffisant à l'information et aux services de prévention, a eu pour résultat la contamination de 530 000 enfants nés de mères séropositives, soit environ 90% du total mondial.

L'Afrique de l'Ouest, par contre, a vu ses taux d'infection se stabiliser à des niveaux nettement inférieurs à ceux de l'Afrique orientale ou australe. Certains des pays qui la composent, tels le Nigéria (parmi les plus peuplés), constituent une exception à la règle.

L'Afrique orientale a été l'une des premières zones à souffrir d'une épidémie régionale massive et l'un des pays de cette région, l'Ouganda, a été parmi les premiers

à riposter à l'aide d'efforts concertés et ouverts pour enrayer la propagation du virus. Cette stratégie semble payante dans ce pays.

En Asie, la diversité de situations est bien plus grande qu'en Afrique. Les niveaux d'infection varient énormément, de même que les voies de transmission. Il arrive souvent que plusieurs épidémies se déroulent simultanément dans le même pays. Les nouvelles méthodes de typage génétique (qui permettent aux chercheurs d'étudier comment différentes souches virales se propagent dans la population) montrent qu'il y a, souvent, très peu de chevauchement entre le VIH des usagers de drogue par injection et celui des professionnels du sexe par exemple.

On pense qu'en tout 6,4 millions de personnes vivent actuellement avec le VIH en Asie et dans le Pacifique, soit légèrement plus que 20% du total mondial. Cette proportion devrait atteindre 25% d'ici la fin de l'an 2000. Environ 92 000 enfants vivent actuellement avec le VIH en Asie.

La situation est plus variée en Amérique latine. Le VIH se concentre principalement sur les populations négligées, socialement et économiquement en marge de la société. L'épidémie a toutefois pesé très lourdement sur les homosexuels et les usagers de drogue par injection. Le recueil systématique des données est difficile pour ces groupes et les informations rares à ce jour. Néanmoins, les études faites au Mexique sur les hommes ayant des rapports homosexuels montrent qu'en moyenne 30% d'entre eux pourraient vivre avec le VIH. Les taux chez les usagers de drogue varient de 5 à 11% au Mexique jusqu'à 50% en Argentine et au Brésil.

En Europe de l'Est, la montée en flèche de l'infection à VIH dans plusieurs Etats repose sur l'injection des drogues. Cette pratique serait responsable de la majorité des 100 000 nouveaux cas estimés pour 1997. En Ukraine, où environ 70% des personnes infectées au cours des trois dernières années sont des usagers de drogue, quelque 25 000 cas d'infection à VIH ont été signalés jusqu'à présent, dont la moitié en 1997.

Les responsables russes estiment qu'il y a environ 350.000 toxicomanes habituels dans leur pays et qu'un grand nombre d'entre eux utilisent le même matériel d'injection. Un potentiel pour la propagation par voie sexuelle existe toutefois également. En Russie, au Bélarus et en Moldova, le nombre de nouveaux cas de syphilis a explosé. Or, les maladies sexuellement transmissibles

non traitées, non seulement, facilitent la propagation du VIH (s'il est présent) d'un partenaire à l'autre, mais elles signalent également le potentiel de propagation du VIH par la même voie de transmission.

Dans les pays industrialisés, le Sida recule. Le fossé croissant entre les pays développés et en voie de développement ne concerne pas seulement l'ampleur de la propagation du VIH mais également la mortalité due au SIDA. En Amérique du Nord, en Europe occidentale, en Australie et en Nouvelle-Zélande, les nouveaux médicaments antirétroviraux ont réduit la vitesse à laquelle les personnes infectées par le VIH développent le SIDA.

En Europe occidentale, les faits observés indiquent que le nombre des nouveaux cas de SIDA aura diminué de 30% en 1997 par rapport à 1995, avant que les traitements antirétroviraux soient disponibles. Cette réduction est la plus importante dans les pays où l'infection a touché principalement les homosexuels, groupe dans lequel les taux de VIH ont commencé à diminuer 5 à 10 ans plus tôt. Cela montre que le recul du SIDA est souvent le résultat d'une amélioration combinée de la prévention et des traitements. Il n'y a qu'au Portugal et en Grèce, où les

pratiques de toxicomanie non sûres constituent la principale voie de transmission, que le nombre des nouveaux cas de SIDA est encore en forte augmentation par rapport à l'année précédente.

Selon l'ONUSIDA, la vaste majorité des personnes vivant actuellement avec le VIH ignorent qu'elles sont infectées. Aux Etats-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) estiment que deux tiers des personnes vivant avec le VIH sont au courant de leur état. Le scénario est très différent dans les pays en développement. Peu de gens ont l'espoir de bénéficier d'un traitement, d'où le manque d'incitation à se faire tester. De plus, ceux qui voudraient savoir n'en ont pas toujours la possibilité. Dans bien des pays, les services de conseil et de tests volontaires n'existent tout simplement pas. ■

1. L'ONUSIDA (un Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA créé en 1996) et l'OMS assument, dans le cadre d'une initiative conjointe, une surveillance mondiale de l'infection à VIH/SIDA et des MST.

Source: Rapport sur l'épidémie mondiale de l'infection à VIH/SIDA, ONUSIDA, OMS, Décembre 1997

AGENDA

JUIN 98

COMMENT VIVRE AVEC LA FIBROMYALGIE ?
METTET, LE 6/6 DE 14H À 17H
LIBRAMONT, LE 27/6 DE 14H À 17H

L'Association Belge contre les Maladies Musculaires (ABMM) organise deux conférences ayant pour thème: «Comment vivre la fibromyalgie?». Son objectif est de faire connaître et reconnaître cette maladie et d'aider à la reconnaissance de ceux qui en sont affectés. Les orateurs seront les Docteurs Philippe Degreift (rhumatologue) à Mettet et Philippe Neuman (rhumatologue) à Libramont.

Renseignements et inscription:
ABMM - Groupe fibromyalgie
02/770.37.97 Mme Kaisin
02/361.52.97 Mme Membrives
071/72.53.34

JUILLET 98

IIe CONGRES EUROPÉEN SUR LA PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE
LISBONNE, PORTUGAL LES 6-7-8/7

La Société Portugaise de Psychologie Communautaire organise cette conférence en collaboration avec l'Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Les principaux thèmes sont la participation du citoyen et l'action communautaire. Ce congrès sera l'occasion de débattre des modèles théoriques d'intervention et d'élaborer des programmes de formation visant à accroître l'efficacité et les effets à long terme des actions communautaires.

Pour toute information supplémentaire, contacter:
Sociedade Portuguesa de Psicologia Comunitaria, Rue D. Pedro V. 60-1-D, 1200
Lisboa, Portugal
Fax: + 351 1 346 27 08

SEPTEMBRE 98

7E SYMPOSIUM EUROPÉEN SUR LE SUICIDE ET LE COMPORTEMENT SUICIDAIRE
GAND, 9-12/9

Le processus suicidaire, défis du traitement et de la prévention: ce thème principal couvre les caractéristiques épidémiologiques, biologiques, psychologiques et psychiatriques, mais aussi les différences selon le sexe et les conséquences pour le traitement psycho-pharmacologique et la prévention.

Pour toute information:
Medicongress
Waalpoel 28/34
9960 Assende
Tél.: 09/344.39.59
Fax: 09/344.4010

Le développement économique : consolidation des politiques de santé dans les zones urbaines fragilisées

Comme la souffrance, comme la douleur affective, l'exclusion sociale est vécue et perçue sur un plan extrêmement personnel.

On ne saurait l'oublier : les indices économiques et sociaux utilisés pour donner acte ou prendre conscience des risques ou des faits d'exclusion ne correspondent qu'à la partie superficielle de cette plaie collective. A l'identique du corps humain, le corps social, pour résister à ce qui agresse ou détruit sa cohésion, a besoin de traitements ponctuels, spécifiques, individualisés et d'une hygiène globale de son environnement.

Cette hygiène sociétale n'est possible que si le social santé et le socio-économique sont étroitement liés. C'est pour cela, par exemple, que l'action pour l'emploi ne peut se développer sans une intervention sur les ressorts et les conditions structurelles de la vie économique, et non seulement par une rationalisation du marché du travail, supposée mettre en adéquation emplois disponibles et postulants.

Dans cette perspective, on le comprend et découvre peu à peu, l'ensemble des acteurs ou secteurs porteurs d'emploi, directement ou indirectement, sont concernés : secteur marchand, secteurs publics, «tiers secteur» de l'économie coopérative et associative... mais aussi consommateurs, citoyens actifs.

Le dialogue entre acteurs divers, la connexion des expériences, la confrontation des logiques des organisations sont une priorité : non pour rêver à une fusion entre les finalités, les missions, les spécificités des unes et des autres, mais pour que le droit à l'intégration sociale par l'économique, au-delà du droit à l'activité ou au travail, soit compris collectivement non comme une charge mais comme la chance de «santé», à terme, des collectivités vivant dans nos villes.

Une des sources de fécondité de l'expérience collective d'un projet de valeur est précisément d'avoir à la fois, d'une part établi les impacts profonds des phénomènes d'exclusion sur les individus, dans toutes leurs dimensions, et d'autre part donné à cette expression un caractère de mouvement social, de protestation, de force de proposition.

Deux problèmes essentiels freinent les possibilités d'innovations sociales et surtout socio-économiques, quand ces possibilités surgissent dans un milieu donné et qu'elles ont comme promoteur un groupe issu du terrain non «homologué», non encadré, composé de personnes qui - tout en étant en difficulté - se situent comme des citoyens «ayant-droit» et non comme des «bénéficiaires». Ces deux problèmes sont : la capacité des institutions administratives et politiques à appréhender et gérer l'innovation et les différences culturelles qui brouillent la communication entre «cadres» institutionnels et groupes de terrain. La mise en place d'une méthodologie de type gestion de projet permet de suivre l'avancement des démarches individuelles et collectives et de gérer l'évolution dans le temps en analysant les transversalités. L'innovation socio-économique est le produit d'un groupe, d'une collectivité, même si à l'origine il y a souvent un «fondateur» : celui qui a eu l'idée et qui a servi de catalyseur.

Quels sont les critères de valeur qui doivent être appliqués aux activités économiques ? Leur potentiel total en emplois ou leur régularité par rapport à la loi, favorisant l'intégration des personnes concernées, sont des réponses possibles.

Ce passage du travail irrégulier à l'emploi régulier est entravé par plusieurs facteurs: le plus important, semble-t-il, ne tient pas aux intentions des individus et des groupes sociaux concernés, mais réside dans la viabilité économique trop aléatoire des activités créées.

Un passage de l'économie informelle à l'économie formelle, au travers de certaines expérimentations du Troisième Programme Communautaire pour «l'intégration économique et sociale des groupes les moins favorisés (1989-1994)» s'est réalisé sur certains sites ruraux, au moyen d'une augmentation des capacités professionnelles des populations. La question de la formation et des modalités à mettre en œuvre pour l'assurer de manière efficiente se pose alors.

L'environnement réglementaire induit ou facilite le passage entre deux formes d'économie, dans le sens d'une régularisation des activités dites souterraines.

Au-delà de l'aspect administratif ou réglementaire, comment concilier le choc «des cultures» entre une culture de débrouillardise - qui confère d'ailleurs à ceux qui la pratiquent des atouts pour s'intégrer dans leur milieu - et une culture économique régie par des règles dont ils sont peu familiers et qui les positionnent de manière défavorable.

CITOYENNETÉ

On pourrait rappeler ici l'importance des appartenances collectives, de la préséance des engagements personnels sur les formalisations «juridiques» comme règle intervenant dans les rapports sociaux (cf. Daniel Bizeul, Ed. l'Harmattan).

Le passage entre les deux économies doit s'opérer avec, et non contre, les populations concernées, en les accompagnant dans leurs projets pour favoriser la réussite de leurs entreprises.

Ainsi conçu, le développement est centré en priorité sur l'homme et non sur les moyens, les procédures et les réalisations, contribuant par le fait même à la promotion de la dignité et de la citoyenneté.

Les agents de développement s'épuisent en vain chaque fois qu'ils veulent, ou tentent d'activer les gens dans les projets que ces derniers ne font pas leurs.

A contrario, l'action est mobilisatrice lorsqu'elle part des désirs profonds des premiers concernés. Elle sert alors de support à la reconstitution du tissu social en permettant à ceux qui en éprouvent le désir d'entrer en relation.

Le lien social pour être rétabli, nécessite un lieu d'accueil non marqué institutionnellement où chaque individu se sent «bien» et libre. Chacun doit pouvoir se ressourcer à partir de sa propre logique individuelle, retrouver des éléments de mobilité, sortir d'un discours imprécis pour acquérir un «savoir de position» fondé sur une pratique de la responsabilité et de la négociation. La lutte contre l'exclusion est avant tout l'affaire d'une mobilisation sociale (et non d'une réponse technique) de tous les acteurs publics et privés.

L'insertion est à la fois l'affaire des exclus et celle de la société qui les a exclus. Dans la société post-industrielle, le lieu de l'habitation est aussi important que le lieu de travail pour construire l'insertion.

Pour réussir, ce partenariat a besoin que les engagements des uns et des autres soient contractualisés, la réalisation du projet procédant par ajustements successifs et étant l'objet de décisions concertées de toutes les catégories de partenaires. Pour le politique, s'occuper avant tout de problèmes des gens, c'est-à-dire des vrais problèmes de la cité, est une façon concrète de restaurer la légitimité du politique (cf. G. Logie, «La pédagogie de la participation» in Territoires, 12/92).

Mener la négociation en groupe est souvent un facteur décisif. Dans certains cas, une structure de médiation peut servir d'interface pour faciliter le dialogue entre les porteurs d'un projet et les institutions qui lui sont

étrangères au départ. La mobilisation pour des projets de développement économique local s'effectue à partir d'un territoire. Le territoire, c'est d'abord cet espace que l'individu s'approprie et qui participe à la construction de son identité et lui confère un sentiment d'appartenance. C'est aussi un «espace à géométrie variable», c'est-à-dire où la dimension sociologique et géographique varie en fonction de l'importance des projets à mettre en œuvre.

L'insertion par la dimension économique (apports des ressources, production, consommation) ne peut donc se réduire uniquement à l'insertion par l'emploi.

Pour conclure cette réflexion, certaines pistes doivent être abordées simultanément pour enrichir et compléter le développement socio-économique des territoires fragilisés des villes :

- a) au niveau national, européen, voire mondial, effacer le taux de croissance;
- b) favoriser un nouveau modèle d'entreprise (insertion);
- c) créer un partenariat plus global entre tous les acteurs de notre société;
- d) jouer le jeu des services de proximité est une quatrième piste.

Il y a là un gisement de besoins qui répond aux nécessités de la vie moderne et qui doit être organisé sur une base professionnelle, les associations ayant un rôle important à jouer pour organiser le marché, le gérer et en faire un instrument de promotion pour les personnes. Enfin, il s'agit de faciliter toutes les formes de dévolution des gains de productivité en temps libre choisi.

Il n'y a plus d'idées simples pour redonner à chacun la place qui lui est due. Mais il y a beaucoup de pertes riches. Concilier la compétitivité - concept dont il faut enrichir le contenu, autant qualitatif que quantitatif - la cohésion sociale et la prévention de l'exclusion. ■

*Thierry Doyen
Ingénieur Conseil 3^e cycle IDCE Angers
Secrétaire d'Administration à la Cocof*

Le Centre de documentation de Question Santé est à votre disposition pour toute recherche d'informations, d'adresses, de documents, d'outils pédagogiques. Les documents ci-dessous peuvent être consultés sur place.

Centre de Documentation
rue du Viaduc 72 - 1050 Bruxelles
Tél : (322) 512 41 74
Fax : (322) 512 54 36
Personne contact : Henri Amzel

Bibliographie de documents récents

Adresses psycho-sociales d'urgence & répertoire des associations et services aux patients. - Bruxelles : Collège Royal des Médecins de l'Agglomération Bruxelloise, 1998. - 128 p. - adres., index. - *répertoire*

Bruxelles ville "Sociale" ? - Bruxelles : Conseil Bruxellois de Coordination Sociale. - In : BIS - Bruxelles Informations Sociales, n° 141, 1998-03. - pp. 9-17. - adres. - *dossier*

Faire face aux maladies infectieuses à l'école / Jonckheer P. (Dr), Kinna F., Trefois P. (Dr). - Bruxelles : Question Santé, 1998. - 48 p. - *brochure* - 3 timbres à 17 bf (frais d'envoi).

Faire face aux problèmes de santé à l'école / Question Santé, Administration de la Santé : Service de l'Inspection Médicale Scolaire, Croix-Rouge de Belgique, Educa Santé. - 2e éd. - Bruxelles : Question Santé, 1998. - 36 p. - index. - 50 bf. - *brochure* - 3 timbres à 17 bf (frais d'envoi).

Inventaire des groupes d'entraide en Communauté française de Belgique. - Bruxelles : UNMS - Union Nationale des Mutualités Socialistes : Service Promotion de la santé, 1998. - 62 p. - adres. - *répertoire*

Le Moutard me monte au nez : ou comment ne pas en arriver là! : premier épisode. - Bruxelles : ONE - Office de la Naissance et de l'Enfance, 1998. - 12 p. - ill. - *brochure*

Les drogues dans l'histoire : entre remède et poison : archéologie d'un savoir oublié / Rosenzweig M.; Prospective Jeunesse. - Paris ; Bruxelles : De Boeck & Belin, 1998. - (Comprendre). - 110 ff - 660 bf - 30 cad\$. - *livre*

Les médecins généralistes bruxellois et l'euthanasie : attitudes et pratiques en 1997 / Delvaux N., Razavi D., Farvacques C. (Coord.); Slachmuylder J. L. (Stat.); CAM. - Bruxelles : Administration de la COCOF - Commission Communautaire Française : Service Santé, 1998. - (Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française ; 5). - 103 p. - tabl., biblio. - *étude*

Liste des mutualités, des offices régionaux et des centres médicaux régionaux : Répertoire des unions nationales de mutualités et des mutualités de Belgique : classement par numéro d'identification. - Bruxelles : INAMI - Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité - Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, 1998-01. - 21 p. - adres. - 50 bf. - *répertoire*

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

Moins de déchets ? Chiche! : enquête publique sur le Plan de prévention et de gestion des déchets 1998-2002 en Région de Bruxelles-Capitale : 19 janvier-18 mars 1998. - Bruxelles : IBGE - BIM - Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement, 1998. - 23 p. - *brochure*

Outil didactique sur le tabac : enseignement secondaire. - Bilbao (Espagne) : Edex, 1997. - adressé à l'enseignement secondaire, il comprend "Dossier informatif" + "Répertoire d'activités" + "Guide pour arrêter de fumer"; adapté en français en collaboration avec la FARES. - *dossier pédagogique*

Passeport Question Santé 98-99. - Bruxelles : Question Santé, 1998. - 26 p. - tabl., adres. - 2 timbres à 17 bf. - *brochure*

Prise en charge de la tuberculose en médecine générale: guide pratique : 1998. - Bruxelles : FARES - Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé ; SSMG - Société Scientifique de Médecine Générale, 1998. - 32 p. - adres. - *brochure*

Vivre à la campagne / Brixi O., Poindron P.-Y. (coord.). - Vanves : CFES - Comité Français d'Education pour la Santé. - (Les dossiers de la Santé de l'homme ; 33). - In : La Santé de l'Homme, n° 333, 1998-03. - 24 p. - 34 ff. - *dossier*

Secrétariat de rédaction :
Françoise Kinna

Comité de rédaction :
Dr Robert Bontemps
Thierry Doyen
Thierry Lahaye
Dr Roger Lonfils
Solveig Pahud
Dr Aldo Perissino
Luciane Tourtier
Dr Patrick Trefois

Graphisme :
Carine Simon

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



Une réalisation de l'asbl Question Santé
Tél. : 02/512 41 74 Fax : 02/512 54 36
E-Mail : question.sante@skynet.be



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

DANS NOTRE PROCHAIN NUMÉRO : participation et santé