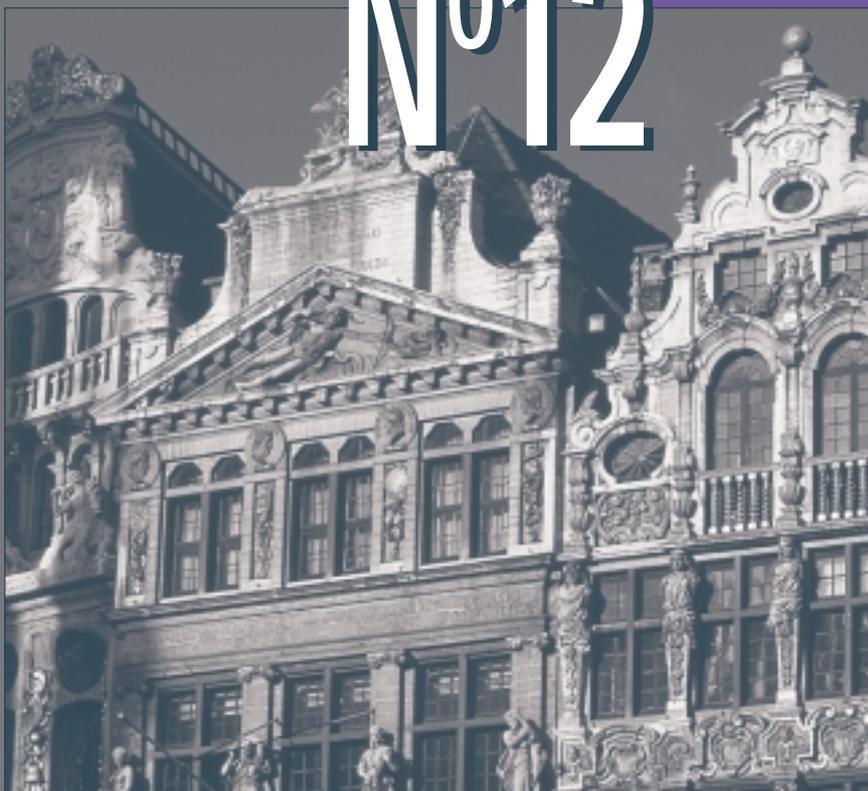


BRUXELLES SANTÉ

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°12 - décembre 98

N°12



Sommaire

- 2 à 7** **En direct de...**
Matonge-Ixelles
- 8 à 14** **Dossier**
Participation communautaire et santé
- 15 - 19** **Initiatives**
- Prévention Suicide
- Télé-Accueil Bruxelles
- Continuité des soins hôpital-domicile
- 20 - 21** **A la recherche de...**
La santé des Belges
- 22 - 23** **A propos de...**
La participation c'est la santé
- 24** **Documentation**



Bureau de dépôt
Bruxelles 5

BELGIQUE
P.P.
1050 BRUXELLES 5
1/6233

Comment promouvoir les droits du patient à Bruxelles ?

Il a fallu attendre mars 1994 pour qu'une conférence européenne relative aux droits des patients soit organisée par l'OMS. Cette entreprise a rencontré un très grand intérêt de la part des trente-six États qui y ont participé.

Ainsi, cette initiative a débouché sur la rédaction d'une première Charte des Droits du Patient. Le contenu complet du texte développe les notions d'information du malade, de son contentement, de la confidentialité, du respect de la vie privée, des soins et traitements, et enfin des moyens mis en oeuvre. C'est afin de sensibiliser la population bruxelloise à cette problématique, qu'une proposition de résolution relative à la promotion des droits des patients a été déposée en février 1998 à l'Assemblée de la Commission Communautaire Française.

Dans cette proposition, nous insistons notamment sur l'importance d'établir des relations bénéfiques entre les médecins et le personnel médical d'une part, et les patients d'autre part, et sur la nécessité de défendre une médecine tournée vers les besoins de la Personne, et tout particulièrement de la plus fragile (personnes âgées, isolées, malades chroniques et enfants).

Ce texte actuellement soumis à l'avis du Conseil consultatif de la Santé afin d'en définir les modalités d'application sera ensuite discuté à l'Assemblée et nous espérons qu'il sera prochainement adopté par une large majorité de conseillers francophones.

*Isabelle Molenberg
Françoise Schepmans
Députées bruxelloises*

En direct de...

Matonge-Ixelles

Matonge-Ixelles; le nom trahit son origine. C'est du lingala, l'une des trois langues les plus couramment parlées en République Démocratique du Congo, la langue de l'ex-pouvoir. Et, effectivement, dans le quartier d'Ixelles, la dominance est congolaise. Pourtant, Matonge-Ixelles n'est pas que congolais. Ce serait même «le» quartier africain de Bruxelles.

Partant du postulat selon lequel la population africaine est traditionnellement considérée comme un peuple «ouvert», où la notion de «famille» est essentielle, où le «lien social» existe «par essence», nous sommes allés à la découverte de ce quartier. Histoire de voir si l'appropriation de cet espace par les Africains était bien liée à un processus de structuration communautaire. La réalité n'a pas réellement rejoint nos certitudes...

Quelle que soit l'heure à laquelle on y passe, le quartier semble perpétuellement animé. Le jour, les mamans noires occupent le trottoir et discutent avec force mouvements d'un nouvel arrivage de wax (tissus colorés typiquement africains), les voitures stationnent en double file et déchargent leur lot de marchandises. A l'intérieur des Galeries, les clients attablés aux terrasses sont surtout Africains. La nuit, «les néons s'allument, les restaurants et nganda's (cafés) ouvrent leurs portes, il y a plus de monde, l'ambiance monte... Matonge-Ixelles, c'est un petit air de Kinshasa sous le ciel bruxellois.»¹

Matonge : de Kinshasa à Ixelles

Matonge, le nom remonte aux prémices de l'urbanisation de Kinshasa. Il y avait alors, dans l'actuelle zone de Kasavubu, une portion de brousse particulièrement fréquentée par les amateurs d'un fruit rouge et sùret, le Matonge. Le quartier construit à cet endroit en prit, naturellement, le nom. Très vite, il devint un lieu très populaire et très animé de Kinshasa. «On y trouve le jour, un grand marché, des commerces en tout genre, des échoppes un peu partout et beaucoup, beaucoup de monde.»¹ La nuit, il y a toujours autant de monde; la fête est permanente. Du nom de ce quartier animé de la capitale congolaise, est né celui d'Ixelles. Pour Gertrude Kafuka, médiatrice sociale à la commune d'Ixelles: «tout a commencé dans les années '70 avec deux ou trois boutiques, pas plus. Le personnel de l'ambassade africaine, rue Marie de Bourgogne et les étudiants boursiers qui logeaient à la Maison Africaine, rue d'Alsace Lorraine, venaient y faire leurs courses. Les deux points d'ancrage, c'étaient la Maison Africaine et l'ambassade. Voilà d'où ça vient. Maintenant, je ne sais pas comment les gens en sont venus à baptiser ce quartier Matonge. C'est sans doute comme ça, parce que pas mal de «Noirs» venaient y faire leurs courses. Ils se sont dit, ça nous rappelle Matonge à Kinshasa, où ça vit la nuit, le jour, ... Petit à petit, les commerces belges ont été repris par des Africains. C'est

pas que les Belges se soient sentis obligés de partir, pas du tout. En fait, beaucoup partaient à la retraite et se sont vu proposer de reprendre leur commerce par des Africains. L'intégration a été progressive, pas brutale. Ceux qui sont restés, comme par exemple le disquaire, est en réalité un Italien. Petit à petit, il s'est spécialisé en musique africaine. Il y a aussi «madame Chapeau» qui continue à vendre ses chapeaux mais n'en vit plus. Elle fait d'autres choses que ces chapeaux. Je crois qu'elle s'est mise à la couture. Je suis sûre que si elle partait, ce serait un Africain qui reprendrait son commerce.»

Karel Deceuninck, président de l'Association des Commerçants de la Porte de Namur nuance quelque peu cette explication de l'implantation des commerces africains dans le quartier. Pour lui, la reprise des commerces existants s'explique par le non-investissement des propriétaires. «Dans les années soixante, la galerie d'Ixelles, c'étaient des dizaines de magasins chics, mais les propriétaires se sont contentés d'encaisser et n'ont jamais investi. Résultat: il y a une dizaine d'années, on s'est aperçu que les murs étaient pourris, les canalisations bouchées, ... Quand les commerçants belges ont pris leur retraite, seuls des étrangers ont accepté de louer. Aujourd'hui, le phénomène recommence avec une deuxième vague : quand quelque chose se libère, ce sont les Asiatiques qui le prennent.»



Photo : © Bénédicte Meiers

Matonge est évidemment un lieu de rencontre - et pas seulement pour les musiciens congolais (l'ex-Zaïre est un des plus grands centres de la musique africaine). Pour ceux qui sont un peu en vue dans la communauté, Matonge est presque un passage obligé. Oh, ils ne font que passer, ils viennent seulement acheter du riz... N'empêche qu'on les a vus. En fait, à Matonge, on finit toujours par tomber sur la personne qu'on recherche. Le quartier est tellement connu, qu'un jour, un Africain qui débarquait à Bruxelles avec 1000 francs en poche, sans savoir où aller, a été conduit directement à Matonge par le chauffeur de taxi auquel il s'adressait ! Et, de fait, peu de temps après, quelqu'un a amené le nomade forcé au Petit Château pour introduire sa demande d'asile...»

Petit historique de l'immigration congolaise en Belgique

«La Belgique a conclu avec le pays d'origine des quatre grandes communautés étrangères présentes dans notre pays (italienne, espagnole, turque et marocaine) des accords dans le but de faire venir de la main d'œuvre. Contrairement à ces pays, il n'y a pas eu de tels accords avec le Congo. Sans tenir compte de la question des réfugiés, les immigrés congolais ou d'autres régions d'Afrique noire sont venus de leur propre initiative soit pour travailler, soit pour étudier. L'absence d'une présence importante de la communauté congolaise en Belgique, alors qu'elle a été une colonie belge peut sembler paradoxale. Elle s'explique à la fois :

- par une volonté politique : la colonisation belge fut davantage une colonisation d'exploitation que de peuplement, et la volonté a été, pour préserver le prestige du «Blanc» d'éviter le séjour d'Africains en Europe avant l'indépendance;
- par des facteurs démographiques : la faible densité de population et le déséquilibre démographique caractérisant le Congo;
- par des raisons économiques : après la deuxième guerre mondiale, le Congo avait besoin de main d'œuvre pour son secteur des mines et de la construction.

Ce n'est que dans les dernières années de la période coloniale belge qu'une ouverture frileuse vers une élite congolaise s'amorce mais uniquement en direction des émancipés. Ainsi, ce n'est qu'à la fin des années cinquante que les premiers étudiants zaïrois arrivent dans les universités belges. Avant l'indépendance du Zaïre, les quelques Congolais présents en Belgique sont essentiellement des religieux, ou des anciens employés de

la Compagnie maritime belge. A partir de 1960, la présence zaïroise se marque plus nettement. En 1961, l'Institut National des Statistiques enregistre 2858 Zaïrois en Belgique dont 38% sur Bruxelles. Il s'agit essentiellement d'étudiants, de cadres et en faible proportion de travailleurs immigrés. Des accords de coopération culturelle sont signés entre la Belgique et le Zaïre, (...), jusqu'en 1974, date à laquelle le gouvernement belge arrête l'immigration des travailleurs. Après l'arrêt de l'immigration, les demandes d'asile politique sont en augmentation. La loi Moureaux de décembre 1980, exigeant que les étudiants étrangers fassent preuve de moyens de subsistance suffisants et d'une prise en charge par un garant belge, ainsi que la suppression de bourses d'études par le gouvernement zaïrois en juin 1982, augmentent ces demandes. Fin 1982, la Belgique accueille 189 réfugiés politiques zaïrois. Les demandeurs déboutés quittent la Belgique vers la France, l'Allemagne ou la Hollande; ou alors disparaissent dans la clandestinité.»

Source : Sociologie du quartier Matonge, Un coin d'Afrique à Ixelles, étude de l'asbl Reform, Décembre 1997

Le revers de la médaille

Selon l'étude réalisée par l'asbl Reform, le quartier est jugé chaleureux par une écrasante majorité des personnes interrogées (93,5%). Pourtant, plus de la moitié (60%) n'aimerait pas y habiter. Si on consulte les statistiques des résidents ixellois, en considérant l'unité territoriale Centre d'Ixelles-Arbre Bénit (ce qui ne correspond pas exactement aux limites de Matonge), on constate que les Belges sont les plus nombreux (60,5%) et que les Congolais n'arrivent qu'en huitième position, avec 1,3% (3,4% des étrangers). Ces chiffres sont proches des chiffres correspondants pour l'ensemble d'Ixelles: 68,2% de Belges, les Congolais représentent 1,3% (4,1% de la population étrangère). Ainsi, on se doit de relativiser le côté africain de tout le quartier. La plupart des commerçants africains n'y logent pas. «Matonge ne doit donc sa qualification de quartier ethnique africain qu'à sa composition commerciale et à sa fréquentation, pas à sa composition résidentielle». ¹

Pourquoi ? Pour Maureen Louhenapessy et Pascal Bariani : «les relations avec les agents de l'ordre public n'ont pas été et ne sont pas toujours faciles. Des commerces ont été fermés par les autorités communales; l'hygiène dans les restaurants peut laisser à désirer. Le

quartier a été plus «mêlé» dans le passé, aujourd'hui cet aspect-là se dégrade. Même les autres Africains considèrent Matonge comme un fief congolais, ce qui engendre des frustrations chez eux (notons cependant que cela commence à se diversifier, avec les restaurants camerounais, p. ex.). Certains Africains évitent Matonge, passent en coup de vent ou vont voir ailleurs : c'est un quartier populaire - ce qui peut déplaire à certains - et surtout il a une réputation d'immoralité. Vols et petits trafics, alcool, agressions et bagarres, drague et relations illégitimes... Des jeunes investissent de plus en plus le quartier, dont on ne sait pas trop ce qu'ils viennent y faire. Les femmes mariées ne veulent pas que leur mari vienne à Matonge, et vice-versa : plusieurs couples se sont séparés à cause de ça. Même au pays, on avertit les jeunes filles qui partent pour l'Europe de ne pas fréquenter le quartier. Il y a là, naturellement, un aspect culturel : on ne peut pas imaginer qu'une jeune femme seule s'assoie dans un café uniquement pour boire un verre; cela suscite aussitôt des questions. Mais il y a aussi une réalité «prostitutionnelle» bien visible (même si ce n'est pas de la prostitution au sens où on l'entend en Belgique, et si cela porte d'ailleurs un autre nom), celle du *Make me shine, make me white* : vêtements brillants, peau éclaircie.»

La résurgence de problèmes tels que le tapage nocturne, l'hygiène dans les lieux publics, la petite délinquance a amené les autorités communales d'Ixelles à engager une médiatrice sociale : Gertrude Kafuka.

« En fait, moi j'ai été engagée dans le cadre des contrats de sécurité et de société. Normalement il y a deux volets à ce travail : la prévention et le social. Dans le volet social, il fallait s'occuper de l'intégration des populations défavorisées et de la cohabitation des différentes communautés vivant sur Ixelles. Pourquoi Matonge ? Parce qu'il y avait quand même quelques problèmes. Les autorités communales parlaient des problèmes de tapage nocturne, d'hygiène et de drogues. Du côté de la population, il y avait certaines plaintes au niveau de tracasseries policières. Il fallait donc comprendre ce qui se passait au niveau de ces différentes demandes. J'ai donc fait ma petite enquête auprès des gens qui travaillaient à Matonge (à la Maison Africaine, au Foyer Africain et auprès de pas mal de commerçants). Je me suis rendu compte qu'il y avait surtout un problème latent (un problème qui n'était pas soulevé), c'était celui du séjour en Belgique. Parmi les gens qui viennent à Matonge, il y a, par exemple, des commerçants qui ont une carte de résident d'une validité de 5 ans. Mais autour de ceux-là il y a en a qui ont des problèmes pour se stabiliser ici en Belgique. Etant donné leur situation précaire, il a fallu

donc dans un premier temps voir comment on pouvait arriver à les intégrer dans la société belge. Ce fut le premier volet auquel je me suis attaquée, à savoir les permanences sociales. Les demandes qui venaient étaient surtout des demandes de permis de séjour, d'allocations familiales et de naturalisation. Il faut savoir qu'il y a pas mal de Congolais qui souhaitent acquérir la nationalité belge. C'était donc davantage un boulot d'information entre les personnes et les différents services de l'administration. Jusque là, je peux dire que les choses se sont bien passées, puisque d'un côté comme de l'autre, on est parvenu à me situer. Parce que c'est vrai qu'au début on pouvait se demander ce que j'allais faire. Les choses étaient claires au niveau du bourgmestre avec lequel j'ai eu un entretien et qui m'a dit ce qu'il attendait de moi : à savoir que le tapage nocturne s'arrête et que les choses s'améliorent au niveau de l'hygiène. C'était vraiment quelque chose qui lui tenait à coeur. D'ailleurs au niveau du tapage nocturne, certaines choses avaient déjà été faites comme la fermeture des établissements à 1h du matin. Les gens qui continuent au-delà travaillent de manière plus discrète, ils diminuent le son, etc. Au niveau de l'hygiène, depuis que je travaille je n'ai réellement vu que deux établissements qui ont été fermés pour de tels problèmes. En fait, les fermetures étaient plutôt dues à des problèmes administratifs.»

La solidarité à Matonge

Pour le Docteur **Mwalaba**, médecin-directeur du Centre Africain Promotion Santé *, «les Africains sont fondamentalement, spontanément solidaires, quel que soit le problème. Par exemple, quand il y a un deuil ici, en Europe, la communauté se mobilise pour que la personne qui vient de perdre un parent proche soit soutenue socialement et moralement. Cette mobilisation est aussi matérielle : chacun cotise. En fait, un Africain ne peut être dissocié de la notion de famille; il ne peut pas se concevoir, il ne peut même pas concevoir sa liberté sans l'appartenance à une famille. Si vous voulez faire mal à un Africain, dites-lui : «Tu ne fais plus partie de ma famille»... En Europe, un enfant qui a une vingtaine d'années veut faire ses valises et quitter ses parents pour «vivre sa vie». Chez nous, c'est impensable, ce serait comme couper ce cordon ombilical qu'est la famille : «Où iras-tu, que feras-tu sans ce lien avec ceux qui t'ont mis au monde, qui t'ont élevé ou gardé jusqu'à ce jour ?»...

* CAPS, rue Longue Vie, 56 à 1050 Bruxelles.
Tél.: 02/511 58 49

Ce lien social est très fort, très ancré culturellement en Afrique. Sans cela, comment expliquer que le Congolais qui n'a même pas un revenu de 5 ou 10 \$ par mois puisse entretenir une famille de 7 ou 8 enfants?... Cette solidarité se manifeste aussi pour les migrants : quand il arrive dans un pays, un Africain a toujours une adresse, un point de chute, un nom. Ce n'est pas vrai seulement pour l'Afrique centrale, c'est la même chose dans le Maghreb».

Pour Gertrude Kafuka, «le lien social est présent chez tout le monde. Je ne crois pas que ce soit juste africain. Le lien social a l'air moins important dans votre société parce que les gens se sentent plus à l'aise, plus individuels. Ils se disent qu'ils ont moins besoin de l'autre, parce que «je» me suffit plus ou moins à moi-même. Alors c'est vrai, on ne recherche pas tellement le lien social mais quand on est dans un pays étranger, qu'on ne se sent pas bien, là il y a vraiment une nécessité. Je me dis que si les pays d'Afrique arrivent à se développer au même niveau que les pays européens, ce lien va devoir aussi diminuer. Chez vous aussi, dans le temps, il n'y avait pas de sécurité sociale et tout ça. Les enfants prenaient quand même les parents en charge jusqu'à leur mort. Mais maintenant que l'on ait ou pas d'enfants, cela ne cause aucun problème. En Afrique, ça pose un énorme problème. Si on n'a pas d'enfants, comment est-ce qu'on va vieillir ? Le lien existe, c'est sûr, mais si on atteignait ce niveau de développement, il diminuerait. On voit déjà quand on travaille, on n'a plus beaucoup le temps de rendre visite aux amis. C'est vrai que ça me fait très mal. Je suis dans un mouvement où je ne peux plus aller à un deuil comme je l'aurais fait si je ne travaillais pas. Mais étant donné que je travaille, je dois courir à gauche, à droite. Alors, on attend le week-end. Et puis le week-end, il faut faire ses courses, son ménage... On n'a plus beaucoup de temps. Et on se dit, dimanche si je peux aller au cinéma, visiter quelque chose ou quoi, voilà...»

En réalité, s'il y a une solidarité à Matonge, elle est limitée. «Si l'on compare l'ensemble des solidarités recensées à Matonge (associations socio-culturelles, professionnelles, groupements religieux) à celles qui sont exercées dans les villages et, dans une autre mesure, dans les villes d'Afrique, on constate une régression des pratiques de partage et de réciprocité (constatation valable à l'échelle collective). En toute logique, la crainte des sanctions négatives en cas de non-respect de ces valeurs s'estompe aussi. Notons que celle-ci persiste au sein des deux seules pratiques solidaires traditionnelles (congolaises) : la participation financière en cas de deuil

et les organisations de tontines* (mozikis et likelembe). Ces sanctions se traduisent par une désapprobation des autres commerçants dans le premier cas, et par une exclusion de l'organisation dans le second.

Les solidarités pratiquées à Matonge et l'impact diffus qu'elles ont sur la population concernée ne permettent pas de parler de structuration communautaire. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette absence de cohésion : le premier est l'appropriation de l'espace par une population africaine hétérogène. Si, en général, les personnes rencontrées parlent volontiers du «quartier africain» et, s'ils se définissent comme appartenant à la communauté africaine, aucune structure solidaire collective effective n'est mise en œuvre.

Le modèle d'identification collective n'aboutit pas à la mise en place de mécanismes solidaires permettant une structuration unitaire et autonome. (...) On ne peut donc parler d'une communauté africaine à Ixelles. Le regroupement ethnique africain se limite, aujourd'hui, à une territorialisation commune établie autour d'une infrastructure ethnique. Celle-ci constitue, pour la population (...) un espace offrant un accès aux ressources culturelles et au maintien des identités. (...) Bien que les autochtones restent le groupe majoritaire, Matonge est associé à une visibilité et à un marquage symbolique important qui débouche sur l'image du quartier africain de Bruxelles.»¹ ■

** Associations de personnes versant de l'argent à une caisse commune, dont le montant est remis à tour de rôle à chaque membre. Le Petit Larousse Illustré, éd. 1994.*

*Propos recueillis par
Alain Cherbonnier et Françoise Kinna*

Sources bibliographiques :

1. Julie MARANGONI, Matonge-Ixelles : Ethnic Business et Types de Solidarités, Travail de fin d'étude présenté en vue de l'obtention du grade de Licencié en sociologie, septembre 1998

2. Sociologie du quartier Matonge, Un coin d'Afrique à Ixelles, asbl Reform, décembre 1997

Participation communautaire et santé

Synthèse d'un colloque

Le 6 octobre dernier, l'ASBL Santé Communauté Participation proposait un colloque, organisé par Question Santé, autour de la santé communautaire. Cette journée, qui a rencontré un franc succès (environ 300 participants), abordait plusieurs aspects du développement communautaire : les acteurs, l'intersectorialité, la participation de la population, le diagnostic communautaire...

Nous en proposons ici une synthèse qui ne prétend pas à l'exhaustivité mais tente de dégager les lignes de force. Cette synthèse est enrichie de notes prises lors de deux ateliers qui ont eu lieu le 7 octobre, avec MM. O'Neill et Jacquier.

Santé communautaire, qu'est-ce à dire?... Ce terme désigne un ensemble de programmes, d'actions ou de projets dont le point commun est de conjuguer actions de santé et préoccupations des citoyens. Cette perspective tente de dépasser la prévention des problèmes médico-sociaux pour viser la qualité de vie et le changement social. Elle considère les citoyens, pris individuellement et collectivement, comme des acteurs de leur propre santé. Mais, au-delà des mots, comment se concrétise cette approche de la santé?... Pour répondre à cette question, le colloque a donné la parole tant à des experts qu'à des acteurs institutionnels et à des intervenants de terrain.

Philippe Macquet (Maison de la Promotion de la Santé, Lille) souligne d'emblée un paradoxe de l'approche communautaire : le désir d'intervenir des acteurs du développement social en santé se heurte à la difficulté d'obtenir la participation de la population. Mais qui sont ces acteurs? Quelle perception ont-ils d'eux-mêmes et des autres? Et comment les interrelations entre les différents acteurs peuvent-elles faciliter la démarche de santé communautaire?

Quatre grands groupes d'acteurs sont en présence : les institutionnels; les habitants; les professionnels de 1^{er} ligne; les experts ou intervenants de 2^e ligne.

La santé communautaire doit s'appuyer sur ce qui se fait et se vit dans le quotidien des habitants. Il faut donc se demander quelle est cette réalité vécue, quelles sont les richesses, le tissu préexistants. Les actions de santé communautaire ne marchent que si des citoyens de base prennent part à ce qui va se construire. Sinon, on se contente de les associer à ce que nous, professionnels, faisons. Nous avons à apprendre de la population : à tout le moins, nous n'avons pas les mêmes savoirs. Mais il ne faut pas se cacher la difficulté de l'opération : beaucoup d'habitants sont sceptiques, indifférents ou baissent vite les bras. Ce constat a d'ailleurs été confirmé, l'après-midi, par plusieurs participants aux tables rondes : ainsi, Nathalie Thomas (Service de santé mentale Le Méridien, Bruxelles) dira qu'il est très difficile de maintenir un équilibre entre le désir de résultats concrets et rapides généré par le diagnostic communautaire, et la nécessité de prendre du temps pour construire un projet.

Le professionnel de proximité est aussi bien commerçant ou concierge d'immeuble que médecin généraliste ou travailleur social : c'est quelqu'un qui a un lien direct avec les habitants - lien qui est à la base du travail communautaire en santé. Le rôle de ces professionnels de 1^{er} ligne est triple : écouter (càd. aussi commencer par dire quelque chose...); faciliter les échanges, la rencontre; accompagner les habitants dans une démarche de développement (= les aider à se développer, à mettre en œuvre leur propre capacité d'agir).

Les professionnels de 2^e ligne, d'abord jugés non indispensables, sont ensuite réclamés par les habitants; en effet, leur position externe apporte une distance par rapport à l'action. Le rôle de ces intervenants se résume en quatre points : méthodologie (apporter le soutien de la méthode, reformuler, etc.); médiation des conflits; aide à la décision; communication.

Enfin, il vaut mieux que les **acteurs institutionnels** - décideurs et/ou financeurs - n'interviennent pas trop tôt, sinon ils ont trop de poids dans les décisions. C'est autour d'objectifs, de projets, qu'un équilibre peut se réaliser entre les quatre groupes d'acteurs.

Philippe Macquet relève également que professionnels et experts ont l'habitude de se poser la question de la collaboration en ces termes : qui sont les autres ? Comment allons-nous faire ? Quels sont les résultats ?... Il propose de renverser la perspective et de se demander : que fait l'autre ? Qui sommes-nous ? Comment faire ?

1. Que fait l'autre? Adoptons ce parti-pris : les actions préexistent à notre désir de faire. Il faut bâtir notre action sur la reconnaissance des dynamiques qui sont déjà à l'œuvre. Il est d'ailleurs très libérateur pour les gens sur le terrain (professionnels ou non) de voir qu'on ne vient plus leur donner quelque chose, mais leur demander d'offrir quelque chose à partager. La première étape est donc de recenser ce qui se fait - une étape qui prend du temps et est un peu «fouillis» -, ce qui n'a pas d'importance en regard de la dynamique ainsi créée.

2. Qui sommes-nous ? Question que l'on peut subdiviser comme suit : de quel droit intervenons-nous (légitimité) ? Quelle est notre place ? Quels objectifs nous donnons-nous ? En particulier, il importe de respecter le principe de subsidiarité («chacun à sa place»). Sommes-nous toujours clairs quant à nos rôles professionnels ? Par exemple, une action locale implique un pilotage local et non une coordination institutionnelle à distance.

3. Comment faire ? C'est évidemment la question de la méthodologie. Comme elle a été déjà abordée dans «Bruxelles Santé» spécial 1998, nous nous bornerons à signaler ici la démarche à laquelle se réfèrent nos voisins du Nord/Pas-de-Calais, décrite dans la brochure «Développement social de quartier. La santé aussi» (voir la bibliographie en page 14).

Travail intersectoriel : l'ère du soupçon ?

On parle beaucoup d'intersectorialité, dit Michel O'Neill (Université Laval, Québec), et souvent en des termes

volontaristes et optimistes, comme si cela allait de soi. Mais la consultation de la littérature scientifique débouche sur un constat moins angélique : c'est surtout l'intérêt qui joue dans le maintien des collaborations intersectorielles. O'Neill se réfère à la théorie des coalitions de Gamson (1961). Cet auteur définit les coalitions comme des alliances temporaires entre des individus ou des groupes dont les buts sont différents. Il propose quatre paramètres prédictifs de la constitution et de l'évolution d'une coalition.

D'abord, les participants des actions intersectorielles amènent avec eux divers atouts, parmi lesquels la détermination, l'information, le prestige, les contacts, l'autorité liée à leur importance, leurs moyens financiers, etc. Deuxièmement, il y a les bénéfices que les participants entendent retirer de la coalition (NB : à ne pas confondre avec les objectifs de l'action). Fondamentalement, chaque membre espère obtenir des avantages qu'il n'obtiendrait pas en agissant seul. En général, ce ne sont pas les bénéfices immédiats mais les bénéfices futurs qui importent.

Troisième paramètre : les liens interpersonnels, le plaisir ou le déplaisir qu'éprouve chaque participant à travailler avec tel autre, quels que soient les atouts dont dispose celui-ci. Le dernier paramètre de Gamson est le mode de décision, la «règle du jeu» interne : vote majoritaire, recherche implicite du consensus, etc. Michel O'Neill en ajoute un cinquième : le contexte organisationnel et institutionnel, les règles définies par l'environnement du groupe intersectoriel : nombre de participants, fréquence des réunions, règles de négociation, conditions d'accès à l'information, degré d'autonomie des participants par rapport à leurs organisations respectives.

En étant attentif à ces différents indices, on peut éviter de se faire trop d'illusions sur le succès d'une action intersectorielle, voire éviter certains pièges. Quant à une analyse concrète des enjeux, Ph. Macquet et M. O'Neill conseillent les règles suivantes :

- repérer les acteurs majeurs dans une problématique donnée;
- décoder les intérêts de chacun (p. ex. jusqu'où le partage est-il possible ?);
- accepter ces limites, mais refuser un compromis sur les choix fondamentaux;
- dès le départ, jouer cartes sur table avec les partenaires.

Des francs-tireurs pour les quartiers en crise

Comme Philippe Macquet, Claude Jacquier (CNRS, Grenoble) a exercé des fonctions municipales. Il souligne d'emblée que l'on parle toujours des quartiers en crise en faisant des diagnostics «à charge», pour emprunter une expression au vocabulaire juridique. Pourquoi ? Quand on fait un diagnostic, on est contraint de se conformer aux énoncés politiques, lesquels nomment les situations par leurs aspects négatifs : chômage, échec scolaire, maladie, délinquance...

Mais la réalité de ces quartiers comprend aussi des aspects positifs : si le taux de chômage est élevé, qu'il atteigne 30 % parmi la population active, cela veut dire aussi qu'il y a 70 % d'actifs ! Il existe des compétences, des savoir-faire; ces quartiers accueillent les diasporas, ce sont des ponts pour des actions internationales; etc. On peut donc s'appuyer aussi sur les ressources. La question est plutôt : comment constituer ces populations comme des «interlocuteurs valables» ? En effet, les territoires en difficulté sont révélateurs de multiples faillites.

Faillite de la démocratie représentative : alors que les groupes de pression savent très bien accéder aux lieux de décision, ces quartiers sont très mal représentés politiquement. Sur le plan économique, ils connaissent des pratiques différentes des échanges monétaires - échange de services, troc, économie domestique, bricolage, travail au noir, vol - qui souvent permettent aux familles de vivre. Il faudrait en tenir compte pour savoir comment nos sociétés fonctionnent vraiment.

Sur le plan social également, on pourrait se demander comment les populations participent effectivement à la vie de la Cité : quelle articulation entre la Solidarité Sociale et les solidarités familiales et de proximité? Enfin, même sur le plan culturel, il existe de nouvelles formes de production (culture hip-hop, p. ex.) qui ne sont pas reconnues... sauf quand l'industrie s'y intéresse. Ici encore, nous avons souvent du mal à changer notre regard sur les habitants de ces quartiers, dont les ressources peuvent être importantes : dans une table ronde, l'après-midi, Patrick Colmann (Service Jeunesse, Ville de Dunkerque) citera l'exemple de jeunes qui, à la surprise générale, montent en deux temps, trois mouvements, un projet hip-hop international.

Les habitants de ces quartiers n'attendent *rien* des élus. Néanmoins, c'est politiquement qu'il faut traiter le problème. Cela ne peut ni ne doit venir «d'en haut»; il faudra réfléchir à des formes d'expérimentation et de négociation locales, arriver à des accords à partir des

rapports de force locaux. Cela implique des négociations dures, violentes. Mais la violence est inhérente à la vie urbaine : sous sa forme marchande, notamment, elle a toujours fabriqué la ville; c'est un mécanisme structurel.

On est à un moment nouveau de la vie des villes; l'urbanisation accélérée est terminée. Les dispositifs anciens (sectoriels) étaient adéquats pour «faire la ville». Aujourd'hui, on ne peut pas déplacer les populations qui sont là, on doit «faire avec» les gens. Pour cela, il faudrait :

- des **politiques transversales**, intersectorielles;
- une logique de **coproduction de services** (avec les usagers), autrement on arrive, par exemple, aux agressions de chauffeurs de bus;
- des **interfaces**, des médiateurs, qui font cruellement défaut : qui connaît la réalité sociale d'un quartier aujourd'hui?

Un nouveau mode de développement urbain est donc à lancer, qui devra s'attaquer aux mécanismes structurels qui créent de l'exclusion. Parmi ceux-ci, la bureaucratie, les routines, les pesanteurs administratives et réglementaires. Pour les dépasser, la seule solution, estime Claude Jacquier, est de créer des lieux d'innovation, d'expérimentation. En examinant les politiques menées aux Pays-Bas, en Grande-Bretagne, en France, en Scandinavie, il retrouve presque toujours cinq caractéristiques dans ces actions intersectorielles.

La territorialité : travailler à l'échelle du quartier, celui-ci n'étant pas «un petit village», mais un laboratoire, un lieu où on va pouvoir inventer quelque chose. Pour Claude Jacquier, le quartier, c'est *un lieu du possible pour construire des projets*. Définition on ne peut plus opérationnelle !... On choisira ce quartier en fonction des opportunités qu'il offre (critères stratégiques) : p. ex. une communauté déjà structurée. Il faut d'abord comprendre le milieu, en analyser les potentialités. Exemple : les parkings à la périphérie de Rotterdam, qui étaient dans un état pitoyable. L'idée «d'en haut», c'était de les raser. Des gens se sont dit : partons de ce qui existe, même si c'est délabré. A partir des stations d'essence, toute une série d'activités de services impliquant des habitants du quartier se sont mises en place à l'intention des usagers des parkings : nettoyage ou réparation de la voiture, plats à emporter, etc. **Le projet** : le secteur dans lequel il s'inscrit importe peu en soi... quoique, à la limite, le projet ait plus de chances de marcher s'il n'a pas l'étiquette santé, laquelle éveille tout de suite des connotations restrictives (médicales) et peut entraîner des retraits («c'est pas notre affaire»). Ici encore, c'est un critère stratégique qui joue dans le choix. Exemple : à Berlin, un projet démarre à partir d'une

zone sans enjeux, qui n'intéresse personne, à l'intersection de deux ou trois secteurs d'intervention : les cours à l'intérieur d'un îlot d'immeubles, pleines d'ordures, mal entretenues, vandalisées, etc.

Les autres caractéristiques sont la transversalité, évidemment, le contrat (il doit être authentique, chacun s'engageant sur des résultats) et la globalité, cette dernière étant la plus difficile à réaliser, tant les habitudes sont plutôt au découpage.

Le «carburant» de tout cela, ce ne sont pas seulement des compétences professionnelles, mais un certain art de faire (un savoir-être, si l'on veut). Il faut bien connaître le terrain, savoir observer, être à la fois braconnier et garde-chasse, et savoir choisir ses interlocuteurs : des «hérétiques» aux différents niveaux et dans les différents secteurs. Limites de cette stratégie de franc-tireur : un projet transversal est éphémère et il repose sur les épaules d'un petit nombre - en particulier le chef de projet, dont le travail est usant, et même exposé, y compris physiquement. Avantages : les individus sont revalorisés par rapport au système, et le politique (pas la politique ni les politiques) est revalorisé lui aussi. Clause Jacquier souligne avec force une idée trop souvent négligée : la fonction du politique, c'est aussi de prendre des risques.

Conjuguer pluriel et singulier?

Charles Burquel (Le Méridien, Bruxelles) se demande d'emblée dans quelle mesure le travail d'un service de santé mentale comme le sien - qui développe déjà une série d'activités au sein d'une communauté, en partenariat avec d'autres professionnels du monde médico-psycho-social - entre dans un cadre de santé communautaire.

La santé communautaire semble s'être développée en relation avec plusieurs facteurs :

- une opposition à la façon de travailler de l'hôpital psychiatrique et au modèle médical comme unique recours face aux problèmes de santé mentale;
- les déceptions engendrées par le faible impact social des psychothérapies individuelles et par les possibilités effectives de réponses aux difficultés vécues par la population, surtout lorsque celle-ci est marginalisée;
- un intérêt nouveau pour les problèmes sociaux et leurs conséquences psychologiques bien connues;
- une prise de conscience, chez les professionnels de la santé, de leur marginalité sociale, qui a amené certains (en Amérique latine p. ex.) à participer aux revendications de groupes socialement, politiquement et

économiquement exclus, notamment en créant des lieux de soins qui prenaient en compte le préventif comme le curatif.

On note un parallélisme avec la création, chez nous, des services de santé mentale, qui se veulent des services de proximité au sein de la population, dans une vision globale du problème (càd. en tenant compte du contexte particulier, social et culturel, où vit l'usager). Une politique s'est développée, dont les caractéristiques sont les suivantes.

1. La vision du psychisme est psychodynamique et comprend une analyse du contexte. Cela favorise la relation psychothérapeutique, qui prend en compte le sujet parlant, son inscription dans un système de filiation et d'affiliation, ses ressources propres, son insertion dans des réseaux familiaux et sociaux.
2. On ne vise pas la suppression du symptôme, qui est même considéré, paradoxalement, comme une solution au problème. Une vision interactive des problèmes permet de donner des ouvertures (un sens) face à des situations de souffrance.
3. La notion de réseau ne se superpose pas à celle de territoire. Il s'agit du réseau psycho-médico-social, qui se traduit par des partenariats non hiérarchiques entre organisations. C'est un lieu d'échange, d'évolution, qui représente à la fois une force et un danger.
4. En effet, des interventions multiples et diverses ne font souvent qu'accroître la dépendance des personnes. Nos interventions «au plus près» du patient et de sa famille risquent de nous faire entrer dans l'espace privé des gens. Attention au risque de devenir des intermédiaires de l'Etat, mandatés par décret.

La santé mentale est axée sur le singulier, mais pris dans son contexte relationnel et socio-culturel (donc collectif).

Le travail clinique vise à permettre à chacun d'accueillir ce qu'il y a d'étranger en soi. Le thérapeute touche à ce qu'il y a de plus universel mais aussi de plus singulier en l'homme, car chaque patient parlera de son histoire particulière et de celle de son groupe social, avec ses propres mots. L'écoute de l'autre comme un étranger - «quelqu'un dont on ne sait ce qu'il va dire» (position de non savoir) - est une condition pour que l'autre trouve sa propre parole. Cela ne peut se faire sans travailler sa propre culture d'intervenant professionnel.

Les objectifs de la santé mentale communautaire pourraient dès lors être définis comme suit :

- permettre aux personnes et aux familles de s'approprier ou de se réapproprier le sens de leur histoire à travers les avatars de leur vie sociale et culturelle;

- permettre aux intervenants de première ligne et aux habitants de s'approprier un type de travail basé sur certaines valeurs : lien social, solidarité, reconnaissance des savoirs et des compétences de tous.

Mais - deuxième question, un peu trop éludée lors de ce colloque : qu'est-ce qu'une «communauté»? Charles Burquel la définit comme :

- un niveau intermédiaire de regroupement social (entre familial et sociétal), proche et significativement important pour les individus;
- une localisation partagée qui facilite une certaine identité psycho-sociale;
- un ensemble d'interrelations et de liens communs.

C'est dans cette communauté que la personne cherchera non seulement des soins pour guérir (*cure*) mais de l'aide (*care*), et elle ne s'adressera ni exclusivement ni en premier lieu aux professionnels, mais d'abord à des aidants non professionnels et même à des personnes de son entourage qui ne se considèrent pas comme «aidants». Dans une perspective communautaire, on devrait avoir recours à ces ressources, et pas seulement aux institutions de soins.

La participation communautaire est un des axes de la promotion de la santé (mentale) : elle vise à ce que la communauté pense ses aspirations et ses problèmes de santé et les prenne en charge. La participation reste cependant soumise à de nombreuses limites, dues notamment à l'affaiblissement des liens sociaux. Il est donc nécessaire qu'un sentiment d'identité communautaire préexiste, et qu'une minorité active de la population semble mobilisable autour d'enjeux communs.

Tour d'horizon sur deux tables rondes

Il serait difficile et même fastidieux de décrire ici les huit expériences qui ont été relatées dans les tables rondes, dont l'une portait sur la participation et l'autre sur le diagnostic communautaire. En outre, ces expériences étaient déjà résumées dans la documentation fournie aux participants du colloque. Retenons donc les grandes lignes de ces tables rondes, gardant les à-côtés (qui ne sont pas toujours les moins intéressants ni les moins importants) pour une conclusion en forme d'ouverture.

Concernant le diagnostic communautaire, Nathalie Thomas dira que, si le terme peut avoir chez nous une

connotation médicale, il est pourtant issu d'un tout autre univers : celui de l'éducation populaire en Amérique latine (cf. Paulo Freire). Dans cette perspective, le diagnostic vient *de* la communauté; ce n'est pas seulement un préalable à l'action, mais déjà une démarche de changement social. Les principes :

- la communauté a en elle des ressources à mobiliser, mais aussi à se réapproprier... notamment par rapport aux professionnels;
- on part du vécu : qu'est-ce que les gens vivent - en positif comme en négatif - dans le quartier? Quelles sont les dynamiques d'entraide, les ressources utilisées dans le quartier?

Patrick Colmann met en avant l'intérêt d'une approche *qualitative* des questions de santé communautaire :

- comme on l'a déjà dit, les chiffres tendent à réduire la situation à ce qui ne va pas;
- même si l'on dispose de données quantitatives, il y a rarement des statistiques à l'échelle d'un quartier;
- «à territoire particulier, traitement particulier»;
- l'approche qualitative permet de mieux tenir compte de ce qui se fait déjà, de mieux connaître les réseaux éventuels et d'identifier les gens avec qui on pourra travailler par la suite;
- elle permet aussi de prendre le pouls de la population («épidémiologie du ressenti») : même si les chiffres disent que, non, l'insécurité n'est pas plus grande ici qu'ailleurs, la population peut ressentir que oui.

Une fois les informations réunies, il est très important d'opérer un retour - collectif - vers les personnes rencontrées. En effet, celles-ci se voient parfois pour la première fois; dès lors, des liens peuvent se créer. C'est aussi un moyen de valider les informations. Et, last but not least, c'est le signe que l'on respecte ces personnes.

Enfin, Jean-Claude Metraux (Appartenances, Lausanne) relève une limite, et peut-être même une contradiction des pratiques de diagnostic communautaire : quand on fait un tel diagnostic, on se positionne trop souvent comme professionnel extérieur à la communauté. Or, justement, *on ne peut pas faire de diagnostic communautaire si on est observateur externe*, on ne peut pas séparer l'observation de l'action. La «communauté des professionnels» se sent extérieure à la population et, comme elle se demande quoi faire, elle se lance dans un diagnostic. Il s'agirait plutôt, pour les professionnels, de réintégrer la communauté. A celle-ci de faire alors son

propre diagnostic communautaire et (inter)culturel; aux professionnels et aux habitants de réfléchir ensemble sur le sens qu'ils peuvent donner à une démarche communautaire.

Quant à l'objet de l'autre table ronde - **la participation**-, il est évident que, très souvent, le projet d'associer la population aux actions communautaires naît d'une critique du découpage de la santé en une série de tranches (alimentation, sécurité domestique, prévention des maladies...) et de la prise en compte des aspects sociaux, économiques, environnementaux de la santé. Pour autant, la participation communautaire n'est exempte ni de limites ni d'obstacles. On a déjà cité la difficulté d'associer réellement des habitants à la démarche.

Les conflits de territoires sont un autre écueil bien connu et toujours présent. Ainsi, Jeannine Tison (Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Valenciennes) cite le cas du projet de Développement Social Urbain à Denain : les barrages résidaient surtout dans la crainte des travailleurs sociaux de voir leur terrain envahi par les institutions, alors que les réussites se manifestaient par la dynamique des habitantes qui se sont investies dans le groupe des «mamans chouettes».

L'institutionnalisation présente elle aussi un risque, même si elle est souvent inévitable et parfois nécessaire. Il semble que l'on soit condamné à assumer ce paradoxe. En effet, d'une part on se désole du désintérêt des élus (voir notamment le cas de Cureghem) ou du manque d'interface avec eux, d'autre part on se méfie - à juste titre d'ailleurs - des «récupérations» politiciennes et de la mise en place de structures nouvelles qui, par la suite, peuvent obéir à une logique propre et s'éloigner des intérêts de la population.

Finalement, Jacques Morel (Fédération des Maisons Médicales, Bruxelles) se demandera si le bon citoyen doit vraiment être un «participant» à tous crins. Les professionnels ne sont-ils pas trop volontaristes en matière de participation des habitants? Après tout, les intérêts des uns et des autres peuvent être conflictuels : sommes-nous prêts à accepter ces conflits et à modifier notre offre de services en fonction de ceux-ci?

Conclusion : **quelques pièces du puzzle**

Pour conclure, épinglons simplement, et sans ordre particulier, quelques idées et notions évoquées au cours de cette journée. Tout d'abord, la notion d'**accompagnement**, qui, pour plusieurs orateurs, définit le rôle des professionnels dans un processus de santé communautaire. «Etre là, être avec, faire ensemble», résume Philippe Macquet.

Ensuite, le temps. Non seulement celui du calendrier, mais le **temps vécu**, qui, comme chacun sait, n'est pas le même pour tout le monde. Le rythme des planificateurs, celui des politiques, des gestionnaires, des chefs de projet, des différents groupes de population - tout cela est souvent fort différent. Claude Jacquier remarque que, dans son quartier, il y a un «cycle» de 7 ans pour les jeunes organisés en bande : c'est le temps qu'il faut pour que le groupe se dissolve après avoir été décimé (après arrestations, départs ou décès).

Autre aspect du temps : l'**histoire** du quartier. Remonter le temps est une des clés qui permettent aux gens de retrouver une continuité et, par là, de se (re)mettre en projet. Limite : il ne faut pas que le quartier ait connu un roulement de population trop rapide; si c'est le cas, l'enracinement des habitants est ailleurs.

Patrick Colmann met en exergue un troisième aspect : **prendre le temps**. Certes, le temps est plus souvent notre adversaire dans un contre-la-montre. Pourtant, on peut aussi s'en faire un allié. Prendre le temps permet d'être modeste, de respecter le terrain, de rassurer les gens («on est venu construire quelque chose avec vous»).

Cette notion de **respect** - de l'autre, de ce qu'il fait - a été mise en avant à plusieurs reprises. Elle est d'autant plus importante lorsqu'il s'agit de populations qui vivent des situations d'exclusion. Les gens en souffrance sont insécurisés, et l'effort doit d'abord viser à rendre confiance, à aider à reprendre pied, à rétablir l'estime de soi. «Monter peu à peu les marches ensemble», dit Patrick Colmann, citant un projet dunkerquois - une action-théâtre boudée par le secteur culturel («ce n'est pas de l'art»), qui a connu des hauts et des bas, mais qui a aussi permis un travail sur la parole, faisant déjà bouger beaucoup de choses. Etre écouté, être valorisé, ce n'est pas rien.

Ce qui nous amène à la notion de plaisir. Même du point de vue de la planification, cela compte! Michel O'Neill souligne que le plaisir de travailler ensemble est un facteur très important de réussite ou d'échec d'un groupe intersectoriel. Plaisir de réussir, également : quand on commence un projet, pourquoi ne pas adopter la «pédagogie du succès» et commencer par quelque chose de facile, d'assez neutre, mais qui permet de créer des ouvertures?

Du plaisir, passons à une notion proche, celle de désir. Pour Philippe Macquet, il faut dépasser la convergence des intérêts pour aller vers la convergence des désirs : désir de rencontrer et de partager, de dire, de faire des choses ensemble, de construire. Cela est-il contradictoire avec la notion d'intérêts, qui est fondamentale, comme on l'a vu? Au contraire : on doit être dans une démarche de convergence d'intérêts - ce terme étant pris positivement -, sinon cela ne peut être que pervers.

La question de la place des intervenants par rapport à la population a déjà été évoquée. Au-delà de l'ajustement des services en fonction des besoins de cette population, sommes-nous prêts, comme certains orateurs nous y invitaient, à reconsidérer notre place de professionnels? Car, si le professionnalisme est nécessaire, il peut aussi nous faire tomber dans le confort de la technocratie. Et, si nous exhortons les habitants à la responsabilité citoyenne, comment pourrions-nous, sans perdre toute crédibilité, nous cantonner dans un rôle technique? Par contre, si nous reconsidérons notre place, dans quelle mesure est-il possible de garder la distance nécessaire, sans laquelle on ne peut jouer le rôle d'accompagnement souligné plus haut?...

Autre aspect de la même question : comment communiquer avec une population qui, on l'a dit et redit, n'est pas souvent demandeuse, et que l'on ne connaît pas forcément bien? Trois réponses empruntées à Nathalie Thomas :

- passer par des intermédiaires qui ont la confiance de la population, p. ex. les membres d'un collectif d'alphabétisation;
- s'adresser aux associations d'habitants (comité de quartier, etc.). Travailler principalement avec des groupes structurés présente de toute évidence un biais (non représentativité), mais on n'a pas toujours le choix. Par ailleurs, on peut prévoir des espaces pour que les habitants non organisés - et qui ont bien le droit de le rester - aient l'occasion de s'exprimer. D'une façon générale, il est bon de garder un équilibre entre formel et informel dans un projet communautaire;
- travailler d'abord avec les intervenants de 1^{er} ligne qui sont implantés dans le quartier (ils sont parfois très

nombreux), dont certains font probablement déjà du «travail communautaire» sans le dire, et qui ont certainement des contacts, une expérience voire une expertise.

Cette dernière suggestion ne devrait pas nous attirer vers une dérive, qui serait de «rester entre soi», de se tourner uniquement vers les professionnels parce que l'on n'arrive pas à «tirer quelque chose» des habitants. A ce propos, clôturons en citant à nouveau Patrick Colmann, qui soulignait trois écueils éthiques :

- substituer «la richesse de la communauté» à notre incapacité à faire (ce qui équivaldrait à reporter sur la dite communauté le poids des problèmes);
- nous contenter d'aménager des situations invivables;
- entériner un système de santé à deux vitesses - l'action communautaire pour les pauvres, l'action individuelle pour les gens aisés. ■

Rapporteurs : A. Cherbonnier, P. Jonckheer, F. Kinna

Synthèse : A. Cherbonnier

Sources

- «Agir en promotion de la santé: un peu de méthode», *Bruxelles Santé*, n° spécial septembre 1997
- «Promouvoir la santé dans la ville. Réflexions autour de la concertation, la participation, l'évaluation, dans le cadre du concept «Villes-Santé», *Bruxelles Santé*, n° spécial septembre 1998
- «Les Politiques sociales», 1997, n° 1-2: *La santé communautaire, 2^e éd. avec le concours de la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale*
- «Susciter la santé communautaire», *Santé Conjuguée*, avril 1998, n°4, trimestriel de la fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones
- «Développement social et santé», *Société Française de Santé Publique*, coll. *Santé et société*, n°2, 1994
- «DSQ, Développement social. La Santé aussi», *Région, Préfecture et Maison régionale de Promotion de la Santé Nord/Pas-de-Calais*, décembre 1993 - janvier 1994
- «L'accès aux soins de santé : un droit pour tous», *Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale*, 2^eème édition, 1998
- «Le diagnostic communautaire, outil pour une expérience de promotion de la Santé mentale», *Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française*, n°7, 1998
- «Les Maisons Médicales», *Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale*, 2^eème édition, 1998

Le dossier de «Bruxelles Santé» est disponible sur Internet : <http://www.questionsante.org>

Un homme existe lorsque sa voix est écoutée

Cette phrase illustre la nouvelle campagne d'information lancée par le Centre de Prévention du Suicide depuis octobre.

Campagne à deux volets:

- un nouveau numéro d'appel 24h/24

gratuit: 0800/32 123

- un appel aux bénévoles.

Cette phrase met aussi en évidence un élément essentiel en matière de prévention du suicide, à savoir toute l'importance de l'écoute du «dire» suicidaire.

«Dire» suicidaire, en mots, en acte qui demande à être accueilli et entendu, tant il est vrai que réinsérer de la parole, du sens, en un mot, de la relation dans le contact avec une personne suicidaire peut désamorcer un processus dont on redoute l'issue.

Le suicide : en quelques mots...

La problématique suicidaire a toujours existé.

Mis au pilori par la religion, enfermé dans la maladie mentale en d'autres temps, objet de polémiques, de jugements, objet de science, de philosophie, figé dans le rejet et le silence de tous temps, le suicide s'est vu souvent enfermé dans des «savoirs» à propos de...

Ces mythes, croyances, savoirs, tabous peuvent être lus comme autant de tentatives de se protéger d'une réalité par trop difficile à vivre et à comprendre. Classifier, compartimenter, analyser, juger est une attitude bien humaine de prendre distance.

Cependant, à tous moments, la réalité nous interpelle. Chaque année, dans notre pays, plus de 2000 personnes se suicident, et plus de 20.000 tentent de se suicider. Et pour chacune: une famille, des amis, des connaissances, des collègues...

Si le suicide touche tous les âges, dans toutes les classes sociales, on constate toutefois une évolution inquiétante chez les jeunes. Deuxième cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans, première cause de décès chez les jeunes adultes entre 25 et 45 ans, cause importante de mortalité chez les personnes âgées, le suicide est une réalité de chaque jour. Autre phénomène préoccupant, les tentatives de suicide: chaque jour, 60 à 70 tentatives de suicide ont lieu en Belgique; plus troublant encore est le taux élevé de récidives.

Or, au-delà des chiffres, au-delà des croyances, le suicide parle avant tout de personnes. Il parle de leur souffrance, mal être, détresse. Il parle aussi des proches, de leur incompréhension, détresse, impuissance. Il parle de relation et de communication.

La réalité nous signale aussi que, qui que nous soyons, dans notre vie, dans notre profession, nous risquons un jour ou l'autre de rencontrer une personne suicidaire ou un de ses proches.

Actuellement, le tabou entourant cette problématique se fissure, du silence émergent des questions, comme si, peu à peu, nous acceptions que la personne suicidaire se rapproche de nous et que nous puissions l'écouter et l'entendre.

C'est la première étape de la possibilité d'une prévention du suicide.

Se mettre à l'écoute de la personne suicidaire permet de se rendre compte qu'elle n'est pas si différente de nous, qu'elle a des choses à nous dire sur ses difficultés de vie, ses difficultés à assumer ce qui lui arrive. Elle va nous parler de ras le bol, de ces moments où vivre a des relents d'impasse et où mourir est en sortir discrètement, par la porte du fond ou, au contraire, violemment, au plus fort de son angoisse, de sa souffrance et de sa colère. Ecouter son entourage nous fait rencontrer la peur, la culpabilité, le questionnement de l'attitude à avoir, des mots qu'il faut dire ou ne pas dire.

L'état de crise, l'ambivalence, le désir de communiquer et d'être compris font partie intégrante de la problématique suicidaire et de notre rencontre avec la personne suicidaire. Une grande part de la prévention va se trouver là, dans notre capacité à être là.

La prévention n'est pas là pour circonscrire, éviter à tout prix, formaliser, mais bien plutôt, elle a à «humaniser».

Le Centre de Prévention du Suicide

Le Centre de Prévention du Suicide existe depuis 1970, actuellement agréé et subsidié par la Commission Communautaire Française comme centre d'accueil par téléphone 24h/24, dans l'anonymat.

Communiquer ses idées suicidaires à ses proches est parfois difficile, voire impossible. Le Centre de Prévention du Suicide se veut un lieu d'écoute d'une parole possible, soulagée du jugement, des pressions affectives, des dynamiques familiales ou relationnelles, facilitant

l'expression de la vie émotionnelle, de l'ambivalence des sentiments, de leur lourdeur, de l'agressivité, de la honte, de la colère, de l'incommensurable et/ou interminable tristesse. L'anonymat et le secret contribuent à faciliter cette écoute, écoute, qui pour un temps dissout la tension, se penche sur les blessures, ouvre à la réflexion, à la prise de conscience.

Tout ce travail est fait également avec les proches qui nous appellent, ceux qui sont confrontés au désir de suicide, tentative de suicide ou suicide d'un parent, enfant, conjoint, collègue...

Chaque année, le Centre de Prévention du Suicide reçoit, en moyenne, 10.000 appels, 54 % de femmes, 32 % d'hommes.

50% des appels proviennent de personnes isolées, en crise, déprimées et/ou avec des pensées suicidaires. Une personne sur huit appelle le centre parce qu'elle se sent en difficulté face à une personne suicidaire.

En moyenne, tous les deux jours, une personne en tentative de suicide nous appelle.

Les répondants sont tous des bénévoles, recrutés, sélectionnés et formés par le centre. Afin d'assurer une permanence téléphonique 24h sur 24h, nous essayons constamment d'avoir une soixantaine de bénévoles. Deux fois par an est organisé un cycle de formation. Nous nous efforçons de garder des critères de sélection et des exigences de qualité de travail élevées.

Au fil des ans, le Centre de Prévention du Suicide apparaît comme un maillon de plus en plus important entre les personnes en souffrance et les professionnels de la santé:

- pour beaucoup d'appelants, le centre représente la possibilité d'avoir une écoute alors qu'ils refusent et redoutent un accompagnement face à face;
- dans d'autres cas, les personnes téléphonent au centre alors qu'elles sont suivies par un psychiatre ou par un psychologue: l'appel apparaît dans ce cas comme un complément qui assure le suivi entre deux séances ou pendant l'absence du thérapeute;
- certains appelants en crise appellent la nuit ou en dehors des heures d'ouverture des centres, et le répondant peut assumer une première prise en charge;
- enfin, une partie de ces appels débouchent sur un possible suivi psychothérapeutique.

La prévention du suicide est une prévention difficile, tout moyen mis en oeuvre exige réflexion, questionnement, écoute de l'autre et de soi. En cela l'action du Centre de Prévention du Suicide s'étend à des domaines plus larges que la permanence téléphonique comme la recherche, l'information, la formation, la sensibilisation, l'intervention.

Loin du morbide et de la fatalité, mais avec une conscience vigilante des limites, les mots prévention du suicide signifient aussi combat pour la vie, pour le sens de toute existence et pour une certaine forme de solidarité.

Pour tout renseignement: secrétariat 02/640.51.56 de 9h à 12h, de 13h30 à 16h30

Ligne d'appel 24h/24h dans l'anonymat 0800/32 123 - les appels sont gratuits

Des affiches, des dépliants, brochures d'information, des dépliants à propos du bénévolat sont envoyés sur simple demande.

Une bibliothèque et vidéothèque sont accessibles. (RV par téléphone). ■

Anne Ducamp

*Groupe Belge d'Etude et de Prévention du Suicide
Place du Châtelain, 46
1050 Bruxelles*

Télé-Accueil Bruxelles

Le 9 novembre 1959, Télé-Accueil, service d'écoute par téléphone, était fondé à Bruxelles. Cette ASBL, composée d'une centaine de bénévoles, a pour but d'assurer 24 heures sur 24 une écoute généraliste, dans l'anonymat, des personnes qui souffrent de solitude, d'isolement, de manque de communication avec autrui ou de toute autre difficulté de vie.

En 1973, le Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement reconnaissait par arrêté royal l'utilité publique de Télé-Accueil et en déterminait les conditions d'agrément et de subvention.

Télé-Accueil Bruxelles s'est également vu confier en 1988 l'écoute en première ligne des personnes confrontées au sida ou à la maltraitance des enfants.

Cet article, basé sur les statistiques du service, vise à donner une image des personnes qui s'adressent à Télé-Accueil et des raisons qui les y poussent, et à cerner l'évolution qui peut se dessiner depuis quelques années. Le nombre total d'appels est resté relativement stable

de 1993 à 1997 (de 113.883 à 112.721). Par contre, le type d'appels s'est quelque peu modifié: les appels réguliers ont augmenté de 10% depuis 1993. Les personnes qui appellent pour la première fois sont plutôt des hommes, tandis que celles qui appellent régulièrement sont plutôt des femmes. Cette distinction n'a pas varié avec le temps.

Qui appelle ?

Age et sexe. L'âge des appelants n'a guère changé entre 1993 et 1997 : la majorité (46%) ont toujours entre 30 et 50 ans. Deux tiers des appels sont féminins. Les plus de 50 ans sont surtout des femmes, tandis que les plus jeunes sont surtout des hommes (26% des hommes qui appellent ont moins de 30 ans, contre 13% des femmes).

Isolement. Les gens qui vivent seuls constituent une très nette majorité des appelants (58%, contre 48% seulement dans la population bruxelloise). Ces personnes ont tendance à appeler plus régulièrement, alors que celles qui vivent en couple ou en famille appellent plus occasionnellement. Nous avons déjà relevé ce fait en 1993.

Activité professionnelle. Un peu plus d'hommes (26%) que de femmes (22%) ont une activité professionnelle. Les femmes sont majoritairement sans travail (36%). Une analyse par statut montre que les hommes sans emploi sont plutôt étudiants, chômeurs ou dépendants de la mutuelle, et les femmes sans emploi, plus souvent pensionnées. Les étudiants et les chômeurs sont plutôt des appelants occasionnels, tandis que les «habituels» de Télé-Accueil sont plus nombreux chez les pensionnés et les personnes qui dépendent de la mutuelle.

55% des appelants sont à la fois isolés et sans travail. C'est une population qui vit le phénomène que l'on appelle aujourd'hui la désaffiliation - une population en rupture des liens sociaux traditionnels, qui sont encore classiquement définis par le travail et la famille.

Pourquoi appelle-t-on ?

Hommes et femmes se plaignent plus de *solitude* en 1997 qu'en 1993, mais moins en 1997 qu'en 1995. C'est surtout la *santé psychologique* qui pose question, principalement aux femmes. Ces dernières parlent plus que les hommes de leur *environnement personnel*, et ce de manière stable à travers le temps. Par contre, les hommes parlent plus que les femmes de *suicide* et

de *difficultés d'intégration*. Un homme seul ressent souvent la solitude plus durement qu'une femme seule.

Lorsqu'on analyse ces motifs plus en détails, on constate que le premier motif d'appel est, pour les deux sexes, la santé psychologique (23% chez les femmes et 16% chez les hommes). La solitude, qui était le premier motif d'appel en 1995, ne vient qu'en deuxième position en 1997 (13% chez les femmes et 15% chez les hommes), alors que le nombre de ménages isolés en Région bruxelloise a augmenté de 50% ces vingt dernières années. Bien que l'isolement soit objectivement et quantitativement plus important, c'est surtout des *conséquences* de la solitude que se plaignent les personnes qui s'adressent à Télé-Accueil.

Quelle réponse est apportée ?

Parler et être écouté sont toujours les deux demandes les plus fréquentes, surtout dans les appels réguliers. Quand on appelle pour la première fois, c'est plus souvent pour *demande conseil*. De manière symétrique, la réponse aux appels réguliers est le plus souvent une simple écoute (70%) tandis que les appels occasionnels font plus souvent l'objet de conseils et d'informations - même si l'écoute est toujours présente, ce qui témoigne de la spécificité de l'institution et de son adéquation à son projet de base.

Télé-Accueil répond indiscutablement à un besoin. Il faut poursuivre l'écoute individuelle téléphonique et donc:

- continuer la formation des bénévoles;
- faire connaître le plus possible le numéro d'appel (107), unique pour Bruxelles et l'ensemble de la Communauté française. ■

Lydwine Verhaegen

Télé-Accueil Bruxelles Asbl
Boulevard de Waterloo, 99
1000 Bruxelles
Tél.: 02/538.49.21
Fax: 02/537.41.85

La continuité des soins hôpital-domicile

Améliorer la continuité des soins hôpital-domicile : un projet d'outils opérationnels d'information

La continuité des soins hôpital-domicile apparaît comme un sujet d'une brûlante actualité.

Le vieillissement de la population : la demande grandissante des patients pour des soins au sein de leur environnement habituel ou familial; la diminution du nombre de lits d'hôpitaux et la diminution de la durée de séjour hospitalier sont des éléments qui participent à l'expansion de la demande pour les soins et services à domicile.

Ces évolutions exigent des réponses à la perte d'autonomie des personnes à deux niveaux :

- un niveau d'ordre physique et/ou psychique;
- un niveau d'ordre domestique et social.

Différents intervenants se sont organisés pour apporter des réponses en tout ou partie : les Centres de Coordination de soins et services à domicile, les Médecins traitants, les Maisons Médicales, les Communes et CPAS, les institutions de soins... La présente étude s'attache à la relation Hôpital - Centres de Coordination.

En 1989, la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale a agréé quatre centres de Coordination de soins et services à domicile : Bruxelles-Assistance IIIème Millénaire, Soins chez Soi, Soins à Domicile et C.S.D. Le centre COSEDI, non agréé, reçoit des subsides pour ses frais de fonctionnement.

La Fédération des CSD¹, regroupant onze centres de coordination en Communauté française dont deux en Région de Bruxelles-Capitale (SAD et CSD), a notamment pour objectif la réalisation d'études. Dans ce cadre, la Fédération des CSD, avec l'aide de la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale, a confié une étude à OGM (Organisation-Gestion-Marketing). OGM est un bureau conseil à la pointe dans le domaine de la gestion et de l'évolution des services publics et plus spécifiquement dans le secteur de la santé.

L'objectif de l'étude était de créer un outil d'amélioration de la continuité des soins. A cette fin, il convenait de se concentrer sur la transmission des informations utiles à la continuité des soins. L'étude se situait au niveau de l'opérationnel, avec la construction d'un projet de

«Charte-Qualité de la communication» et l'élaboration d'un des volets de la charte: un projet de Fiche de Liaison hôpital-centre de coordination (bi-directionnel)².

A cette fin, les intervenants clés du secteur ainsi que leur mode d'interrelations ont été identifiés. Sur la base des documents recueillis et des interviews de ces intervenants, les besoins fonctionnels ont été explicités en termes de fonctions à remplir pour une transmission optimale des informations.

Une première ébauche des projets de Charte et de Fiche de Liaison a ensuite été validée par les mêmes professionnels. Sur cette base, les outils suivants ont été finalisés :

- le projet de Charte-Qualité de la communication met au centre des préoccupations le bénéficiaire de soins : le patient. La charte édicte des engagements respectifs du centre de coordination et de l'hôpital;

Par exemple	Centre de coordination	Hôpital
S'engage à	à désigner un interlocuteur unique compétent responsable avec l'hôpital	à désigner un interlocuteur unique et compétent responsable des contacts avec le centre de coordination, par exemple, le service social

- la Fiche de Liaison comprend deux volets. Un premier volet contient les informations administratives et de contact (personnalisé): coordonnées du bénéficiaire, de la personne de contact (si elle diffère du bénéficiaire), du médecin traitant, du centre de coordination, de l'hôpital, ainsi qu'une information minimale sur les conditions de vie du patient.

Un second volet reprend les informations sur les soins infirmiers et les intervenants du domicile : autonomie fonctionnelle, organe des sens, soins demandés, médicaments, allergies, matériel et coordonnées des intervenants au domicile.

Les projets de Charte et de Fiche de Liaison sont des outils évolutifs, c'est-à-dire qui nécessitent une mise à l'essai et une adaptation aux terrains spécifiques de mise en application.

La prise en compte des avis et besoins de l'ensemble des professionnels du secteur de la santé s'avère nécessaire à la construction d'instruments de communication utiles à chacun. La charte en particulier se construit comme un compromis entre les exigences spécifiques. Le médecin traitant aussi bien que les diverses institutions de soins doivent en être partie prenante.

La mise en œuvre des engagements d'une charte demande une évaluation systématique du respect de ces engagements (par une partie neutre) de manière récurrente et rapprochée dans le temps ainsi que l'existence d'un lieu de rencontre pour les parties.

Le projet de Fiche de Liaison, accompagné de son mode d'emploi, nécessite un premier essai d'utilisation sur le terrain. Un tel exercice pourrait être accompli avec la participation des centres de coordination de la Région de Bruxelles-Capitale agréés par la Commission Communautaire Française et quelques hôpitaux de la Région de Bruxelles-Capitale. Il serait intéressant de réaliser un «essai pilote» dont les objectifs seraient les suivants: assurer la dissémination de la fiche, observer les blocages éventuels et prendre note des modifications requises tant au niveau du contenu que de la forme.

Enfin, un tel «essai pilote» devrait tenir compte de l'étude nationale en cours, à laquelle participent de nombreux hôpitaux bruxellois, portant sur le «référént hospitalier». En effet, l'utilisation d'une Fiche de Liaison Hôpital-Domicile entre dans l'objet de cette étude.

A l'issue d'une telle démarche, une Fiche de Liaison conçue comme outil de transmission des informations adapté aux besoins du terrain, pourra être standardisée et utilisée. ■

Lise Moïses
Consultante O.G.M.
(Organisation-Gestion-Marketing)

1 Personne de contact concernant la présente étude:
Mme Dominique Blondeel, responsable FCSD, place Saint-Jean 1-2, 1000 Bruxelles. Téléphone: 02/515.02.08

2 L'intégralité de l'étude peut être trouvée dans le numéro 9 de décembre 98 «Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française».

ANNONCES

Vous êtes confronté (e) à des questions

relatives à l'accès aux soins de santé et indemnités, à la qualité de titulaire et de personne à charge, au tiers payant, à l'intervention majorée, à l'intervention personnelle en cas d'hospitalisation, à la franchise sociale, au type de prestations, à la contestation de décision, aux litiges et recours possibles, au rôle des organismes assureurs, à la carte d'identité sociale,...

mais aussi...

à toute question en relation avec les autres secteurs du droit social : les solutions pour l'assuré lorsqu'il est mis fin à son chômage ou à son travail en raison d'un handicap, la notion de fin de contrat de travail pour force majeure, l'accident non reconnu comme accident du travail par l'assureur loi, l'incidence d'une incapacité de travail sur le contrat de travail, les vacances annuelles, les allocations familiales...

02/503.09.45

Une ligne téléphonique vous est désormais ouverte tous les après-midi (excepté le mercredi), de 13h à 16h. Carine Vandeveldt et Geneviève Pilette de l'asbl Solidarités Nouvelles répondent à vos questions.

Une initiative soutenue par le Ministre-Membre du Collège de la Commission Communautaire Française, chargé de la Santé.

«Petite mélodie en compétences majeures»

23ème session de séminaires rencontres de la petite enfance Soirées-Conférence les lundis de 20h à 22h à l'Espace Delvaux, rue Gratès 3 (place Keym) à 1170 Bruxelles.

18.01.99 «Je joue, je classe, j'expérimente, je construis les bases de mon savoir» par Marianne Klees, psychologue

22.02.99 «Sur la gamme des compétences sociales: les enfants et les autres» Monique Meyfroet, psychologue

22.03.99 «L'engagement et la responsabilité dans les liens parents-enfants-professionnels» Charles Van Haverbeke

Pour infos: F.R.A.J.E.,

Boulevard de Waterloo 100-103 à 1000 Bruxelles

Tél.: 02/542.83.47 - 542.83.48

Fax: 02/542.83.90

La santé des Belges

Une vaste enquête de santé¹ a été menée l'an dernier sur l'ensemble du territoire national. Au total, plus de 10.000 personnes furent interrogées.

Les questions portaient principalement sur la perception qu'elles ont de leur état de santé, sur leur mode de vie et leurs comportements en matière de santé, sur le suivi des recommandations de prévention médicale, sur leur utilisation des services de santé et leur consommation des soins, au sens large.

Première constatation: une grande majorité, (78 %) de nos concitoyens de 15 ans et plus s'estiment en bonne, voire en très bonne santé. A contrario, ils sont 22 % à se déclarer en mauvaise santé. Les femmes plus souvent que les hommes et les résidents des régions bruxelloise et wallonne plus que ceux de Flandre.

La moitié des interviewés reconnaît toutefois souffrir d'une ou de plusieurs affections chroniques, telles que des troubles digestifs, des maux de dos, des troubles cardio-vasculaires, des allergies, etc. Un quart d'entre eux affirme, par ailleurs, être gêné par les conséquences de ces affections. Les problèmes d'audition (7 %) et les handicaps de mobilité (6 %) constituent ainsi les principales sources de limitations des activités de la vie quotidienne.

In fine, seule une personne sur sept ne rapporte aucune plainte subjective de santé.

L'obésité concerne 41 % de la population de 18 ans et plus. En réalité, pour 30 %, il ne s'agit que d'un simple excès de poids. La réalité est différente pour les 11 % restant, où l'obésité est affirmée.

L'excès de poids se rencontre particulièrement dans les classes socio-économiques défavorisées. La maigreur touche plutôt les jeunes bruxelloises de moins de 35 ans.

Le taux d'individus qui surveillent leur «ligne» est curieusement très élevé : 61 % et même 70 % de femmes.

En fait, le désir de maigrir n'est pas toujours lié à un excès de poids. 15 % des personnes dont le rapport poids/taille se situe dans les limites de la normale souhaitent malgré tout maigrir. A l'inverse, 30 % des obèses ne désirent pas maigrir ou faire des efforts pour maintenir leur poids.

L'hygiène dentaire laisse toujours à désirer. La moitié à peine de la population a eu un contact avec le dentiste au cours de la dernière année alors qu'une à deux visites annuelles sont recommandées. Ceci expliquant cela, 11 % de la population belge déclarent ne plus avoir aucune dent. 9 % portent une prothèse dentaire complète et 24 % une partielle. Les personnes édentées se rencontrent principalement à partir de 55 ans. Il y a, par ailleurs, un lien entre la santé bucco-dentaire et le fait de fumer. Les gros fumeurs ont souvent perdu toutes leurs dents et portent plus souvent un dentier que les non-fumeurs.

Les dépressions sont 1,6 fois plus nombreuses chez les femmes : celles-ci consomment d'ailleurs deux fois plus de médicaments psychotropes (calmants, somnifères, antidépresseurs) que les hommes. Le mal-être psychique est néanmoins très fréquent pour un grand nombre. Près d'un tiers de la population est concerné par des problèmes de dépression. Et, davantage au sud qu'au nord du pays.

La consommation de tabac est le fait de 30 % de la population. 10 % fument 20 cigarettes ou plus par jour. Les hommes demeurent les plus nombreux à fumer (37 % contre 24 % chez les femmes). Le pourcentage de fumeurs chez les femmes et les jeunes est toutefois en augmentation. La reprise du tabagisme chez les jeunes (15 à 19 ans) se marque avec un taux de 29 % (33 % parmi les garçons). Le nombre de fumeurs est plus élevé à Bruxelles et en Wallonie qu'en Flandre.

La consommation moyenne d'alcool est de 5,8 verres par personne et par semaine. A peine 8 % des personnes interrogées affirment boire de l'alcool quotidiennement. Ceux qui boivent au moins une fois par mois six verres ou plus sont à peu près 15 %. La consommation moyenne d'alcool par semaine ne varie pas significativement d'une région à l'autre et le pourcentage de personnes qui boivent au moins une fois par mois six verres d'alcool

ou plus le même jour est relativement homogène dans l'ensemble du pays : 15 % à Bruxelles, 17 % en Wallonie et 18 % en Flandre. La proportion de consommateurs d'alcool en semaine est identique dans les 3 régions. Le week-end, la proportion est plus importante en Flandre (62 %) qu'en Wallonie et à Bruxelles (48 et 51 %).

Les activités physiques de loisirs - pratiquées à raison d'au moins une fois par semaine - ne concernent que 32 % de la population belge. 33 % de la population interrogée s'avoue sédentaire ! Les femmes font beaucoup moins de sport que les hommes et sont également plus souvent sédentaires.

Le pourcentage de personnes à risque par manque d'activité physique varie d'une région à l'autre : 29 % seulement des résidents en Flandre sont sédentaires contre 40 % en moyenne à Bruxelles et en Wallonie. Un niveau socio-économique plus faible est associé à un manque plus net d'activités physiques.

La couverture vaccinale chez les adultes a été étudiée pour trois maladies spécifiques : le tétanos, la grippe et la rubéole.

68 % de la population de 15 ans et plus a été vaccinée contre le tétanos au cours des dix dernières années. Les femmes sont moins souvent en ordre de vaccination (59 %) que les hommes (76 %). Le pourcentage des personnes qui ne sont plus en ordre de vaccination augmente avec l'âge. Il atteint 70 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

La vaccination contre la grippe n'intéresse que 32 % des personnes appartenant aux groupes à risques (personnes âgées de plus de 65 ans ou souffrant de diverses maladies.) Le taux de couverture vaccinale varie entre 45 % pour les 65-74 ans et 50 % pour les plus de 74 ans. On n'observe pas de différences significatives entre les régions mais quelques disparités existent entre les provinces. Ainsi, 73 % de personnes ne sont pas vaccinées en Brabant wallon, 66 % en Flandre orientale, 50 % en Brabant flamand et en Flandre occidentale.

70 % des femmes de 15 à 54 ans sont vaccinées contre la rubéole. Ce taux diminue toutefois avec l'âge. Il est de 80 % chez les 15-24 ans, de 77 % chez les 25-34 ans, de 64 % chez les 35-44 ans et de 56 % chez les 45-54 ans. La plupart des femmes non vaccinées expliquent cela par le fait qu'elles étaient soit immunisées, soit par pure négligence.

Pour ce qui est des habitudes nutritionnelles, il semble que les recommandations diététiques soient assez loin d'être suivies. Ainsi, 60 % de la population consomment

tous les jours des snacks et/ou des boissons sucrées; 21 % ignorent les produits laitiers; 28 % ne mangent pas de poisson (au moins une fois par semaine) et 54 % préfèrent le pain blanc.

65 % des femmes déclarent avoir pratiqué l'allaitement de leur nouveau-né à la naissance; ce taux fléchit à 52 % à six semaines et à 32 % à trois mois. 56 % des femmes de 15 à 64 ans recourent à une méthode de contraception : la pilule vient en tête (67 %), devant la stérilisation (14 %), le stérilet (14 %) et des méthodes de barrière (6 %).

91 % ont subi un contrôle de tension artérielle au cours des 5 dernières années.

Ce taux est de 55 % pour le cholestérol.

49 % des femmes de 50 à 70 ans ont subi une mammographie au cours des deux dernières années; elles sont 70 % (de 25 à 65 ans) à avoir passé un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois dernières années.

32 % déclarent ne pas mettre systématiquement leur ceinture de sécurité à l'avant et 69 % à l'arrière.

Près de 80 % ont eu un contact avec leur généraliste au cours de la dernière année; ce taux descend à 48 % pour les spécialistes.

Enfin, 13 % de la population a été hospitalisée lors des 12 derniers mois. ■

1 «La santé de la population», «En Belgique, en Communauté Française, en Région Wallonne et en Région Bruxelles Capitale» Résumé des résultats, Enquête de santé, Belgique, 1997, Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique, Service d'Epidémiologie, Institut Scientifique de la Santé Publique - Louis Pasteur, en collaboration avec Institut National de Statistique et le Centre Universitaire de Limbourg.

LA PARTICIPATION,

Notre société est vivifiée par de nouveaux mouvements citoyens qui témoignent d'un désir aigu de participation. Par delà toutes les considérations que l'on peut formuler à ce sujet, force est de reconnaître que cette attitude révèle une profonde envie de savoir, de comprendre, d'être là où cela se passe, d'interpeller, d'avoir son mot à dire.

Comment cette attente se traduit-elle dans l'univers de la santé ? Tous les indices confirment que le citoyen de la fin du XXème siècle se montre exigeant aussi dans ses relations avec les acteurs et les institutions de la santé. Mais encore faut-il que cet élan se concrétise par une démarche participative et associative.

Tout au tribunal ?

Médecins et hôpitaux se plaignent fréquemment de l'augmentation du nombre de conflits portés devant la justice. Cette tendance, dont on sait qu'elle a connu un développement exceptionnel aux Etats-Unis, n'est pas nécessairement participative. Trop souvent, elle se résume à un combat d'experts auxquels le citoyen a confié son sort. Dans le prolongement d'une logique consumériste, qui n'épargne pas le monde de la santé, ces procès représentent une mine d'or pour les avocats. Compte tenu de l'importance des sommes que l'on réclame ordinairement pour les dommages subis, la tentation est grande de porter la chose devant le tribunal. Ce processus n'est pas directement favorable à la participation du citoyen qui s'estime lésé à la participation : il encourage les praticiens à faire signer des documents, à réunir des éléments administratifs pour avoir une preuve écrite de l'accord pour un acte à poser et il incite les compagnies d'assurances à relever leurs tarifs, ce qui alimente un climat de méfiance, voire de chantage. Cette attitude, compréhensible en cas d'erreur grave, intervient à titre curatif. C'est dire qu'elle joue à posteriori au titre de réparation. Alors que l'essentiel de l'énergie devrait se porter sur la prévention.

Question de formation et de culture

A l'origine d'une bonne part des conflits, se trouve incontestablement la sous-estimation de l'importance de la communication dans la relation de soins. Cette

carence trouve sans nul doute ses sources dans le peu d'importance que cette dimension reçoit au cours de la formation universitaire des médecins et des autres praticiens. S'il est indéniable que la technicisation croissante des soins a permis et permet encore des progrès importants, le rôle joué par le dialogue, l'écoute est incompressible et crucial. Les qualités et aptitudes humaines qu'exige leur pratique sont indispensables à la mise en oeuvre de la participation. Elles doivent aussi se conforter d'une bonne connaissance des sciences humaines. A défaut, d'une aisance acquise dans la relation, le praticien est porté à se dissimuler derrière le masque du scientifique distant.

La demande aussi doit évoluer

Il serait injuste de prétendre que la participation insuffisante trouve son origine chez les seuls praticiens. Trop longtemps, le malade a confié passivement son sort au médecin dans l'attente d'un traitement qui, mécaniquement, remet tout en ordre. Car à une époque où les concepts d'excellence et de qualité totale ont envahi tous les secteurs d'activité, il faut oser réaffirmer que la médecine oeuvre en matière humaine. Oser reconnaître que la majorité des pathologies relèvent du psychosomatique. Que les progrès importants de la connaissance et des thérapies ne permettent pas de répondre à tout. L'appel à la participation n'y trouvera que plus de sens, et l'humilité demeure un préalable utile dans ce domaine comme dans d'autres. L'on se pose dès lors la question de la santé en termes de responsabilité, d'implication de chacun à la mesure de son rôle.

La prévention avant toute chose

Nombre de voix s'élèvent pour demander que l'on revalorise la prévention, que l'on réaffirme la priorité à accorder aux soins de première ligne. C'est le lieu privilégié de la participation, de l'investissement actif pour combattre les maux évitables et, surtout, agir sur les causes. On songe évidemment à l'alimentation, à l'hygiène, à la lutte contre les matières dangereuses, mais aussi à l'amélioration des conditions de travail, à la limitation des ravages du tabagisme, de l'alcoolisme, de la toxicodépendance. Rien de cela ne peut changer sans l'action citoyenne, sans l'implication des personnes

C'EST LA SANTÉ !

concernées au plan tant collectif qu'individuel. Cette approche est actuellement sous-investie dans la formation des praticiens, mais aussi dans les pratiques de santé. Elle demande à être soutenue par une éducation et une formation toujours tristement absentes des programmes scolaires.

Des droits précis, des règles claires

Si la participation à la santé repose sur une conception élargie du champ de la santé et de la médecine, elle conduit tôt ou tard à s'interroger sur la nécessité de clarifier les droits des citoyens dans le système de santé. Pour être actif, il faut avoir accès à une information compréhensible sur sa propre santé mais aussi sur les données plus collectives de l'environnement psychosocial. Concrètement, le droit de prendre connaissance avec l'assistance du médecin des données contenues dans son dossier et d'en disposer, d'accéder aux études épidémiologiques et environnementales.

Et bien sûr de connaître anticipativement le coût des soins prévus, y compris en milieu hospitalier. Cette démarche conduit aussi immanquablement à la participation des personnes aux décisions qui concernent leur santé, surtout dans les situations les plus cruciales. Dans l'ensemble de ces aspects, il convient que des droits minimum soient légalement affirmés et non laissés au hasard des rapports de forces issus d'un colloque singulier. Et que le pôle politique redéfinisse les limites que la logique marchande ne peut franchir sans mettre la santé publique et l'intérêt collectif en danger.

Vers la citoyenneté active

Poser le débat de la participation dans le domaine de la santé revient tôt ou tard à poser celui de la citoyenneté et ce au-delà de la recherche d'une efficacité accrue. Au même titre qu'il est vain de vouloir définir une politique de santé en faisant l'économie d'un projet global de société. La démocratie, comme la santé, est aujourd'hui malade de la procuration donnée à des professionnels de régler seuls des problèmes qui ne peuvent être combattus sans l'adhésion et l'action citoyennes. Peut-on prôner une approche globale et pluridisciplinaire de la santé et déclarer ensuite que ce raisonnement n'est

pas applicable à la gestion d'ensemble de la chose publique ?

L'associatif, lieu de participation

La participation citoyenne est pénible à exercer en solo. Elle s'enrichit de la confrontation et de la somme des énergies disponibles. En devenant associative, elle permet la diffusion de l'information et, parfois, la constitution de rapports de forces favorables au changement. Curieusement, la sphère associative a sous-investi le domaine de la santé. Si l'on exclut les initiatives nées en lisière des mutualités, il y a peu d'associations susceptibles de relever le défi participatif. Comment expliquer cette faiblesse ?

Je veux croire que la santé a trop longtemps été reléguée à la sphère privée, voire personnelle. Et que les sursauts citoyens, notamment, face aux menaces qui pèsent sur l'environnement, peuvent favoriser l'émergence d'un pôle associatif fort qui pourrait forcer le débat public et susciter des choix politiques centrés sur le bien-être et le développement durable. ■

Thierry DETIENNE
Député fédéral Ecolo

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
E-Mail : question.sante@skynet.be
Personne contact : Henri Amzel

Bibliographie de documents récents

Comment ont évolué les évaluations économiques dans les soins de santé au cours de ces 5 dernières années? . - In : IBES Briefing, n° 22, 1998-09. - pp. 5-7. - tabl. - *article*

Communication et promotion de la santé : aspects théoriques, méthodologiques et pratiques / Bontemps R., Cherbonnier A., Mouchet P., Trefois P. - Bruxelles : Question Santé : service "Communication", 1998. - 192 p. - biblio., lex. - 12 euros. - *livre*

Dans quel état vivons-nous ? / Sneyers M. - In : Dialogue, numéro spécial 1997, 1998. - 48 p. - ill., biblio., adres. - *dossier*

Détresse sociale : une réalité plurielle! Inéluctable ? : actes du colloque. - In : l'Observatoire, n° 19, 1998. - pp. 13-68. - Actes du colloque organisé à Liège le 15 mai 1998 par le Comité International des Affaires sociales ; biblio. - 350 FB (+ 80 FB de frais d'envoi). - *dossier*

Du bon usage de la communication : en éducation pour la santé : séminaire international Château de Bierville (Essonne) : 16 et 17 décembre 1996 / Chauvin F., Brixi O., Roussille B. - Vanves : CFES - Comité Français d'Education pour la Santé, 1998-04. - 289 p. - 95 FF. - *actes*

Education à la consommation. - In : Les Cahiers de l'Education permanente, n° 4, 1998-07/08/09. - pp. 9-176. 350 FB (+ BF 80 de port). - *dossier*

La consommation de cannabis : chez les jeunes à Bruxelles : étude préliminaire réalisée à Bruxelles : juillet 1997 : La consommation de drogues illicites chez les jeunes scolarisés : quelques données de 1994 en Europe, en Belgique et dans la région de Bruxelles-Capitale / Kohn L., Piette D.; Navarro F. - Université Libre de Bruxelles : Ecole de Santé Publique : Unité Promotion Education Santé - PROMES. - Bruxelles : Administration de la COCOF - Commission Communautaire Française : Service Santé, 1998. (Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française ; 6). - 50 p. - tabl., biblio., lex., ann. -. - *étude*

La santé communautaire / Collège International pour l'Etude du Changement dans les Politiques Sociales. - 2e éd. - Mons : Service Social dans le Monde, 1998. - (Les politiques sociales). - 128 p. - 450 FB. - *dossier*

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

Le diagnostic communautaire : outil pour une expérience de promotion de la Santé Mentale : recherche-action menée sur deux quartiers bruxellois / Burquel Ch., Lambrechts Y., Thomas N., Van Tichelen B. - Service de Santé Mentale "Le Méridien". - Bruxelles : COCOF - Commission Communautaire Française, 1998. - (Les Cahiers de la Santé; 7). - 42 p. - biblio. *brochure*

Les Centres publics d'aide sociale bruxellois = Brusselse openbare centra voor maatschappelijk welzijn. - In : Digest, n° 2, 1998-09. - 15 p. - adres.; bilingue fr-nl. - *dossier*

Les maisons médicales : un axe de la politique de soins de santé primaires de la Commission Communautaire Française. - 2e éd. - Bruxelles : COCOF - Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale : Service Santé; FMM - Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé Francophones, 1998-09. 51 p. - adres. - *brochure*

Les soins palliatifs à domicile. - In : Santé conjugulée, n°6, 1998-10. - pp. 19-71. - biblio. - 350 FB + port. - *dossier*

Programme quinquennal et législation de promotion de la santé de la Communauté française : 1998-2003. - Bruxelles. Ministère de la Communauté française : Direction Générale de la Santé, 1998. - 35 p. - *dossier*

Secrétariat de rédaction :
Françoise Kinna

Comité de rédaction :

Dr Robert Bontemps
Alain Cherbonnier
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
Site Web : <http://www.questionsante.org>



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

DANS NOTRE PROCHAIN NUMÉRO : Politique et santé