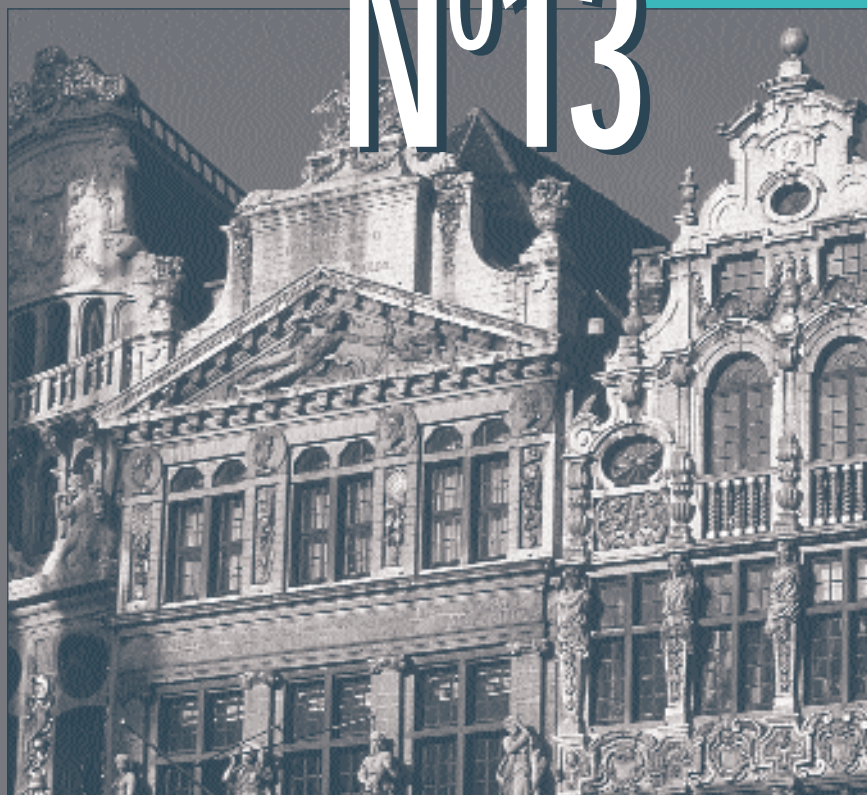


BRUXELLES SANTÉ

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°13 - mars 99

N°13



Sommaire

- 2 à 7** **En direct de...**
Les campus
- 8 à 13** **Dossier**
Santé et politique
- 14 - 17** **Initiatives**
- *Toxicomanie et approche communautaire : quelques pistes de travail des Antennes Lama.*
- *Les ressources de l'ergothérapie à domicile.*
- 18- 20** **A la recherche de...**
La santé mentale à Bruxelles : regard sur la population consultante.
- 22 - 23** **A propos de...**
La politique de la Commission Communautaire Française : bilan d'une législature
- 24** **Documentation**



Bureau de dépôt
Bruxelles 5

BELGIOUE
P. P.
1050 BRUXELLES 5
1/6233

L'accès aux soins de santé est un droit indiscutable, fondamental. Il devrait être sans obstacle. Pour tous. Quelle que soit l'origine, quel que soit le statut socio-économique ou administratif des personnes.

Or, des études récentes nous ont rappelé combien se soigner est devenu un luxe, le parcours du combattant. De même, les personnes en séjour illégal rencontrent des difficultés à faire reconnaître leur droit à la santé. Et ce malgré qu'elles puissent bénéficier de l'aide médicale urgente, conformément à l'Arrêté Royal du 12 décembre 1996.

On sait depuis longtemps combien la précarisation socio-économique, la déliquescence des liens sociaux et la non-reconnaissance sociale et culturelle empêchent de nombreux concitoyens de préserver leur capital santé. La pauvreté, l'insécurité d'existence, le chômage, la vie en clandestinité, l'appartenance culturelle ou ethnique différente sont autant de facteurs qui produisent cette inégalité devant les soins et le bien-être physique et mental.

Mais l'accessibilité des soins et la préservation du capital santé ne sont pas uniquement l'«affaire» des départements sociaux. Quand la santé d'un nombre croissant de personnes vacille, quand la résolution des difficultés à répondre à la demande passe à travers le filtre économique et de la rentabilité des institutions de soins, c'est l'ensemble de la société et les mécanismes qui président à la redistribution des richesses qui sont mis en question. Tous les acteurs politiques, sociaux, économiques et culturels sont alors concernés. Car c'est bien souvent, voire toujours, d'un cumul de handicaps que découle une santé précaire.

Sans nier les évolutions en la matière et le poids que représente la santé dans les finances publiques, il y a lieu de répéter que les difficultés d'accès aux soins et la précarité de la santé d'un nombre croissant de

Suite page 23

Les campus

Cette fois, notre centre d'intérêt est moins défini par un territoire que par une population : les étudiants. Certes, cette population est concentrée dans plusieurs zones de l'agglomération bruxelloise - toutes appelées «campus», même s'il y a parfois des différences notables entre elles. Ainsi, le campus du Solbosch (Ixelles) est relativement mélangé au tissu urbain, tandis que celui de la Plaine (Ixelles aussi) est beaucoup plus nettement circonscrit. Par ailleurs, même quand ils habitent sur le campus, les étudiants n'y sont pas cantonnés : ils circulent à travers la ville.

Bruxelles compte non moins de six campus (aux deux déjà cités, il faut ajouter ceux de Woluwé-St-Lambert, de Jette, d'Erasme et du CERIA à Anderlecht), totalisant 187 hectares. Et, avec 37.000 individus, les étudiants représentent pour l'économie bruxelloise un marché non négligeable, d'autant qu'une bonne part d'entre eux viennent de Wallonie et de Flandre.

Pour cet article, nous avons choisi un fil rouge : la santé mentale. Les années passées à l'université ou dans une école supérieure coïncident avec la fin de l'adolescence et font transition vers l'âge adulte : période-charnière, donc... et chacun sait que l'on se coince parfois les doigts dans les charnières! De plus, le contexte socio-économique actuel peut faire peser sur ces années un climat d'inquiétude, voire d'angoisse quant à l'avenir. Ceci posé, nuanceons : quand on dit «santé mentale», on pense souvent «problèmes de santé», et on se tourne vers les professionnels de la relation d'aide. Ce que nous avons fait, nous aussi. En lisant les lignes qui suivent, il est donc bon de garder à l'esprit que l'image de la santé qu'elles reflètent est forcément «en négatif»...

On peut se risquer à classer ces problèmes en trois grands groupes :

- ceux qui sont liés aux études elles-mêmes;
- ceux qui sont liés à la période de transition dont nous avons parlé;
- et ceux qui sont liés à l'intégration dans un milieu nouveau.

Ce découpage est un peu arbitraire, reconnaissons-le, mais il nous aide à structurer les propos recueillis.

Les études

Tout d'abord, il faut se rendre compte - ou se rappeler, puisant dans ses propres souvenirs - que le passage du secondaire au supérieur ne va pas de soi. Régine Gossart, assistante sociale et psychothérapeute à Psy Campus (ULB) souligne que «cela veut dire créer de nouveaux liens, se retrouver dans un autre système d'enseignement, passer d'une classe de 25 élèves, où on connaît les professeurs, à un ensemble beaucoup plus anonyme. La transition n'est donc pas toujours aisée, et les étudiants de 1^{ère} candidature peuvent rencontrer, dans les premiers mois, des problèmes d'intégration, de perte de repères. Ils peuvent aussi avoir des difficultés lors de la première session, en janvier; c'est un peu l'épreuve du feu, puisque, pour la première fois, ils sont confrontés à ce type d'examen. Parmi les étudiants que nous voyons, ceux qui ont le plus de difficultés avec les examens sont ceux qui font du résultat de la session un enjeu très personnel; s'ils échouent, c'est vraiment leur personne qui est incapable de faire face, de réussir. L'échec amène une incompréhension, une sorte de sidération : «J'avais étudié... Qu'est-ce qui m'arrive?». C'est encore plus grave chez les «bons élèves», ceux qui n'ont jamais échoué auparavant.»

La peur de l'échec et le stress peuvent entraîner une consommation de médicaments, notamment lors des sessions d'examens : «Certains entament cette période avec l'obsession de tenir à tout prix. Ils passent un temps tout à fait déraisonnable à étudier, et pour cela ils prennent des cocktails de médicaments qui les maintiennent éveillés. Evidemment, la plupart du temps, ils s'effondrent au début de la session, ou bien au milieu des examens, parce qu'ils ne tiennent le coup ni physiquement ni psychiquement. J'ai remarqué que, vers le mois de mai, comme par hasard, on voit paraître dans les magazines toute une série de publicités pour des produits - que je ne nommerai pas, parce que je ne peux pas me prononcer sur leur qualité, mais le phénomène me paraît très dangereux.»

Autre phénomène : les troubles de l'alimentation, boulimie et anorexie. «Je relie cela à une tendance générale de notre société: donner une réponse immédiate à l'angoisse. On mange beaucoup pour se remplir, s'apaiser. L'anorexie peut être liée à cette boulimie (on se fait vomir pour ne pas grossir) ou à l'image du corps : certaines jeunes filles ont du mal à accepter la féminité, les transformations du corps, les formes féminines (on ne mange plus, on se fait vomir pour gommer ces formes). Mais il faut être prudent lorsqu'on parle des significations

de ces comportements. Boulimie et anorexie sont avant tout des symptômes, la manifestation d'un malaise personnel qui n'arrive pas à se dire, à s'élaborer.»

Sur le campus de Woluwé, nous avons rencontré Christian Ghistelincq, psychologue au Service d'Aide aux Etudiants (UCL). «Notre spécificité c'est peut-être de jouer le rôle d'un lieu où l'on peut venir dire quelque chose quand on se sent exclu, et que cette exclusion se double d'une exclusion de la parole. Quand un adulte qui travaille se trouve exclu, il peut exprimer sa protestation à différents niveaux. Ce n'est pas forcément le cas pour un jeune étudiant, qu'il s'agisse de conflits familiaux qui dégénèrent, ou d'un problème à l'université, ou encore entre étudiants : on ne sait pas toujours où aller en parler. Non seulement les portes se ferment, mais, en plus, on est là, bouche bée... Une autre spécificité, c'est que lorsque quelqu'un amène une difficulté, nous sommes quand même à l'intérieur de l'université. Si quelque chose nous paraît poser problème à un certain nombre d'étudiants, nous pouvons essayer d'intervenir pour que des choses se mettent en place.»

Ce qui nous ramène à la question de l'échec : «Il y a quelques années, on considérait que tout le monde aurait dû réussir. Nous avons travaillé là-dessus, et il est apparu que, dans l'esprit des gens, tout se jouait au moment des examens. En suivant des étudiants de première année, nous avons vu que, après 6 semaines, deux tiers d'entre eux n'étaient déjà plus à jour dans toutes les matières : dès lors, les cours leur passaient complètement au-dessus de la tête. A l'inverse, ceux qui, dès le début, se tenaient à jour, avaient par la suite un pourcentage de réussite beaucoup plus élevé. L'effort devait donc moins porter sur des formules à aménager lors des examens que sur une clarification fondamentale des attentes des enseignants et sur les facteurs d'adaptation des étudiants à l'université. On a alors mis en place des «séances d'activation» en 1^{ère} candidature.»

Des mesures récentes ont accru le stress lié aux études : le *numerus clausus* en médecine et, plus largement, l'impossibilité de tripler ou de doubler deux fois. Myriam Monheim, psychologue (Question Santé) et étudiante il y a quelques années encore : «Je remarque que le stress, la pression des études sont tellement forts que les gens hésitent à participer à la vie extra-académique. Ils veulent absolument se focaliser sur leurs études, mais ils oublient que trop en faire n'est pas bon non plus. De moins en moins de gens osent s'investir dans des activités plus culturelles, politiques ou folkloriques (de leur propre chef ou parce que leurs parents les y poussent), ou bien

ils attendent un an ou deux pour le faire. Je trouve que c'est dommage parce que, pour être bien dans sa peau, il faut investir plusieurs champs d'activités, se nourrir de multiples expériences, prendre des initiatives, se cultiver...»

Christian Ghistelinc confirme : «Le numerus clausus a amené beaucoup de stress, d'esprit de compétition, de chacun pour soi. On s'observe, on surveille les redoublants, on a tendance à restreindre le temps consacré aux activités extra-académiques. La solidarité n'a pas pour autant disparu, mais j'ai le sentiment que c'est une solidarité en petits groupes - un peu «les uns contre les autres». Le système de sélection progressive fonctionne comme un signal d'alarme; il ne faut pas attendre la 3ème candi pour envisager une réorientation. Ceci dit, il y a probablement des exceptions : certains étudiants font une première année catastrophique, puis ils se ressaisissent en redoublant, obtiennent un grade, et s'appuient sur la confiance en soi qu'ils ont acquise. Par contre, d'autres éprouvent beaucoup de difficultés en candidature et vont se trouver bannis du système alors qu'ils auraient pu réussir le deuxième cycle. La sélection amène un aspect élitiste, alors qu'au départ le décret a des visées strictement budgétaires. Sans que l'on se soit vraiment questionné, et donc sans que personne puisse s'y préparer, un phénomène d'exclusion voire de rejet s'installe, alors même qu'en Belgique nous avons toujours eu une grande possibilité de choix. Il y a un changement dans la donne, dans la façon dont les choses se présentent, sans que l'on sache vraiment pourquoi.»

Quant à l'impossibilité de redoubler deux fois, comment fonctionne-t-elle concrètement? «L'étudiant a droit à une seule erreur dans le système universitaire. S'il redouble en 1ère candi, il ne pourra plus subir un échec en 2ème sans perdre le droit au financement de ses études. Donc, si l'université l'accepte encore, ce sera sans subside pour l'institution. L'étudiant peut aussi s'orienter vers l'enseignement supérieur non universitaire, mais il devra alors impérativement réussir sa première année. Récemment, plusieurs écoles ont refusé d'inscrire des étudiants «non finançables» : la logique financière gagne de plus en plus de terrain.»

On voit ainsi qu'un phénomène qui n'a, a priori, rien de médical, retentit sur la santé : «Le social vient révéler une sorte de symptôme collectif, en même temps qu'il peut faire flamber des symptômes individuels. Il me semble que, lorsqu'on est en train d'apprendre, il arrive

que l'on se trompe! Le lieu des études est donc un lieu où l'on a droit à l'erreur. Pas n'importe laquelle, naturellement. Mais, à partir du moment où l'on n'a plus droit à l'erreur, la donne est considérablement modifiée, et il se crée un climat proche de la vie professionnelle, alors que l'on n'y est pas encore.»

Sur le plan de l'apprentissage, et dans un lieu qui est justement consacré à apprendre, il est regrettable que l'erreur soit forcément un échec, et ne puisse pas constituer une occasion de tirer des leçons et de prendre un nouveau départ : «J'entendais hier un reportage sur Brel. Il disait : «je préfère avoir raté des choses en les essayant, plutôt que de vivre sans rien essayer». On ne peut pas entreprendre seulement ce qu'on est sûr de réussir.»

Une période-charnière de la vie

Les études, l'université, c'est à la fois le temps des premières expériences en tant que «jeune adulte» et un moment où l'on reste dépendant de sa famille, avec toute l'ambivalence autonomie-insouciance que cela entraîne. **Myriam Monheim** : «Dans la vie étudiante, le monde adulte est fortement mis à distance; il représente la fin des études : on va devoir se ranger, se marier, avoir des enfants, être bien sage, aller travailler... Bref, les adultes, ce sont les planqués, les pantouflards. Nous, les étudiants, nous sommes encore jeunes et fous!... C'est le fantasme de toute-puissance du jeune adulte, qui sent toutes ses potentialités et qui est plein de désirs. Bien sûr, je parle des gens les mieux lotis : ceux qui sont confrontés aux échecs répétés ne sont pas du tout dans le même imaginaire.»

De ce fait, le discours de la prévention a peu de chance d'être bien reçu s'il n'est pas relayé par les pairs : «Le milieu étudiant doit se l'approprier et le rapprocher des thèmes qui le touchent. Pour cela, il faut prendre le temps d'identifier ces relais : il y a des étudiants plus sensibles à ce genre de problématique, peut-être plus responsables, et qui pourraient prendre cela en charge. Les cercles étudiants peuvent être sensibilisés à leur rôle au-delà de la guindaille : un rôle plus culturel, politique, éducatif, notamment en matière de santé. Les responsables des bureaux étudiants, qui ont une activité plus académique, plus «sérieuse», pourraient aussi être convaincus que la qualité de la santé, mentale et physique, est fondamentale si on veut étudier et réussir, et qu'ils ont quelque chose à faire dans ce domaine. Mais il faudrait

que les intervenants psycho-médico-sociaux, d'une part, les autorités académiques, d'autre part, s'interrogent sur la politique de santé qu'ils voudraient mener, les priorités qu'ils se donneraient, les moyens qu'ils décideraient de débloquer. Et qu'ils pensent aux publics les plus fragiles - les étudiants qui «décrochent», les étrangers qui sont loin de leur réseau social, etc. Ceux-là ne sont pas touchés par les campagnes de prévention si on ne s'adresse pas spécifiquement à eux.»

Y a-t-il des questions de santé mentale spécifiques à la population étudiante? Christian Ghistelincq est hésitant : «Il est très difficile pour moi de répondre à cette question de manière générale, sinon en disant qu'il s'agit du désir. Je pense immédiatement à des situations précises. Par exemple : «j'avais le sentiment d'avoir choisi les études que je voulais et, brusquement, je ne sais pas ce qui se passe, j'ai l'impression que ce n'est pas moi qui choisis». Il n'y a pas de réponse à cela, en tout cas pas en termes moralisateurs. Le désir, c'est toujours courir derrière quelque chose et, une fois qu'on l'a à portée de main, on se dit que ce n'est pas tout à fait cela qu'on voulait. En même temps, il y a quelque chose à assumer subjectivement : on ne peut pas simplement subir les événements parce qu'on a fait un choix; il faut habiter ce choix, le personnaliser. C'est peut-être là qu'il y a une spécificité. Des jeunes qui ne se sont jamais vraiment posé de questions, qui n'ont jamais «fait d'histoires», se demandent tout à coup : «au fond, qui suis-je? Que suis-je en train de faire ici, maintenant? Est-ce que cela me plaît vraiment? Qu'est-ce que je vais devenir?» etc. Comme si ces questions émergeaient tout à coup, en sortant de l'insouciance de la vie familiale, ou en se trouvant confronté à des situations de trouble, de solitude... Ce sont au fond les questions essentielles de l'existence.»

Les propos de Régine Gossart vont dans le même sens : «A cet âge, que l'on peut appeler post-adolescence, les jeunes sont assez inquiets par rapport à leur identité - qui ils sont, quelle place ils trouveront dans la société. Les études supérieures, c'est une sorte de temps intermédiaire, où ils ne sont pas encore confrontés à la réalité sociale, au marché du travail, etc. Les questions qu'ils se posent quant à l'avenir ne trouvent pas encore de réponses concrètes - incertitude qui est encore renforcée par l'insécurité actuelle de l'emploi. Cela peut déboucher, plus souvent que dans le passé, sur une tendance à la prolongation des études : certains étudiants accumulent les diplômes pour se former le mieux possible, mais aussi, je pense, pour reculer l'échéance.

D'autres, qui ont eu un parcours sans accroc, s'effondrent tout à coup en dernière année d'études, parfois au moment de déposer leur mémoire : plus rien ne fonctionne, c'est le blocage complet. Ce qui peut également jouer dans de tels phénomènes, c'est la difficulté de faire le deuil de la vie d'étudiant. Au fond, ils sont à l'école depuis la maternelle, et ils doivent se dire : «les études c'est fini, les choses sérieuses commencent, j'entre dans la vie adulte». Il faut faire le deuil de tout le réseau social qui s'est constitué à l'université, et en même temps il faut affronter l'inconnu.»

Et les parents? «Ils rencontrent des problèmes parallèles : inquiétude quant au succès des études et à l'avenir de leur enfant, éventuellement méconnaissance du milieu universitaire (tous les parents n'ont pas fait d'études supérieures), difficulté d'accepter la prise d'autonomie croissante de leur fils ou de leur fille. Le temps des études fait partie du processus d'autonomisation, et les parents ont aussi un deuil normal à faire. Des relations amoureuses se construisent, la question de la sexualité prend une autre dimension que lors des flirts de 15 ans, les étudiants passent parfois la nuit dehors... Ils n'acceptent plus que leurs parents aient le même droit de regard sur leurs activités. Cela peut réveiller ou provoquer des conflits et, en tout cas, cela confronte les parents à leur propre vieillissement : ils passent dans une autre tranche d'âge, et doivent se redéfinir autrement que comme parents, avec les problèmes de couple qui peuvent s'ensuivre.»

S'intégrer dans un milieu nouveau

Pour beaucoup de nouveaux arrivants à l'université, il ne s'agit pas seulement de s'intégrer dans un autre système d'enseignement, mais aussi de s'adapter à la vie dans une ville inconnue. Car, souligne Régine Gossart, il n'y a évidemment pas que des Bruxellois dans les universités bruxelloises : «Les étudiants «koteurs» peuvent rencontrer des difficultés supplémentaires d'adaptation à la vie urbaine ou à la vie dans une autre (grande) ville. Comme tous les étudiants, à leur arrivée en 1ère candidature, ils doivent s'intégrer au milieu universitaire, mais en plus ils doivent organiser toute leur vie au quotidien. S'ils vivent dans un logement de l'université, ils sont entourés d'autres étudiants, et c'est peut-être moins difficile. Mais s'ils habitent un kot privé en ville, ils doivent faire face à la solitude, assurer l'intendance (faire les courses, cuisiner, gérer le budget...), construire une nouvelle vie, au fond. Chez eux, ils ont

des copains, des activités, ils savent où se trouvent les cinémas, les cafés, les autres lieux sociaux; ici, tout est à réapprendre. Pour les étudiants étrangers, il y a encore d'autres problèmes. Souvent, ils portent les espérances de la famille, qui a consenti de gros sacrifices financiers; ils représentent potentiellement la réussite familiale, et sont en quelque sorte mis en demeure de réussir leurs études. En même temps, ils sont perdus dans un pays qu'ils ne connaissent pas, avec une culture qui ne leur est pas familière, parfois dans un grand isolement. Ils vivent une situation paradoxale : d'une part, ils voudraient se tourner vers leur famille, dire à quel point c'est difficile; d'autre part, ils ne peuvent pas décevoir les espoirs mis en eux, ni paraître remettre en question les sacrifices consentis.»

Les cercles étudiants peuvent être un facteur de socialisation : «Il faut cependant distinguer les cercles facultaires, qui ont un rôle plus académique et culturel (diffusion des syllabus, organisation de ciné-clubs...), et les cercles «folkloriques» (baptêmes estudiantins et verres de bière). Mais ces derniers sont peut-être une arme à double tranchant. D'une part, les étudiants à la dérive peuvent y trouver un point de chute où créer des liens, où rencontrer des aînés qui sont passés par les mêmes épreuves qu'eux et s'en sont bien sortis. D'autre part, certains étudiants s'accrochent trop au folklore, croient que le baptême est un passage obligé pour l'intégration, alors qu'ils n'ont pas vraiment envie de le faire.»

Myriam Monheim est très positive vis-à-vis du folklore étudiant : «Dans le meilleur des cas, il peut grandement contribuer à l'intégration : quand on arrive à l'université, on est tout perdu. La réalité ne correspond pas à ce qu'on avait imaginé. Si on vient de sa région, on se retrouve seul le soir; le contact avec la famille se restreint au week-end, et en semaine on peut se sentir très seul. Participer au baptême permet de rencontrer d'autres novices et des étudiants plus âgés, de découvrir le campus... Cela peut donc être un très bon vecteur d'intégration. L'intérêt, pour moi, c'est qu'en parallèle existe toute une vie associative, qui permet d'apprendre à construire un projet, à le gérer et à le mener à bien - qu'il s'agisse d'organiser une soirée, de publier et diffuser des notes de cours, ou de monter un ciné-club. A côté de la guindaille et du folklore, il y a toute la vie d'un cercle étudiant, qui offre des occasions d'apprentissage auxquelles on pense rarement, et qui seront utiles dans la vie professionnelle. Bien entendu, certains n'apprécient pas le baptême. Il joue beaucoup sur la remise en cause

de l'autorité et le dépassement des limites, les expériences qui sortent de l'ordinaire : on pousse les «bleus» à faire des conneries (souvent salaces, mais pas méchantes), à se décoincer, à faire des choses que, normalement, ils ne feraient pas. Evidemment, en jouant très fort avec les limites, on joue aussi avec la prise de risque symbolique et parfois réelle - si on prend le point de vue du psychologue.»

Deux éléments ont une place centrale dans le folklore : «La sexualité est omniprésente, dans les paroles, les gestes, les simulations... et parfois dans les faits : il est évident que de jeunes adultes qui se rencontrent ont davantage tendance à avoir des relations sexuelles entre eux que s'ils étaient encore adolescents. Plus délicat : la sexualité peut aussi constituer un moyen d'intégration. Bien entendu, cela reste informel, voire inconscient, mais certaines jeunes filles (ou certains garçons) peuvent avoir l'impression qu'en sortant avec un plus âgé, elles vont mieux s'intégrer et se faire connaître. Ce qui n'est d'ailleurs pas faux. Le problème peut se poser quand il s'agit de personnes très fragiles, qui n'ont pas la capacité de dire non. Sous le rite imposé (et je ne parle pas d'un droit de cuissage sur les nouveaux!), il y a des valeurs dont l'initié - et parfois l'initiateur - ne comprend pas toujours très bien la portée : c'est là que des abus peuvent se produire.»

Pourrait-on dire qu'il s'agit d'un rite de passage? «Ah oui, c'est très net. Le baptême lui-même est un rite d'initiation qui fonde une appartenance commune : on arrive naïf, on est initié à certaines pratiques, à certaines valeurs. Le jour du baptême est vraiment l'apothéose de l'initiation; on entre dans la grande famille des baptisés, on reçoit la «penne» qui en est le symbole, avec tout un rituel d'intronisation par un aîné. Et, après cela, il y a encore plusieurs étapes dans le «cycle de vie» folklorique : jeune baptisé, ancien encore actif, «vieux sage»...»

Le deuxième élément omniprésent, c'est l'alcool : «On boit lors des baptêmes, pendant les soirées et les activités folkloriques au sens large du terme. L'alcool permet d'abord de se laisser aller. On apprend donc aux bleus à boire - sauf aux N.A., comme on dit, dont on respecte la décision. C'est une consommation très sociale, ritualisée : on ne boit pas n'importe comment, ni avec n'importe qui. Néanmoins, les personnes les plus fragiles peuvent tomber dans un certain alcoolisme (boire tous les jours, parfois dès le matin) qui les conduit à un cercle vicieux : on guindaille, on boit, on ne va pas aux cours,

on n'a pas ses notes de cours, on a une seconde session, etc. Mais je ne voudrais pas que ces paroles passent pour une attaque contre le folklore et la guindaille. J'ai moi-même été baptisée, j'ai baptisé des gens et, pour moi, il y a des choses très positives là-dedans. Quant aux problèmes liés à la sexualité ou à l'alcool, je pense que, si certaines personnes n'arrivent pas à dire non, ce n'est pas seulement à cause du contexte folklorique.»

Mais la responsabilité des organisateurs n'est-elle pas engagée vis-à-vis de ces gens plus fragiles? «Bien sûr. Et d'ailleurs, n'est pas «comitard» (organisateur de baptêmes) qui veut : il y a des élections, auxquelles participent tous les membres du cercle. En cas de dérapage, c'est la responsabilité du comité et du président de baptême de mettre immédiatement le holà. Le danger est plutôt ailleurs. Les autorités académiques n'aiment pas ce genre de festivités : ça ne fait pas très chic pour l'image de marque de l'université, les parents pourraient penser que c'est une cause d'échec, que la jeune fille risque de se faire violer, le garçon de boire beaucoup trop, etc. Mais on ne peut pas demander à quelqu'un de devenir adulte sans qu'il puisse expérimenter une certaine forme de risques pour mieux se connaître. Et si on essaie d'interdire ce folklore, il ne disparaîtra pas : il émigrera vers des zones plus sombres, sans contrôle social, où les dérapages seront vraiment graves. Il est donc essentiel de garder un espace de liberté et de visibilité.»

Laissons le mot de la fin à Régine Gossart : «En dehors des cercles, le tissu associatif offre des activités de toutes sortes - sportives, musicales, théâtrales, artistiques. On constate cependant que ce sont souvent les étudiants qui n'en ont pas le plus besoin qui utilisent toutes ces ressources, parce qu'ils ont cette capacité d'aller vers les autres que les plus inhibés, justement, n'ont pas. Il en va de même pour les logements de l'université, où l'on essaie d'instaurer un certain fonctionnement collectif, de manière à ce que les étudiants puissent se rencontrer. Mais si on reste seul dans sa chambre... Tous les services, ici, se posent la même question : comment aider les étudiants qui n'arrivent pas à demander de l'aide, justement parce que leur personnalité est plus fragile? Pour sauter le pas, il faut affronter un obstacle sur le plan narcissique : reconnaître qu'on ne s'en sort pas. C'est très dur à accepter, et encore plus lorsque la réussite académique et sociale est un enjeu familial. Dire «je n'y arrive pas», c'est décevoir les parents, les copains... et soi-même.» ■

Propos recueillis par F. Kinna et A. Cherbonnier

– *Psy-Campus (ULB), 127 avenue Buyl, 1050 Bruxelles, tél. 02/650.20.26*

– *Service d'Aide aux Etudiants (UCL), Bâtiment «La Mairie», 31 promenade de l'Alma (BP 43/4547), 1200 Bruxelles, tél. 02/764.41.31.*



Photo © Marc Pierret/Question Santé

Santé et politique

Le printemps - saison du renouveau - et les élections approchent. A cette occasion, nous avons voulu donner la parole aux quatre partis démocratiques francophones siégeant au Conseil de la Région de Bruxelles-Capitale. Pour cela, nous avons pris contact avec les Présidents de groupe, qui ont désigné un porte-parole ou répondu eux-mêmes.

Nos interlocuteurs étaient :

- M. Willy Decourty, Président de la Commission Santé de la COCOF, membre du groupe PS;
- M. Paul Galand, membre du groupe Ecolo;
- M. Dominique Harmel, Président du groupe PSC;
- Mme Françoise Schepmans, membre du groupe PRL-FDF.

A tous, nous avons posé trois questions.



Selon vous, quels sont les atouts de Bruxelles en termes de bien-être, de plaisir de vivre en ville?

W. Decourty : La question est vaste. Car «bien-être» et «plaisir» sont des notions qui relèvent de la subjectivité la plus large et chacun d'entre nous dispose de paramètres très personnels pour en faire sa propre évaluation. Il faut donc sélectionner, de manière arbitraire, les éléments susceptibles d'être reconnus par une majorité comme jouant un rôle important - sinon fondamental - dans l'équilibre plus ou moins harmonieux sur lequel repose la vie au quotidien dans la ville. Et à Bruxelles plus particulièrement.

Je pense avant tout que Bruxelles est une ville à échelle humaine. Par sa taille, tout d'abord, qui fait d'elle une ville de province par rapport à d'autres capitales, comme Paris, Londres ou Rome... Par sa densité de population, ensuite. Bruxelles n'est pas une ville qui «grouille» comme le centre de Paris où l'effervescence et la tension fatiguent et oppressent... On y vit selon un rythme moins soutenu, détendu et agréable. Bruxelles est également une ville verte; ses parcs sont nombreux, la forêt de Soignes est proche et les maisons d'habitations sont légions à posséder un jardin. Les centres d'animations sont multiples et différenciés, répartis à la fois par commune et par quartier. Les loyers, malgré une hausse significative au début des années 1990, demeurent encore raisonnables.

Enfin, Bruxelles possède toujours de nombreux joyaux architecturaux qui ont échappé à ce que l'on a qualifié

de «bruxellisation», c'est-à-dire à la destruction aveugle pour faire place à des immeubles fonctionnels, sans âmes et particulièrement rentables pour certains promoteurs immobiliers. Des efforts spécifiques de réhabilitation ont d'ailleurs été consentis par les pouvoirs publics régionaux et communaux depuis quelques années...

Voilà pour l'essentiel. Les aspects sont tellement multiples que chacun d'eux nécessiterait un développement particulier.

Cette approche sommaire ne devrait cependant pas masquer certaines réalités. Le tableau est loin d'être idyllique. Bruxelles est limitée géographiquement à ses 19 communes et coupée de son hinterland économique. L'exode de populations vers le Brabant flamand et wallon semble enrayé mais l'équilibre est encore fragile. Les investissements en matière de logement et d'habitat doivent se poursuivre, comme il convient d'accentuer la protection contre l'envahissement des bureaux dans les quartiers résidentiels. La réhabilitation des vieux quartiers doit être épaulée par un encadrement social des familles les moins favorisées. Et, last but not least, il faut s'atteler de manière pragmatique et réaliste au problème de la mobilité à Bruxelles. Et, en cette matière, les Bruxellois ne sont pas seuls maîtres du jeu: l'amélioration et la multiplication des transports en commun, aussi bien à l'intérieur des murs qu'à l'extérieur, dépendent du pouvoir fédéral ainsi que des trois Régions.

P. Galand : Vous commencez par la question la plus fondamentale, celle des déterminants de la santé : ce qui fait le bien-être, le plaisir de vivre. Je considère que l'atout principal, c'est une certaine diversité, qui a été mise en cause dans certains quartiers monofonctionnels. Ceux-ci illustrent *a contrario* les atouts des quartiers qui sont restés mélangés, mixtes, où le commerce, les PME sont présents, où il y a des écoles, des cafés, des services publics de proximité. Des quartiers qui illustrent aussi l'approche déambulatoire de la ville, une approche que rejoint, de façon peut-être suprenante, une étude de l'ISSP Louis Pasteur. Cette étude montre que l'un des premiers problèmes de santé à Bruxelles, ce sont les difficultés de déplacement, liées à des pathologies du système locomoteur... La ville a gardé des possibilités. Il ne faudrait pas grand-chose pour rétablir le piéton comme norme. Sur ce plan, le type du mauvais projet, c'est le projet Cora à Anderlecht : on va vider la rue centrale d'un tas de petits commerces, avec toute une vie le jour comme le soir. Beaucoup de gens



D. Harmel : Le premier atout, c'est l'importance du monde associatif. Si vous faites le tour de Bruxelles, vous verrez que, dans beaucoup de quartiers, des gens se regroupent pour une école de devoirs, la défense de l'habitat, de la qualité de la vie, l'aménagement d'une plaine publique... Un autre atout, c'est la convivialité qui existe dans beaucoup de quartiers. Bruxelles connaît ce luxe d'être une capitale européenne à visage humain; sur ce plan, elle n'a rien de comparable avec Paris ou Londres. Ce n'est pas un hasard si on a organisé en 1995 un colloque autour du concept de Ville-Santé, réunissant 500 acteurs de terrain. Il peut y avoir, à Bruxelles - grâce, notamment, à la structure régionale que nous connaissons -, une très grande proximité entre le décideur politique et l'ensemble des habitants. C'est pour moi un des atouts majeurs : nous sommes aujourd'hui, sur un territoire très exigu, 75 responsables politiques que chacun peut rencontrer au coin de la rue. Cela permet de répondre plus adéquatement à un certain nombre de problèmes, pour autant que l'on ait un bon contact avec tous les relais de santé, pour autant que l'on sorte des chapelles idéologiques et du clientélisme. Il est insupportable que, depuis plusieurs années, toute bonne initiative privée qui a fait ses preuves soit récupérée par les autorités communales... ce qui, d'ailleurs, entraîne rapidement son déclin. L'atout, c'est qu'un grand nombre de Bruxellois se sentent concernés et désirent participer activement à l'avenir de leur ville-région. J'ai l'impression

vivent seuls, et leur vie sociale c'est la rencontre dans le quartier.

Bruxelles a d'autres atouts : ses espaces verts, par exemple. Sans parler de son côté un peu surréaliste. Citons par exemple les théâtres, qui permettent de sortir de l'ordinaire, de faire la fête tout en restant près de chez soi.

Bruxelles manifeste aussi sa créativité en recherchant des structures politiques qui rendent compte de la complexité de ses réalités. Ces structures pourraient être valorisées si elles étaient bien expliquées. On est à l'opposé de la méthode Van den Brande : c'est la méthode Ecolo-Agalev, pour ne pas nous citer, mais on en retrouve aussi des accents dans les discours de Charles Picqué ou de Rufin Grijp. On essaie que la diversité tienne ensemble et, par là, on dit aux gens : «il y a une diversité en vous, vous n'êtes pas obligés d'oublier cette part de vous-mêmes, il faut au contraire l'assumer». Si c'était valorisé, ce serait un mieux pour les gens, même sur le plan de la santé au sens large du terme.

que c'est typiquement bruxellois : dans quel autre lieu les commissions de concertation en matière d'aménagement du territoire fonctionnent-elles aussi bien? C'est d'ailleurs un concept bruxellois.

Cependant, il y a aussi un danger : si nous sommes capables d'avoir cette connivence entre nous, nous sommes aujourd'hui instrumentalisés par d'autres, qui ont d'autres projets que nous quant à notre avenir. Un simple exemple : comment les deux autres Régions n'ont-elles pas compris que la problématique de la pollution - l'entrée quotidienne de milliers de voitures - finit par rendre la vie en ville insoutenable? Nous avons pris, en concertation avec les habitants, un certain nombre de mesures qui ont par exemple abouti à augmenter de 11% le taux de fréquentation des transports publics entre 1991 et 1995.

Quand on propose aujourd'hui de supprimer la bande de sécurité du ring de Bruxelles, pour que la circulation puisse se faire sur 4 bandes, et qu'on vous dit sans rire «voilà une manière de résoudre la problématique de la mobilité», c'est aberrant : comment les ambulances pourront-elles passer?... Favoriser la mobilité, c'est créer des parkings de persuasion à l'extérieur de la ville, continuer à développer le transport en commun et à le rendre attractif, et mettre en place ce RER dont on parle depuis 20 ans. Mais faire un viaduc

sur la rue de la Loi, pour qu'il y ait deux fois 4 bandes de circulation, ça c'est tout le contraire d'une Ville-Santé; c'est la ville instrumentalisée pour en faire autre chose!

Les atouts sont énormes, pour autant que l'on reste attentif aux équilibres, à la mixité. C'était un des aspects essentiels du PRD, qui a été balayé d'un revers de main. Aujourd'hui, on a le sentiment qu'il faut absolument mettre des bureaux un peu partout. Je pense que c'est

une erreur, et qu'il faut protéger avant tout l'habitat pour recréer cette mixité des différentes fonctions de la ville. Un exemple : le quartier européen. L'idée du PRD était de placer autour du «Caprice des Dieux» une zone de protection accrue du logement, pour rétablir un équilibre et un contrôle social dans un quartier qui, sans cela, est désertique à partir de 18h00. On ne peut pas avoir une ville où il fait bon vivre lorsque des zones monofonctionnelles sont infréquentables à certaines heures.



F. Schepmans : Un des atouts fondamentaux de la Région bruxelloise dans le domaine de la santé est de posséder une infrastructure hospitalière et un réseau de maisons médicales relativement importants. A mon sens, les services fonctionnent suffisamment bien pour pouvoir rencontrer les difficultés de nos concitoyens et constituent incontestablement un «bonus» pour la Région. Le revers de la médaille, c'est naturellement le financement de ces réseaux. N'oublions pas - et une étude commandée par le ministre Hervé Hasquin l'a largement démontré - que plus d'un tiers des patients qui fréquentent les hôpitaux bruxellois résident en Flandre (16,06%) ou en Wallonie (17,27%). A cet égard, il faut reconnaître que le pouvoir fédéral n'assume pas toujours ses responsabilités. Le Constituant de 1993-1994 a délégué un certain nombre de compétences communautaires aux deux Régions (matières culturelles, santé, tourisme...) sans s'interroger véritablement sur le financement adéquat.

Dans le domaine de la santé, l'exemple des soins à domicile est très révélateur d'un certain manque de logique au sein du système institutionnel belge. Le gouvernement fédéral élabore une politique qui permet aux personnes en difficulté de pouvoir rester chez elles et de ne plus nécessairement être hospitalisées ou placées en maisons de repos. Il n'empêche : pour les Bruxellois francophones, les charges des soins à domicile sont entièrement supportées par la COCOF. Les relations entre la Communauté française et la

COCOF sont émaillées des mêmes difficultés : la définition très large de la promotion de la santé en Communauté française, placée en tête du décret du 14 juillet 1997, conduit implicitement à conférer à la COCOF de nouvelles missions. Or, la très minime augmentation en 1998 (0,3%) de la dotation annuelle de la Communauté française à la COCOF démontre que les autorités responsables n'ont pas toujours pris en considération cette nouvelle donne. Il est donc indéniable que depuis maintenant cinq ans, la Région bruxelloise doit faire face à un élargissement important de ses missions.

La fédération PRL-FDF défend depuis des années l'idée d'une large solidarité entre la Communauté française et les Régions. Mais il y a malgré tout un certain nombre de données objectives et structurelles qui alourdissent notablement le budget de la Région bruxelloise et qui ne sont pas toujours prises en ligne de compte. Aux charges supplémentaires que je viens d'évoquer, s'ajoute notamment la lutte contre la pauvreté et la précarité inhérentes aux grandes villes comme Bruxelles et la nécessité de développer des actions de proximité plus importantes qu'en province.

Pour répondre de manière globale à votre question, je crois que la Région offre les services nécessaires pour pouvoir encadrer positivement tous ses habitants - et particulièrement ceux qui connaissent une situation précaire - mais cela implique ipso facto des sacrifices budgétaires dans d'autres départements (culture, tourisme, formation professionnelle).



Quelles sont vos priorités en matière de santé, à Bruxelles, et comment les situez-vous par rapport à la politique de la COCOF?

W. Decourty : Je suis d'avis que dans une grande ville, la priorité en matière de santé doit être donnée à une approche de proximité. L'isolement et la misère sociale, qu'engendre et favorise paradoxalement la structure urbaine, ont des conséquences multiples sur le plan de la santé. Négligence sur le plan de l'hygiène, absence de soins dentaires, prévention inexistante, refuge dans l'alcool ou les drogues, autant de phénomènes qui

caractérisent certaines populations défavorisées dont les rares contacts avec les milieux sociaux et médicaux s'effectuent bien souvent trop tardivement, dans les moments de crise. La seule réponse alors est le traitement de choc dans une institution hospitalière.

Conséquences : les traumatismes sont parfois douloureux et la note élevée pour le patient ou la collectivité...

Bien équiper les petites unités médicales, les coordonner en fonction de leurs diversités, de leurs objectifs et des services qu'elles fournissent, me semble être une démarche susceptible d'assurer cette proximité. C'est, en tout cas, la politique menée actuellement par la COCOF qui a vu ses budgets augmentés pour ce qui concerne le social et la santé. La COCOF défend une conception des soins axée sur l'approche globale du patient; elle la



P. Galand : Je viens de parler des déterminants de la santé. La COCOF a développé cela dans ses publications; on ne prend pas les problèmes par le côté pathologique mais par le côté dynamique.

Une deuxième priorité, c'est de rendre aux gens la capacité d'intervenir sur leur milieu de vie, leur environnement : on se situe donc dans une perspective de santé communautaire.

Troisièmement, il y a l'accessibilité des soins et des services; on doit pouvoir agir rapidement, que ce soit en termes préventifs ou curatifs. Pour cela, les nouvelles normes d'assurabilité ont apporté quelques améliorations, qu'il faut évidemment suivre pour voir comment elles s'appliquent dans les faits et quel est leur impact réel. D'où l'importance d'évaluer les mesures qui sont prises, afin de pouvoir les ajuster à temps. La priorité à l'accessibilité des soins ressort également du Rapport sur l'état de la pauvreté. La COCOF y contribue certainement par le soutien qu'elle apporte aux maisons médicales. Il faudrait renforcer ce soutien, ainsi que l'information de la population quant à la place du médecin



D. Harmel : A mon sens, la première priorité, c'est l'accès aux soins de santé. Le rapport sur l'état de la pauvreté en Région bruxelloise montre que, malgré les efforts incontestables qui ont été faits, plus de 10% des habitants passent à travers les mailles du filet de la Sécurité sociale. Deuxième priorité, qui me semble essentielle : le libre choix du patient. Ce principe fondamental est aujourd'hui bafoué par les conventions qui existent entre les CPAS et les hôpitaux publics, obligeant les personnes qui émargent aux premiers à se faire soigner dans les seconds. C'est scandaleux.

Troisième point : pour que ce libre choix puisse s'opérer, il faut veiller à l'existence du principe d'égalité entre hôpitaux publics et privés. Je ne peux pas admettre ce que l'on voudrait nous faire croire : que les hôpitaux publics auraient le «monopole du pauvre». En Région bruxelloise, les cas difficiles sont pris en charge aussi bien par les hôpitaux Saint-Jean ou Saint-Etienne que par l'hôpital Saint-Pierre. En 1994, alors que j'étais Ministre de la Santé, j'ai été fort critiqué lors de la mise en place du plan Iris. Ce plan était pourtant très clair : un montant important - 4 milliards - devait couvrir le déficit des

concrétise en favorisant une médecine ambulatoire et en développant un système transversal qui repose sur des équipes pluridisciplinaires. Je ne puis qu'appuyer cette orientation qui place le patient potentiel au centre des préoccupations, et qui lui garantit un environnement à la fois préventif et curatif, efficace par sa proximité et son accessibilité à tous.

généraliste, du médecin de famille. On voit bien qu'à Bruxelles des gens s'adressent encore trop souvent directement à un spécialiste. C'est évidemment lié à l'importance de l'offre médicale spécialisée, mais cela peut se faire au détriment de la santé : je pense qu'une personne gèrera mieux sa santé si elle peut s'adresser à un médecin généraliste et parler avec lui de l'ensemble des problèmes qu'elle rencontre, même si certains d'entre eux méritent des soins spécialisés.

En matière de prévention, il y a un problème structurel, lié à la répartition des compétences entre Communautés et Régions. On verra comment on pourra dépasser ce que je considère pour ma part comme une anomalie; comment on pourra se concerter et mieux articuler la prévention auprès des acteurs de terrain. Il faudrait avoir une logique urbaine de santé, ce qui implique une coordination entre COCOF, VGC, CCC et Région - puisque le logement, la mobilité, par exemple, qui ont des incidences directes sur la santé, sont des compétences régionales.

hôpitaux publics, avec en contrepartie une obligation de résultats, qui était d'atteindre l'équilibre en 1999. Je constate qu'aujourd'hui on n'y est pas encore. Nous avons posé de nombreuses questions au Parlement bruxellois à propos de ce dossier, mais, incontestablement, le flou reste important. Quant à la politique de construction des hôpitaux publics, le programme de cinq ans prévu en 1994 a été revu en 1997 et transformé en un programme de douze ans : là non plus, on n'a pas respecté un principe d'égalité dans les montants qui devaient être affectés aux hôpitaux publics et privés. Je ne suis pas là pour défendre un type d'hôpital contre un autre, mais, aujourd'hui, le privé est aussi performant et moins coûteux que le public : lorsque difficulté il y a, le premier met la clé sous le paillason, par contre le second peut compter sur la couverture du déficit par le biais du CPAS. Il faut maintenir les deux, justement pour permettre le libre choix du patient.

Si l'on veut favoriser ces priorités, les soins de première ligne devraient être développés. Beaucoup de gens n'ont plus de médecin traitant; nous avons connu, en 1994-

95, un cas très clair avec les toxicomanes : ils se retrouvaient dans les services d'urgence sans avoir pris aucun contact auparavant. Il faut que non seulement les médecins généralistes mais aussi le monde associatif puissent jouer un rôle de proximité à l'égard des personnes qui ont besoin d'aide.

F. Schepmans : Sous cette législature, c'est vraisemblablement dans le domaine de la santé que le Collège de la COCOF a pris le plus de décrets. Le budget affecté à ce département a connu une réelle expansion : on est passé de 570,3 millions consacrés à la santé publique en 1995 à 654,7 à l'heure où je vous parle. Un secteur comme la lutte contre la toxicomanie s'est vu affecter une vingtaine de millions supplémentaires (82 en 1995 contre 101 en 1998).

Concernant le décret sur les soins et services à domicile, je regrette le fait suivant : si définir un cadre est positif, en l'occurrence il faut reconnaître que l'autorité responsable a quelque peu figé la situation. Dans le cas des centrales de soins à domicile, l'on a en réalité entériné la domination des grandes centrales existant actuellement. En effet, ce secteur de la politique de santé fait l'objet depuis des années d'un quasi-duopole de la part des associations sociale-chrétienne et socialiste, qui sont aujourd'hui confortées dans leurs rôles de meneurs et plus encore pour la dernière nommée.

La fédération PRL-FDF s'est émue de cette situation. Nous craignons en effet qu'à l'avenir la liberté du patient soit quelque peu amoindrie par ce cadre relativement restrictif et contraignant. On risque en effet d'imposer aux patients une «voie unique» dont ils auront par la suite beaucoup de mal à sortir et ce sans préoc-

cupations concernant une politique de santé cohérente et adaptée.

Enfin, nous devons impérativement changer de lunettes. Quand on parle santé, on pense curatif. Il est grand temps de développer une approche nouvelle du concept de santé donnant la priorité à la prévention, que ce soit au niveau fédéral, communautaire ou régional.

La liberté de choix du patient - liberté de choix thérapeutique, liberté par rapport aux médecins et aux paramédicaux - est une conception à laquelle nous sommes particulièrement attachés, et qui revient d'ailleurs tout au long des différentes manifestations et prises de position de la fédération. Or, nous avons le sentiment que les textes pris tant au niveau de la COCOF qu'au niveau fédéral installent les gens dans un «moule» dont ils auront beaucoup de mal à s'émanciper s'ils le souhaitent. L'exemple des 91 maisons de repos francophones est également très parlant à cet égard. Sans doute, je le répète, l'action de la COCOF en matière de santé publique a-t-elle été durant cette législature globalement dynamique et positive, mais si encadrer les gens peut être une bonne chose, il est incontestable qu'elle les prive aussi quelque peu de leur liberté de choix.

Je formule un autre regret : depuis plusieurs années, des études ont amplement démontré que le cadre de vie, l'environnement, le travail ou encore la culture peuvent avoir une conséquence positive sur la santé. A cet égard, il est dommage que les autres budgets de la COCOF soient trop limités. Les spécificités bruxelloises méritent qu'on leur consacre davantage d'attention ainsi qu'un soutien financier plus large.

représentants qui siègent au sein des assemblées générales et des conseils d'administration de ces centres. Une structure de participation et de collaboration qui associe les deux Régions est à présent mise en place; je pense qu'il faut lui laisser le temps de faire ses preuves. C'est à l'expérience qu'il faudra évaluer le bien fondé de la situation actuelle; mesurer les aspects positifs et négatifs afin de voir s'il faut améliorer les choses ou changer son fusil d'épaule... Le débat n'en est pas clos pour autant. Mais il est, me semble-t-il, trop tôt pour trancher...

Quelle est votre position quant à un transfert de compétences aux Régions, notamment en matière de prévention ?

W. Decourty : Ne précipitons pas les choses. La médecine préventive est du ressort de la Communauté française. Ce qui n'a pas empêché, jusqu'à présent, que les Régions collaborent avec la Communauté sur différents dossiers. De plus, un décret sur la promotion de la santé, mis sur pied par la ministre-présidente Laurette Onkelinx; a débouché sur l'installation de centres locaux qui viennent d'être récemment agréés pour cinq ans.

Toujours en vertu de ce décret, les provinces wallonnes et la COCOF (compétente pour Bruxelles) délèguent des

P. Galand : Notre position - et c'est logique, après ce que je viens de dire - est de confier à la COCOF et à la Région wallonne l'essentiel des compétences de prévention en matière de santé - sauf en ce qui concerne l'ONE et l'IMS, qui nécessitent une réflexion très approfondie. L'IMS est vraiment liée à l'Enseignement, matière communautaire. Une articulation serait à trouver. De façon plus générale, la médecine scolaire gagnerait à une approche préventive, également plus orientée vers la qualité du cadre d'enseignement, des locaux, comme on trouve en médecine du travail. Quand on voit l'ergonomie dans certaines classes, et même simplement le volume des locaux, l'éclairage, les installations sanitaires... Dans une perspective de santé communautaire, d'autres problèmes pourraient être pris en compte, qui vont de la violence à la qualité de l'alimentation : les distributeurs automatiques de chips, quel contre-exemple! De la même manière qu'il existe dans les entreprises des comités de sécurité et d'hygiène



D. Harmel : Si l'on veut être plus efficace, une bonne politique de prévention devrait se faire dans le lieu où se retrouvent l'ensemble des francophones ou l'ensemble des néerlandophones, c'est-à-dire au niveau des Communautés. De telle manière, l'Etat fédéral, la Région wallonne et la COCOF, qui s'occupent du curatif, et les Communautés, qui s'occupent du préventif, pourront définir une politique commune de la santé. Quand j'étais aux affaires, j'ai assisté à des conférences interministérielles : dans certains domaines, nous étions huit ministres responsables! La dilution est tellement importante entre les différents niveaux de pouvoir que,



F. Schepmans : Un transfert de compétences peut-être, mais pas nécessairement vers les Régions. Il est vrai que dans plusieurs domaines, il manque une cohérence dans l'action à mener; à Bruxelles, nous sommes particulièrement à plaindre en la matière, puisque les compétences sont dispersées entre le fédéral, la Communauté française, la COCOF ou la VGC, et la CCM... Une proposition qui avait été suggérée par le PRL-FDF lors de ses Assises sociales du 10 octobre dernier était de créer un Comité francophone de Solidarité qui encadrerait les politiques suivies par la COCOF, la Région

(dénommés depuis la nouvelle loi sur le bien-être au travail «comités de prévention et de protection»), pourquoi n'existerait-il pas des comités de prévention et de promotion de la santé dans les écoles? Ce seraient des lieux de dialogue, où les élèves et les professeurs seraient présents, qui se donneraient des objectifs précis et réalistes d'école en santé. L'aménagement de l'environnement est un autre point important : un environnement dégradé ne donne pas envie aux élèves de venir à l'école, ne pousse pas à l'estime de soi. C'est d'ailleurs la même chose pour les enseignants : quand ils sortent d'un cours, avec tout le stress que cela peut engendrer, il ne faut pas que la salle des professeurs soit bondée, enfumée, bruyante, qu'il n'y ait pas un coin où ranger ses dossiers, ses affaires...

Mutatis mutandis, ceci est vrai aussi pour les quartiers, dans les perspectives de la santé communautaire.

in fine, les choses deviennent très difficiles. Nous avons avantage à ce que des lieux bien déterminés prennent en charge des politiques volontaristes. Si la prévention était entièrement du ressort des Communautés, le dialogue avec le fédéral serait plus simple, ne serait-ce que parce que les partenaires seraient moins nombreux... D'ailleurs, on voit bien qu'aujourd'hui le Comité interministériel de la Santé se réunit de plus en plus rarement. C'est au Ministre fédéral qu'il appartient de coordonner les différentes politiques de santé.

wallonne et la Communauté française et qui permettrait précisément de mieux harmoniser les orientations de ces trois entités fédérées en matière de santé publique. Le programme du PRL est favorable à un retour de compétences en matière de santé au niveau fédéral, essentiellement pour des raisons budgétaires. Toutefois, si la prochaine législature devait voir un transfert de compétences depuis la Communauté française ou le fédéral, il faudrait accorder plus de moyens aux Régions et à la COCOF pour qu'elles puissent mener à terme leurs projets et assurer leurs nouvelles fonctions.



Toxicomanie et approche communautaire : quelques pistes de travail des Antennes Lama

La démarche communautaire est, généralement, entendue comme ne pouvant s'appliquer aux problèmes de drogues. Les toxicomanes posent trop de problèmes pour que l'on puisse en discuter dans les communautés dont ils sont issus. Par ailleurs, leur refus de s'impliquer dans une dynamique collective serait plutôt source d'activités qui vont à l'encontre d'un travail communautaire. En santé mentale, on nomme la toxicomanie, le « symptôme » (et, par conséquent, le « vrai » problème » est ailleurs).

Alors, que faire si ce symptôme devient la problématique d'un quartier?

Sans vouloir polémiquer, il arrive que des travailleurs établissent le « diagnostic » d'un quartier où les problèmes de drogues sont présents - tant dans les discours que dans les événements - sans jamais parler de drogues! La conséquence qui s'en suit amène les toxicomanes à prendre une place de choix : celle de la clôture de la communauté, celle de permettre à une communauté de s'identifier à elle-même (ce que nous ne sommes pas) avec, en négatif, ceux qui la désincarnent, au prix de leur santé et même de leur vie.

De fait, une approche communautaire va à l'encontre des problèmes de drogues. Il est actuellement plus facile d'être soudés contre les toxicomanes, contre la drogue (fût-ce par le déni) que d'envisager une approche solidaire - une approche qui implique de rester accueillants et bienveillants, là où la répression nous dicte la sévérité du jugement vis-à-vis de personnes dans l'illégalité et de leurs produits diaboliques.

Pour situer notre position, prenons un exemple : celui (récurrent) de la famine organisée (cf. les famines dans certains pays d'Afrique). Le travailleur envoyé sur le terrain doit-il nourrir la population d'une analyse politique

ou se préoccuper que ces personnes ne meurent pas de faim? Chaque chose en son temps...

Voici quelques pistes de travail qui nous ont apporté d'autres éléments d'analyse, d'autres images de la toxicomanie, des toxicomanes, de leur famille, de leurs proches.

Selon nous, un travail communautaire en matière de drogues s'organise autour de trois pôles : les usagers de drogues, les habitants et les professionnels de la santé. Il s'agit de trouver ensemble des modalités de gestion qui puissent être adaptées à cette réalité composite.

Le rôle du travailleur communautaire est donc la recherche de ce point d'équilibre, qui bien souvent demandera une remise en question de ses propres représentations (prendre la défense inconditionnelle des uns contre les autres, trouver des victimes et des coupables...) ainsi que de son rôle (imposer son cadre de référence). Nous avons donc orienté notre travail comme suit :

- Création d'un lieu d'accueil pour tous ceux qui sont concernés par les problèmes de drogues, un lieu valorisant la convivialité et ouvert à tous (y compris ceux qui ne sont pas demandeurs d'un traitement médical). Ce lieu est devenu petit à petit le cœur de l'Antenne, puisqu'on y vient pour se rencontrer, parler de soi, prendre un café, donner des nouvelles, recueillir des informations ou... se plaindre. L'accueil est aussi un lieu où s'organisent des événements locaux : lieu d'expositions pour des artistes, lieu de débat (sida, Ramadan, élection du conseil consultatif des musulmans) et encore lieu du comité de rédaction du journal de quartier.
- C'est à partir de ce lieu, « oreille sur le quartier », que s'organisent des activités de formation à la réduction des risques sanitaires et sociaux. Ainsi des opérations « Boule de Neige », une formation à la prévention des overdoses en collaboration avec la

Croix-Rouge, où des habitants, des usagers de drogues et des intervenants ont appris ensemble les gestes qui sauvent. C'est là aussi que sont diffusées des informations ponctuelles sur les médicaments qui circulent en rue et les risques liés à un mésusage (p. ex. certaines benzodiazépines, certains barbituriques encore prescrits).

- Mise sur pied d'un réseau d'intervenants de proximité par le biais d'une intervision permettant à des professionnels accueillant des usagers de drogues de réfléchir ensemble et d'organiser leur pratique. Ceci nous a permis de trouver rapidement une réponse lorsqu'il y avait des demandes de soins ou de traitement.
- La consultation de l'Antenne s'insère dans ce réseau et offre un espace de médiation pour les familles mais aussi pour les intervenants : on peut ainsi reprendre un traitement qui a échoué, analyser les difficultés, contacter d'autres centres, élaborer un projet individuel.
- Mise sur pied de partenariats : il ne s'agit pas de créer des services qui existeraient déjà, mais plutôt de faire venir des experts extérieurs afin que les savoirs circulent. C'est ainsi que deux antennes spécifiques se sont créées sur base d'échange d'expériences : il s'agit de l'Antenne d'Espace P (prostitution) et de celle de Médecins Sans Frontières

(personnes réfugiées ou en séjour clandestin - situations qui se multiplient vu la complexité administrative imposée aux étrangers qui veulent s'installer en Belgique).

Pointons deux éléments incontournables à nos yeux : la nécessité d'offrir des réponses aux situations d'individus qui sont en réelle difficulté - il ne sert à rien de changer les messages si l'on ne change pas les actions - et celle d'utiliser pour cela les dynamiques positives qui existent au sein de la communauté. L'un ne va pas sans l'autre, changer les représentations sociales des usagers de drogues ou du phénomène drogues, c'est sans cesse informer, sensibiliser afin d'imaginer des réponses adaptées, et c'est par ces petites actions (small is beautiful) que l'on peut relativiser les propos fantasmatiques ou stéréotypés que l'on nous ressort sans cesse au sujet des drogues et des drogués. ■

*Anne-Françoise RAEDEMAEKER,
Coordinatrice des Antennes du Projet Lama*

Pour toute info :

*Antenne Molenbeek : 16, rue Ransfort, 1080 Bruxelles
Tél.: 02/411 51 61*

*Antenne de Saint-Josse : 49, rue Verbist, 1210 Bruxelles
Tél.: 02/223 33 62*

*Secrétariat : 4, rue de l'Ermitage, 1050 Bruxelles
Tél.: 02/640 71 44*

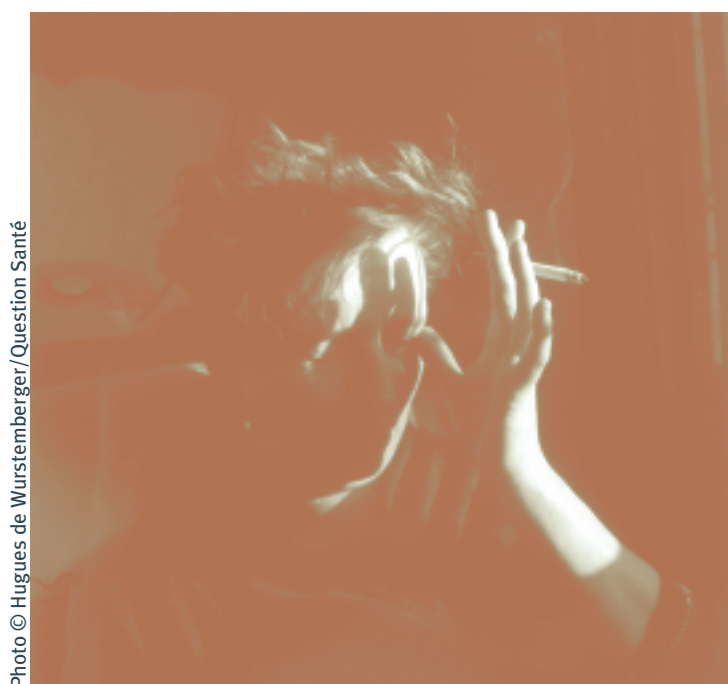


Photo © Hugues de Wursterberger/Question Santé

Les ressources de l'ergothérapie à domicile

Les ergothérapeutes sont probablement les professionnels de la santé les plus méconnus du grand public. Très présents dans les centres de rééducation et les institutions pour personnes âgées (principalement les maisons de repos et les maisons de repos et de soins), ils - et surtout elles - ne pratiquent que rarement en dehors de leurs «ateliers».

Qui parle d'ergothérapie pensera facilement «autonomie» et «activité», deux mots-clés qu'il convient toutefois de préciser quelque peu.

La définition officielle de l'ergothérapie en appelle largement à l'accompagnement.

Le présumé de l'ergothérapeute est que, pour permettre aux personnes handicapées et/ou âgées d'être, de rester ou de redevenir autonomes, il faut s'intéresser à la fois à leurs incapacités et à leur environnement. Par exemple, un même problème de genou apparu chez deux personnes différentes peut conduire aux mêmes incapacités (difficultés pour monter un escalier, sortir du lit, enjamber une baignoire...) mais ne se solutionnera pas de la même manière pour la personne qui habite une villa de plain pied ou pour celle qui habite un troisième étage sans ascenseur. Si l'on veut bien constater les différences de revenu, d'instruction, de motivation, etc., on en arrive assez rapidement à la conclusion qu'il s'agit bien d'un même problème de genou, mais pas du tout d'une situation identique.

L'approche ergothérapeutique consiste à prendre en compte la personne dans sa totalité. En ce compris les rapports qu'elle entretient avec son entourage et son environnement. L'ergothérapeute a donc pour vocation de permettre aux personnes de se (ré)approprier leur autonomie.

Il n'est pas rare de confondre autonomie et indépendance, mais les deux termes recouvrent des dimensions assez différentes. Sans entrer dans les détails, disons que l'autonomie réfère à la faculté de décider par soi-même, tandis que l'indépendance relève de la capacité à réaliser sans aide extérieure les actes et gestes de la vie quotidienne. Lorsque les ergothérapeutes se proposent d'améliorer l'autonomie des personnes handicapées et/ou âgées, ils sont bien conscients que, chez certains

bénéficiaires, il s'agira surtout de leur donner l'occasion de gérer leurs dépendances.

L'organisation des soins de santé, en Belgique à tout le moins, fait la part belle à l'assistance organisée. Lorsqu'une personne se juge (ou est jugée) trop âgée ou trop handicapée pour faire par elle-même un minimum d'activités de la vie de tous les jours (AV) - Activités de la Vie Journalière et AIVJ - Activités Instrumentales de la Vie Journalière¹, l'assistance d'un tiers est presque toujours souhaitée. Mais peut-être existe-t-il entre ces deux voies (tout faire tout seul / faire appel à un tiers) une voie intermédiaire qui consisterait à :

- apprendre à faire autrement;
- aménager l'environnement.

Ce sont là les deux options essentielles de l'ergothérapie à domicile.

Apprendre à faire autrement

Une certaine manière de voir les ergothérapeutes serait de les considérer comme des «adaptateurs universels».

- Un problème pour sortir du lit? Avez-vous pensé à installer une barre d'appui? A moins qu'une échelle de corde ne permette de se redresser plus facilement? Ou peut-être des blocs sous les pieds du lit compenseront-ils la hauteur? A moins qu'un coussin triangulaire ne constitue la meilleure solution.
- Une difficulté pour enfiler des chaussettes ou des boutons? Des enfile-bas et des passe-boutons de toutes tailles et longueurs sont à disposition.
- Les toilettes sont devenues inaccessibles? Un rehausse-WC peut s'adapter en un tour de main, ainsi que des grossisseurs de poignée pour ouvrir et fermer les robinets ou des adaptations pour enfiler un gant de toilette.
- Des miroirs inclinés pour personnes en fauteuil roulants, des peignes à longs manches pour épargner les épaules rhumatisantes, ou des pinces allongées pour éviter la mise à genou sont autant d'instruments facilitateurs qui rendent à nouveau possibles des gestes abandonnés ou réalisés au prix d'efforts douloureux.

Malgré tout, il n'entre pas dans la conception des ergothérapeutes de n'être que des distributeurs d'aides techniques ou de gadgets. Handicapés, seniors ou valides, nous attribuons aux gestes de la vie une valeur

très personnelle. Se nourrir, se laver, s'habiller, se raser, se maquiller, aller aux toilettes... sont des activités quotidiennes que nous préférons généralement effectuer par nous-mêmes.

Mais si cette faculté se restreint, l'attitude face à ce handicap sera très variable : pour l'un il s'agira d'une véritable déchéance, pour l'autre il ne s'agira que d'une situation désagréable. L'une en fera une question de fierté personnelle et demandera à réaliser un maximum d'AVJ par elle-même, l'autre sera très heureuse de ne pas devoir agir par elle-même mais s'inquiétera de soulager le conjoint ou le cohabitant qui la prend en charge.

L'approche ergothérapeutique consiste à définir avec le bénéficiaire les moyens qu'il souhaite vraiment utiliser pour améliorer notablement l'autonomie qui est la sienne.

Aménager l'environnement

Il est assez compréhensible que l'aménagement de l'environnement physique passe par la mise en place de barres d'appuis, de plans inclinés, de rampes et d'autres accessoires de ce type.

Il en va de même pour la rationalisation de certains rangements, l'organisation des espaces de vie ou la gestion des tâches ménagères.

Cela concernera également la disposition des meubles qui entravent les déplacements, l'évacuation des tapis qui glissent sur le parquet ou la fixation des fils du téléphone, qui constituent autant de risques de chute.

Ce peut encore être, pour certaines pathologies évolutives, imaginer et prévoir à plus long terme des transformations d'importance : aménager une salle de douche, installer un lit au rez-de-chaussée, etc.

Ces travaux ne sont pas nécessairement réalisés par l'ergothérapeute, mais discutés et étudiés dans une perspective de maintien à domicile par exemple. L'environnement à prendre en compte peut aussi concerner l'entourage humain : le conjoint qui s'essouffle, la voisine qui ne sait comment relever le malade. Les autres intervenants professionnels - kinés, aides familiales, infirmiers - sont également d'un grand apport dans la manière de permettre cette autonomie à domicile.

Comment faire appel à un ergothérapeute ?

De plus en plus souvent, le retour à domicile, après hospitalisation, est confié à un ergothérapeute qui peut ainsi préparer au mieux ce passage hôpital/domicile.

Mais il s'agit alors d'ergothérapeutes salariés, appartenant à une institution et qui prolongent leur travail jusqu'au retour effectif à domicile.

Le financement est parfois pris en charge par l'institution qui délègue l'ergothérapeute au domicile du patient. Cette prestation n'est pas remboursée à l'institution qui le fait donc uniquement parce qu'elle estime qu'une rééducation menée jusqu'à son terme doit inclure cette visite «gratuite». Quelquefois, cette intervention ergothérapeutique est effectuée à la demande d'une compagnie d'assurance.

Dans les autres cas, la situation est plus complexe. De par la nature de leurs interventions, il est impossible aux ergothérapeutes de calibrer leurs prestations en termes horaires. Ce qui, chez une personne, sera résolu en 15 minutes demandera 3 jours chez une autre. Il en résulte que les pouvoirs publics (et l'INAMI en particulier) n'ont pas encore défini de nomenclature de remboursement pour les prestations ergothérapeutiques hors-institutions. Dans un cadre privé, il n'est donc pas encore possible de faire rembourser l'ergothérapie par la mutuelle. Des projets assez avancés existent et pourraient être opérationnels sous peu. La plupart des coordinations de soins à domicile font appel à des ergothérapeutes «au cas par cas». Il peut alors être possible de bénéficier de prestations éventuellement couvertes par le contrat passé avec cette coordination.

Sans cela, il est, à ce jour, toujours possible de faire appel à un ergothérapeute et d'opérer par étapes : évaluation des problèmes, relevé des solutions à envisager, estimation des coûts et de la durée de prise en charge, et remise d'un devis à accepter ou réfuter par les bénéficiaires.

En tout état de cause, l'ergothérapeute est un paramédical qui, à ce titre, a le devoir de respecter la déontologie professionnelle. ■

1 AVJ) : il s'agit des items définis par Katz à savoir: se lever, se laver, s'habiller, manger, et gérer sa continence. Ce sont des activités de soins personnels.

AIVJ) : c'est Lawton qui a décrit les AIVJ dans la mesure où elles relèvent d'une complexité qui fait appel à d'autres fonctions (avant de manger, il faut avoir préparé le repas pour lequel il aura fallu faire des achats, ouvrir des boîtes, les transvaser, chauffer, juger de la cuisson, etc.)

Philippe Meeus

Pour d'autres renseignements:

GRAPÉ (Groupe de Recherche Appliqué en Ergothérapie)

Av. Masoin, 89 bte 3 -1020 Bruxelles

Association des ergothérapeutes

Av. Léopold Ier, 387 - 1090 Bruxelles

La santé mentale à Bruxelles : regard sur la population consultante

En octobre 1997, la Confédération Francophone des Ligues de Santé Mentale publiait un recueil de données en santé mentale à Bruxelles. L'objet de l'étude était double :*

- *étudier et comprendre l'évolution de la population consultant les Services de Santé Mentale (SSM) à Bruxelles, par rapport aux années antérieures;*
- *déterminer la manière de prendre concrètement en considération l'évolution et les spécificités actuelles de cette population consultante.*

L'objet de l'étude étant défini, le travail s'est plus particulièrement axé sur les missions de service public des SSM, à savoir:

- la prise en compte de la paupérisation des consultants des SSM à Bruxelles;
- la territorialité des SSM;
- la prise en compte de populations spécifiques;
- le renforcement du travail de chaque service;
- la définition de l'«outil SSM»;

...sans oublier pour autant que les équipes de santé mentale s'inscrivent prioritairement dans le champ sanitaire et que leur spécificité première reste celle de «donner du soin».

Les jeunes

Les SSM touchent des populations dans toutes les tranches d'âge, à Bruxelles. Toutefois, la clientèle enfantine est particulièrement importante : en 1996, les enfants représentaient près de la moitié des consultants, alors que moins du tiers des Bruxellois sont des enfants. Cette surreprésentation est particulièrement nette pour les enfants en âge de scolarité primaire : les 5-14 ans constituent 29.4% des consultants, contre 11.2% de la

population bruxelloise. Ce phénomène s'explique peut-être par le fait qu'au niveau des prises en charge d'enfants, il n'y a guère, outre les consultations privées, d'alternative aux SSM.

Contrairement à ce que l'on constate pour les enfants en âge de scolarité primaire, les équipes ont toujours eu l'impression de ne toucher que faiblement le public des adolescents. Les résultats montrent effectivement que ceux-ci sont proportionnellement moins nombreux que les enfants plus jeunes. Toutefois, en regard de la population globale, ils sont eux aussi - même si c'est dans une moindre mesure - surreprésentés dans la population qui fréquente les SSM : les 10-19 ans constituent 20.4% des consultants, contre 11% de la population bruxelloise.



Photo © Marina Cox/Question Santé

Les personnes âgées

Les personnes âgées, par contre, semblent sous-représentées, même si la proportion de consultants a augmenté ces dernières années. Les plus de 60 ans représentent 5.1% des consultants, contre 22% de la population bruxelloise. Ils sont répartis comme suit :

- 1.4% sont âgés de 60 à 64 ans;
- 1.3% de 65 à 69 ans;
- 0.9% de 70 à 74 ans;
- 1.5 % de 75 ans et plus, cette dernière tranche étant dans l'ensemble relativement importante.

Les consultants âgés sont aussi, souvent, les plus isolés. Jusque 75 ans, ils sont environ 55% à vivre seuls (contre 21% dans la population bruxelloise).

Les plus âgés vivent plus souvent que les autres en institution ou dans leur famille, avec l'un ou l'autre de leurs enfants. Généralement, à l'âge et l'isolement s'ajoute un handicap ou une invalidité.

Sexe et nationalité

Pour la variable sexe, on retrouve globalement, «depuis toujours», et dans tous les SSM qui s'adressent à l'ensemble de la population, une répartition 50/50 des consultants; de même, on retrouve plus de garçons chez les enfants qui consultent, alors qu'il y a plus de femmes chez les adultes.

Un peu plus du quart de la population consultante est de nationalité étrangère, ce qui correspond grosso modo à la répartition dans la population bruxelloise : 25,8% dans les SSM contre 29,9% dans la population.

A Bruxelles, parmi les consultants immigrés, les Nord-Africains sont les plus représentés, avec 18,5% (contre 12% seulement dans la population bruxelloise).

Mode de vie

L'analyse du mode de vie des consultants met en évidence une situation assez différente chez les enfants et chez les adultes. La plupart des enfants qui consultent vivent soit avec leurs deux parents naturels, soit avec leur mère seule ou remariée. Ils appartiennent majoritairement à la classe moyenne.

La population adulte semble se trouver dans une situation plus précaire. Ainsi, seuls un consultant sur quatre chez les hommes, et une consultante sur trois chez les femmes, ont un emploi.

Au niveau du taux de chômage, la proportion de consultants est loin de dépasser les statistiques de la population bruxelloise.

Par contre, les personnes dépendant du CPAS et celles qui sont en situation d'invalidité sont largement surreprésentées.

Cette situation sociale difficile semble souvent aller de pair avec des problèmes sociaux, d'alcoolisme ou de toxicomanie, ou des actes délictueux.

Alcoolisme et toxicomanie

La population d'alcooliques et de toxicomanes a pratiquement doublé entre 1989 et 1992, pour se

stabiliser depuis, voire régresser légèrement. Elle regroupe en fait différentes formes de toxicomanie :

- alcoolisme (près de 5% des patients);
- abus de médicaments (environ 1%);
- autres formes de toxicomanie (2%).

Dans près de 4% des situations, le type de toxicomanie n'a pas été précisé.

Une première analyse des données permet de dire qu'il s'agit essentiellement d'adultes dont l'âge varie entre 25 et 60 ans, qu'ils sont surtout orientés vers les SSM par des services sociaux, des structures judiciaires ou des hôpitaux, et qu'ils consultent surtout pour des motifs individuels ou des actes délictueux. Le traitement qui leur est proposé en SSM associe généralement thérapie, guidance et traitement médicamenteux.



Photo © Sandrine Palaerts/Question Santé

Les missions des SSM

En ce qui concerne la territorialité, l'étude confirme la bonne couverture de la population bruxelloise par les SSM bruxellois. Près de 90% des consultants proviennent de la Région de Bruxelles-Capitale, 7,5% sont issus des arrondissements limitrophes de Halle-Vilvorde et de Nivelles. Les quelques pourcentages restants proviennent essentiellement de Wallonie.

Les SSM s'inscrivent dans un cadre généraliste en santé mentale et s'adressent à une population «tout venant». On y rencontre effectivement des patients présentant des problématiques diverses, autant chez les enfants que chez les adultes.

Outre cette diversité des problématiques, on constate aussi qu'une part importante des consultants, enfants et adultes, ne présentent pas de troubles importants, ce

qui témoigne de l'ouverture des équipes, auxquelles on s'adresse dans une perspective préventive.

A l'opposé, il faut noter la lourdeur de certaines pathologies, pour lesquelles les équipes ont mis en place les moyens d'un traitement ambulatoire.

Adultes et enfants

Un tiers des adultes arrivent au SSM spontanément ou via un réseau informel, les deux autres tiers sont orientés par des intervenants extérieurs issus de secteurs très divers. Seul le secteur judiciaire réfère assez peu de personnes aux SSM, encore que la proportion augmente au fil du temps.

Les services sociaux adressent un nombre croissant de situations aux SSM, ce qu'il faut peut-être mettre en relation avec l'évolution de la précarité sociale. D'une manière générale, les consultants adultes semblent de plus en plus souvent orientés par d'autres intervenants, au détriment des réseaux informels.

Les enfants sont majoritairement référés par l'entourage et le réseau scolaire. On perçoit une légère augmentation des situations adressées par la Justice et, peut-être, par les «psys» et le monde médical ambulatoires. Par contre, les institutions sont moins souvent à l'origine des demandes d'intervention du SSM pour les enfants.

La prise en charge en SSM recouvre des interventions qui peuvent être très différentes :

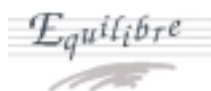
- Pour près d'un patient sur quatre, l'intervention comprend un travail thérapeutique (de type individuel ou familial), un peu moins chez les enfants (16%) que chez les adultes (28%).
- Une guidance est envisagée pour un patient sur dix environ, plus souvent chez les adultes (14%) que chez les enfants (2.1%).
- Un travail avec l'entourage du consultant est réalisé pour une proportion de 15 à 20% de patients.
- Il en va de même pour le travail en réseau, ce dernier étant un peu plus courant pour les adultes, alors que le travail avec l'entourage se fait plus systématiquement pour les enfants.
- Des démarches administratives ou autres sont effectuées dans près d'un quart des dossiers.
- 5% des enfants bénéficient de rééducations logopédiques ou psychomotrices.
- Près de 10% des patients adultes sont suivis pour un traitement médicamenteux.

Ces différentes modalités d'intervention se combinent régulièrement dans une prise en charge intégrée, qui comprend au moins deux types d'interventions différentes pour plus d'un tiers des consultants, et «un peu de tout» pour 10% d'entre eux.

** Recueil des données en santé mentale à Bruxelles, Confédération Francophone des Ligues de Santé Mentale, Service d'études, octobre 1997.*

Photo © Hélène Martiat/Question Santé





est un projet de sensibilisation à la thématique du vieillissement et de la promotion de la santé par le biais de la prévention des chutes.

Un programme de formation destiné aux intervenants qui sont en relation avec des personnes de 60 ans et plus, vivant à domicile :

- * 3 modules de base (reprise à partir de **septembre 99**): *Vieillesse, Communication, Environnement intérieur et extérieur*
- * 4 modules d'approfondissement (à partir de **mars 99**): *Communiquer, Comprendre pour agir, Manutention, Mobilité.*

Pour plus d'infos :

Question Santé:
Tél. 02/512.41.74
Fax: 02/512.54.36
Coordination du projet: Luciane Tourtier

Communication interculturelle en santé

Un cycle de formation organisé par l'asbl Cultures & Santé.

Les formations ont pour objectif de *mieux comprendre l'autre en se penchant sur ses particularités culturelles en matière de santé*, et donc de mieux réagir face à lui. Pour cela Cultures & Santé propose sept modules indépendants :

- Cultures, immigration et milieux défavorisés.
- La communication interculturelle en santé.
- Représentations de la maladie, de la mort, de la santé et du corps.
- Les modèles éducatifs familiaux et la santé.
- Modes de vie, précarité de l'habitat et santé.
- Spécificités de la santé en immigration.
- Intévision.

Ces formations s'adressent aussi bien aux professionnels de la santé qu'aux travailleurs sociaux travaillant en milieu multiculturel.

Chaque module se déroulera à Liège, Charleroi et Bruxelles, à partir du **19 AVRIL 1999**.

Pour plus d'infos :

Cultures & Santé
Tél.: 02/513.56.99
Fax: 02/513.82.28
Contact : Alexandra Dupal

Comment concevoir, réaliser, diffuser, évaluer une affiche + un dépliant en promotion de la santé ?

Comment concevoir, réaliser, diffuser, évaluer un spot radio/TV en promotion de la santé ?

Comment concevoir, organiser, lancer et évaluer une campagne de presse ?

3 ateliers pratiques de communication en promotion de la santé

organisés dans le cadre du Service communautaire de promotion de la santé chargé de la communication, géré par l'asbl Question Santé.

Chaque atelier se tiendra à l'Espace 27 septembre (Bâtiments de la Communauté française) Bd. Léopold II, 44 - 1080 Bruxelles, à partir du **22 avril 1999**.

Pour plus d'infos :

Question Santé
Tél.: 02/512.41.74
Fax: 02/512.54.36
Contact : Philippe Mouchet

7ème Conférence Internationale sur les hôpitaux promoteurs de santé, «Promotion de la santé et qualité : Défis et opportunités pour les hôpitaux promoteurs de santé» - Swansea, Pays de Galles (UK), 21-23 avril 1999.

Le thème central de cette conférence est la relation entre le mouvement «Contrôle de Qualité» dans les soins de santé et les hôpitaux promoteurs de santé.

1999 est l'année internationale des personnes âgées; de plus, il existe de nombreuses raisons pour que les hôpitaux se penchent sur cette tranche de la population, aussi, un autre axe de la Conférence leur sera consacré.

Pour plus d'infos :

Ffynnon-las Ty Glas Avenue,
Llanishen, RU-Cardiff CF4 5DZ,
Tél.: +44-1222-75 22 22
Fax: +44-1222-75 60 00,
e-mail : swansea.conference.99@hpw.wales.nhs.uk

LA POLITIQUE DE LA SANTÉ D COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANÇAISE : BIL

Ministre chargé de la Santé de la Commission Communautaire Française, j'ai eu à cœur, depuis maintenant trois ans et demi, de développer ce secteur indispensable à nos citoyens bruxellois.

Mon action a été articulée sur deux objectifs et ce, afin d'atteindre des résultats tangibles rapidement. Ces deux objectifs, ces deux axes de ma politique sont la proximité et l'accessibilité. Ensemble, ils m'ont permis de lutter efficacement contre l'émergence d'une médecine à deux vitesses dans notre ville.

De par nos mécanismes institutionnels complexes, les compétences de santé sont fort fractionnées à Bruxelles. Je ne gère ainsi aucune grosse infrastructure médicale bruxelloise. Tout au contraire, ce sont plutôt de petites structures médicales, aux objectifs et aux méthodes les plus variés, qui se trouvent placés sous ma responsabilité : services de santé mentale, centres d'écoute téléphonique, maisons médicales, services actifs en matière de toxicomanies, centres de coordination de soins et services à domicile, services de soins palliatifs et continués, etc.

La Région de Bruxelles-Capitale, par nature exclusivement urbaine, génère en effet des besoins tout à fait spécifiques. La solitude, la désespérance sociale y revêtent des formes aiguës auxquelles nous devons apporter des réponses. La promotion d'une politique de proximité constitue une de ces réponses. C'est pourquoi, j'ai renforcé la fonction d'accueil via l'engagement d'une personne spécialement affectée à cette tâche dans chacune des vingt maisons médicales disséminées partout sur le territoire bruxellois. J'ai également reconnu trois nouvelles maisons médicales situées dans des quartiers défavorisés. Ces deux opérations se sont donc traduites par la création de 23 emplois supplémentaires dans ce secteur. Soucieux de l'accessibilité des soins de santé pour tous, j'ai assuré le travail à long terme de vingt et un services de santé mentale dont l'objectif est d'offrir une réponse doublement modulée selon l'âge et la souffrance exprimée.

Face à ces besoins spécifiques de santé générés par le contexte urbain bruxellois, je voudrais brièvement développer deux exemples d'action.

D'abord, les centres d'écoute téléphonique. Deux de ces centres sont - et depuis plusieurs années - agréés par la Commission Communautaire française : le Centre de Télé-Accueil et le Centre de Prévention du Suicide. Ces deux associations accomplissent un travail que je ne crains pas de qualifier de prodigieux... mais surtout de prodigieusement utile. Offrir - au propre comme au figuré,

les appels étant gratuits - une écoute attentive à ceux de nos concitoyens qui atteignent les cercles ultimes du découragement et du désespoir: voilà quelle est la mission dont ces deux centres s'acquittent quotidiennement grâce aux nombreux bénévoles qui y viennent consacrer une part de leur temps.

Il ne faut certainement pas sous-estimer ces problèmes. Je me plais à rappeler à cette fin quelques chiffres particulièrement édifiants :

- cinq suicides par jour en Belgique, et plus de cinquante tentatives quotidiennes;

- le suicide est ainsi devenu, dans notre pays, la première cause de mortalité dans la tranche d'âge des 25-35 ans et la seconde cause de mortalité chez les 15-25 ans, après les accidents de la route.

Pour combattre ce fléau contemporain, j'ai soutenu fermement ces deux organisations. Mais surtout, j'ai développé l'information autour de leurs actions, via des campagnes de sensibilisation dans des lieux publics incontournables, telles les stations de métro. Une information la plus ouverte possible est sans conteste la première étape nécessaire pour que notre volonté d'accessibilité devienne une réalité.

Deuxième exemple, dans un registre différent : je me suis fortement intéressé aux services actifs en matière de toxicomanies. Je me suis demandé comment agir plus efficacement face à un phénomène qui se joue des frontières, mais qui détruit des individus partout où il passe et singulièrement, d'ailleurs, dans les zones urbaines telles que la nôtre. Là aussi, j'ai entrepris la bataille de l'information et de la coopération des politiques de prévention au niveau européen - et même au-delà. Je suis persuadé que rien ne sera possible si nous restons chacun dans notre pré carré. J'ai déjà fait allusion au fractionnement des compétences en matière de santé à l'échelle de la Belgique.

Déployer nos efforts tout en les coordonnant avec les autorités d'autres pays n'a donc pas été un défi facile à relever.

Pour le mener à bien, je me suis rendu à deux reprises à Lisbonne. Une première fois pour y visiter l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, et une deuxième fois pour participer au premier forum informel Etats-Unis - Union Européenne consacré à la drogue. Au niveau de Bruxelles, un colloque sur la collecte et la gestion des données relatives à la toxicomanie («Les Entretiens d'Egmont») a été organisé, à mon initiative, au mois de février 1998. Ses actes ont fait l'objet d'une publication¹ dont je vous recommande vivement la lecture.

LA AN D'UNE LÉGISLATURE

Les pistes dégagées lors de cette rencontre permettront de constituer à terme de nouveaux outils de mesure et d'observation du phénomène «drogue» en région bruxelloise. En vue d'adapter nos politiques de prévention à «l'évolution du marché» en ce domaine.

Centres d'écoutes téléphoniques et prévention de la toxicomanie, deux problématiques bien différentes sur lesquelles j'ai choisi d'insister car elles illustrent deux versants de mon action politique.

Les écoutant(e)s de ces centres répondent 24h sur 24 aux besoins des gens, partout à Bruxelles.

La politique de prévention de la toxicomanie s'inscrit, quant à elle, dans le long terme. C'est une réflexion de longue haleine : il fallait bien qu'un responsable politique se décide à l'entamer, en abandonnant les réflexes purement sécuritaires et les visions à court terme.

Je voudrais terminer en insistant sur ce qui fait l'actualité de la politique de santé en région bruxelloise, à savoir le décret sur les centres de coordination de soins et services à domicile ainsi que sur les services de soins palliatifs et continués. Ce décret, qui a été adopté le 12 février dernier, permet notamment de stabiliser le secteur durant les cinq prochaines années. Je voudrais insister sur l'importance de la mission dévolue à ces deux types d'organisations. Les soins palliatifs, c'est l'assistance médicale à domicile dispensée aux personnes atteintes d'une maladie à pronostic fatal : les personnes âgées mais aussi les enfants atteints d'un cancer. Les soins et services à domicile, c'est permettre à des personnes âgées de demeurer chez elles, de continuer à s'intégrer dans la communauté qui les entoure afin, bien entendu, d'éviter le placement dans des institutions spécialisées ou les hospitalisations répétées.

Ces deux types de structures illustrent parfaitement la double volonté qui a été la mienne durant toute cette législature : celle de promouvoir une offre de santé à l'échelle de l'individu et répondant aux besoins spécifiques qui se posent dans une métropole telle que Bruxelles à l'aube du XXI^{ème} siècle. ■

*Eric Tomas
Ministre- Membre du Collège
de la Commission Communautaire Française,
chargé de la Santé*

1 Les Entretiens d'Egmont: Connaître les faits pour développer une politique globale, Actes du colloque des 13-14 février 1998, édité avec le soutien de la Commission Communautaire Française.

EDITORIAL (suite de la p. 2)

personnes pèsent encore plus lourdement sur les budgets d'un pays. L'économie dans ce secteur est une fausse économie.

Dans le cadre d'une société multiculturelle comme la nôtre, où différentes cultures voisinent, les institutions de soins mais aussi les intervenants de première ligne doivent être encouragés à prendre en compte la diversité des rapports au corps, à la maladie et au bien-être. A cet égard le projet de médiation interculturelle dans les hôpitaux, soutenu par le Fonds d'impulsion à la politique de l'immigration, actuellement en cours dans les trois régions du pays, ouvre un certain nombre de perspectives desquelles les décideurs politiques devront tenir compte.

Il n'existe ni solutions ni recettes miracles. Le progrès en la matière ne résultera que d'un véritable débat où la santé et l'accès aux soins seront placés au coeur même des processus économiques et sociaux qui charpentent notre société qui se veut démocratique et arrimée aux droits de l'homme.

*Jean CORNIL
Directeur adjoint du Centre
pour l'égalité des chances et la
lutte contre le racisme*

Le Centre de documentation de Question Santé est à votre disposition pour toute recherche d'informations, d'adresses, de documents, d'outils pédagogiques. Les documents ci-dessous peuvent être consultés sur place.
Centre de Documentation
rue du Viaduc 72 - 1050 Bruxelles
Tél : (322) 512 41 74
Fax : (322) 512 54 36
Personne contact : Henri Amzel

Bibliographie thématique

A declaration on the promotion of patients' rights in Europe : European consultation on the rights of patients : Amsterdam, 28-30 March 1994. - Genève : WHO - World Health Organization : Regional Office for Europe , 1994-04. - 30 p. - *brochure*

Aperçu de la sécurité sociale en Belgique. - Bruxelles : Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Administration de l'Information et des Etudes , 1997. - 458 p. - biblio. - *livre*

Aspects socio-économiques des soins de santé en Belgique : vade-mecum. - Bruxelles : IBES - Institut Belge de l'Economie de la Santé asbl - BIGE - Belgisch Instituut voor Gezondheidseconomie vzw , 1998. - 274 p. - 1950 FB. - *livre*

Clefs pour comprendre la sécurité sociale. - Bruxelles : Le Soir , 1995-12-14. - 16 p. - supplément gratuit du jeudi 14 décembre 1995 ; lex., biblio. - *dossier*

L'A.R. du 12.12.96 relatif à l'aide médicale urgente aux personnes en séjour illégal : entré en vigueur le 01.01.97. Un guide concis et pratique à l'intention des professions (para)médicales, des organisations sociales et des C.P.A.S. - Bruxelles : Steunpunt Mensen Zonder Papier , 1997. - 40 p. - ann., adres., notes. - 80 FB (hors de la région). - *brochure*

L'accès aux soins de santé : un droit pour tous. - 3e éd. - Bruxelles : COCOF - Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale , 1999. - 87 p. - lex., adres. - *brochure*

L'organisation des soins de santé, l'hôpital : savoir, connaître, consulter, réagir. - Question Santé. - Bruxelles : Le Soir , Question Santé , 1996-09-10. - (L'encyclopédie de la Santé ; 29). - 4 p. - adres., biblio.; supplément au journal Le Soir. - *dossier*

La politique de santé de la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale. - Administration de la Commission Communautaire Française : Service Santé. - 3e éd. - Bruxelles : COCOF - Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale , 1998. - 19 p. - adres. - *brochure*

La santé publique et l'UE : un aperçu. - éd. révisée. - Bruxelles : Alliance européenne pour la santé publique = European Public Health Alliance - EPHA , 1997-03. - 151 p. - lex. - *brochure*

La sécurité sociale : cette dame est à jeter ? - Bruxelles : FMMcsf - Fédération des Maisons Médicales et collectifs de santé francophones. - In : Santé conjuguee , n° 5 , 1998-07. - pp. 23-76. - biblio. - 350 FB (+ port). - *dossier*

Les personnes âgées dans la ville : contours d'un phénomène, données, ressources bruxelloises, répartition des compétences, cadres légaux. - Bruxelles : COCOF - Commission Communautaire Française, 1997. - (Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française ; 3). - 55 p. - biblio., adres. - *étude*

Que reste-t-il derrière la façade de l'Etat-Providence ? : inégalités d'accès aux soins de santé / Loucx F. (Ed.); Point d'Appui «Samenleving en Gezondheid». - Bruxelles : VUBPRESS , 1996. - 172 p. - biblio., tabl.; dans le cadre du programme pour la valorisation des Banques Fédérales de Données Socio-économiques, géré par les Services Fédéraux des Affaires Scientifiques, Techniques et Culturelles. - *étude*

Une politique régionale de santé de première ligne. - Schoene M., Bertolotto F.; Ansay P. - Administration de la Cocof : Service Santé. - Bruxelles : COCOF - Commission Communautaire Française , 1997. - (Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française ; 4). - 60 p. - *brochure*

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



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

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

DANS NOTRE PROCHAIN NUMÉRO : les contrats de quartier