

Bruxelles

Santé

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N° 67 juillet - août - septembre 2012 - ISSN 1371 - 2519

RÉFLEXIONS sur les réseaux de santé

**C'EST OÙ VOUS VOULEZ,
MAIS TOUJOURS PROTÉGÉS.**
Sida & IST*. Utilisez un préservatif et faites-vous dépister.
*Infections Sexuellement Transmissibles.

Les IST/sida, pas seulement une affaire de jeunes !

En direct de Jette
Recipro'city

Campagne

Prévention
Agir face au suicide

Campagne
Santé en entreprises



**C'EST AVEC QUI VOUS VOULEZ,
MAIS TOUJOURS PROTÉGÉS.**
Sida & IST*. Utilisez un préservatif et faites-vous dépister.
*Infections Sexuellement Transmissibles.

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

sommaire

En direct de Jette Recipro'city	2
Campagne Les IST/Sida, ce n'est pas seulement une affaire de jeunes !	5
Prévention Agir face au suicide	7
Dossier Quelques réflexions sur les réseaux de santé	10
Colloque Tiraillements identitaires	13
Echo du CLPS Jeunes et alcool : Anderlecht se mobilise	15
Débats	17
« 7 Jours Santé » Un projet de promotion de la santé vers les entreprises bruxelloises	18
Le « Réseau Cannabis »	20



Le 24 juin dernier, la plate-forme « Mieux vivre ensemble » organisait la deuxième édition de l'événement Recipro'city à Jette.

« **M**ieux vivre ensemble » est une plate-forme intersectorielle composée de diverses associations et institutions actives à Jette dans le domaine de la cohésion sociale, de la santé, de l'économie sociale, de la culture, de l'enseignement, de la petite enfance, de l'asile... Coordonnée par la commune de Jette, la plate-forme « Mieux vivre ensemble » vise à recréer des espaces de dialogue, de rencontre, de réflexion et de débat entre des groupes sociaux différents au sein des quartiers, à favoriser l'échange de points de vue entre les générations, les cultures, les différents acteurs et les pouvoirs publics et bien sûr à recréer des liens sociaux. Une attention particulière est portée aux aînés plus vulnérables à la solitude par la perte d'autonomie et la dépendance qui accompagnent souvent le vieillissement.

Face au repli sur soi, à l'individualisme et à l'isolement croissant des individus, « Mieux vivre ensemble » propose de développer des solidarités de proximité par un travail en réseau au sein de la population de la commune en mélangeant les générations et les cultures dans un esprit de développement durable. Chaque activité est une occasion offerte aux participants d'acquérir une nouvelle expérience, d'approfondir des thématiques, de participer à un groupe dynamique, de transmettre ses savoirs aux autres, de s'engager pour plus de solidarité et de respect de la vie.*

C'est dans cette optique que la plate-forme organisait le 24 juin dernier pour la deuxième année consécutive l'événement Recipro'city.





Exposition : "Dessine-moi ce que tu fais de ton temps libre"

L'axe central de Recipro'city est l'échange et le partage d'informations, de biens, de services et de savoirs entre les habitants de la commune. Une grande donnerie permettait à tout-un-chacun de donner les objets qui s'accumulent dans nos caves et nos greniers. A travers « Troc tes trucs », initiative du Réseau d'échange de savoirs de Jette « La Boussole », du Service d'échange local et des éco-ambassadeurs, les jetteois avaient l'occasion de partager avec les autres habitants de la commune leurs savoirs, leurs compétences et aussi leurs petits trucs et astuces pour réparer, recycler et consommer mieux, moins et plus durablement. Les apprentis bricoleurs pouvaient ainsi apprendre à rafistoler leur deux-roues à l'atelier de réparation de vélo.

Conçu comme un moment de rencontre, de sensibilisation autour de l'échange et de participation citoyenne, Recipro'city rassemble des associations et habitants de Jette qui se rencontrent, se découvrent, nouent des liens, partagent, construisent des projets et s'enrichissent mutuellement. Tous les âges et toutes les cultures sont les bienvenus et peuvent s'exprimer et participer à diverses activités, par exemple des ateliers destinés aux plus jeunes : psychomotricité, initiation au hip-hop et à la zumba, trocs de livres et de jeux de société.

L'exposition intergénérationnelle et interactive de cette année « Dessine-moi ce que tu fais de ton temps libre » invitait les participants à exprimer leur conception du temps libre en l'illustrant avec la technique artistique de leur choix : dessin, peinture, photo, collage... Quant à l'interculturel, il se déguste ! En effet, un « Goûter du Monde » incitait chacun à découvrir et à faire découvrir les spécialités culinaires de sa région d'origine sur le principe de l'auberge espagnole.



▲ Atelier de réparation de vélos



◀ Goûter du Monde





Les ateliers présentant les Groupes d'Achat Solidaire de l'Agriculture Paysanne (GASAP), le Réseau de financement alternatif (FINANCITE) et le mouvement des Villes en Transition s'inscrivaient également dans cet esprit de consommation durable.

Les éco-ambassadeurs avaient apporté leurs recettes « maison » de produits d'entretien économiques et écologiques, inspirées du site Internet d'éco-consommation, Raffa – Le Grand ménage. Ces petites recettes, dont nous reproduisons trois exemples, nous proposent de redécouvrir des produits nettoyants simples bien moins coûteux et plus respectueux de l'environnement. Le vinaigre blanc, le bicarbonate de soude ou le savon de Marseille sont tout aussi efficaces, moins polluants et moins douloureux pour le portemonnaie que les poudres, lotions, savons et détergents qui envahissent nos placards ! Quant aux membres d'Espace-femmes, elles transmettaient leurs « Remèdes de grand-mère » principalement à base de plantes.

Bien que cette année une pluie continue ait contraint Recipro'city à fuir les jardins et à trouver refuge dans la Maison communale de Jette, le temps maussade n'a pas entamé la motivation et la bonne humeur des participants et des visiteurs ! Recipro'city s'est déroulé comme prévu, avec le sourire et à l'abri des gouttes et chacun a pu profiter de ce moment de convivialité et de partage.

Marie-Hélène Salah

▲ Les éco-ambassadeurs

Recette du liquide vaisselle « maison »

Matériel :

Flacon de 500 ml
Entonnoir
Cuillère à café (cc)
Cuillère à soupe (cs)

Ingrédients :

Bicarbonate de soude
Savon liquide neutre (ou liquide vaisselle écologique) ou cristaux de soude
Huile essentielle (citron, pin ou menthe au choix)
Eau

Fabrication :

Mettre 1 cc de bicarbonate de soude dans le flacon.
Ajouter 1/6 (du volume du flacon) de savon liquide neutre ou de liquide vaisselle écologique ou 1 cs de cristaux de soude.
Remplir d'eau.
Ajouter 15 à 20 gouttes d'huile essentielle.

Agiter doucement.

Recette du savon lessive « maison »

Ingrédients :

1 poignée de savon de Marseille en copeaux
1 poignée de cristaux de soude

Utilisation :

Mettre le tout directement dans le tambour de la machine à laver
Ajouter 5 gouttes d'huile essentielle de lavandin, tea-tree (assainit) ou orange douce (aide au détachage)

Recette du nettoyant multi-usage « maison »

Matériel :

1 flacon de 1 l
Entonnoir
Cuillère à café (cc)
Cuillère à soupe (cs)

Ingrédients :

1 l d'eau chaude
Huile essentielle (citron, tea-tree, pin ou menthe au choix)
1 cs de vinaigre (voire un peu plus : dissout le calcaire, désinfecte et dilue les huiles essentielles)
1 cs de bicarbonate de soude
Éventuellement ajouter 1 cs de cristaux de soude

Fabrication :

Verser dans le flacon le bicarbonate de soude puis l'eau chaude, mélanger
Diluer les huiles essentielles dans le vinaigre, ajouter le mélange au contenu du flacon

Agiter avant l'emploi
S'utilise pur

* « Mieux vivre ensemble » à Jette in Bruxelles Santé, n°63, juillet – août – septembre 2011, pp. 20-21.

Les IST/sida, ce n'est pas seulement une affaire de jeunes !

Les campagnes de prévention du sida ont généralement visé les jeunes, très peu les adultes. Pourtant, les adultes présentent leur propre type de vulnérabilité par rapport aux IST/sida à travers des situations et des comportements spécifiques à leur âge. Cette année, et pour la première fois sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles, la Plate-Forme Prévention Sida lance une campagne de prévention des IST/sida à l'attention d'un public d'adultes.

En 2010, 1196 infections par le VIH ont été diagnostiquées en Belgique, c'est-à-dire 3 nouvelles infections par jour. Les groupes d'âge où les diagnostics d'infections VIH sont les plus nombreux sont ceux de 30-39 ans chez les hommes et 25-34 chez les femmes. Au niveau des IST, par exemple l'âge moyen des personnes chez qui une infection à Chlamydia est diagnostiquée est de 29 ans, 41 ans pour la syphilis et 36 ans pour la gonorrhée.

Ces chiffres peuvent surprendre, on associe les IST à des comportements à risques : imprudence, irresponsabilité, ignorance, gêne, fougue... Pour beaucoup d'entre nous, les IST/sida, « c'est pour les jeunes, non ? ». Pourtant, les adultes peuvent aussi être confrontés à des vulnérabilités et des moments de fragilité spécifiques, à différentes périodes de leur vie, qui peuvent parfois engendrer des prises de risques.

Les situations qui fragilisent, qui portent atteinte à l'estime de soi comme un deuil ou la perte d'un emploi incitent souvent à négliger sa santé et à être imprudent. Après une rupture, on peut être plus fragile et oublier l'usage du préservatif lors d'une nouvelle rencontre ou lors de relations sexuelles avec son/ sa ancien/ne partenaire. Par exemple, seul 30% des femmes de 25 à 54 ans ayant des relations sexuelles avec leur ex-conjoint après une séparation ont utilisé un préservatif. Dans l'euphorie d'une nouvelle rencontre, on abandonne parfois trop rapidement le préservatif sans avoir passé ensemble un test de dépistage VIH. A plus de 50 ans, on n'a pas toujours la « culture » du préservatif

qui n'avait qu'un usage contraceptif « lorsqu'on était jeune »... De nombreuses autres situations peuvent entraîner des comportements à risques : relation sexuelle d'un soir, relation extraconjugale, rencontre sur Internet,

club libertin, échangisme, recours à la prostitution... De plus, les connaissances des adultes sur les IST/sida sont souvent imparfaites, par exemple, seulement 40% de la population belge reconnaît les quatre contacts proposés comme non



contaminant pour le VIH. Une meilleure information réduirait également la proportion de dépistages tardifs qui représentait encore 39% des diagnostics en 2010. Un dépistage précoce permet non seulement une meilleure prise en charge thérapeutique mais aussi une diminution des risques de transmission du VIH à d'autres partenaires par l'adoption de comportements prévenant la contagion et par la réduction de la charge virale.

Partant de ces constats, la Plate-Forme Prévention Sida propose aux adultes une nouvelle campagne de prévention « C'est où, avec qui et comme vous voulez, mais toujours protégés. SIDA & IST, utilisez un préservatif et faites-vous dépister ».

Les IST/sida nous concernent tous, l'âge ne nous immunise pas.

Marie-Hélène Salah

La campagne se décline en différents outils :

- 10 affiches différentes présentant chacune une situation de relation à risque
- 9 cartes postales, déclinaisons des affiches
- Une brochure de prévention présentée sous forme de magazine
- Un petit dépliant
- Une application interactive et participative sur Internet « My Safe Sex Tape » : www.mysafesextape.be
- 3 spots TV
- 1 spot radio
- 4 pochettes préservatifs, déclinaisons des affiches
- Des sets de table, déclinaisons des affiches distribuées dans les établissements HORECA

Ces outils et les informations à propos de la campagne sont disponibles via la Plate-Forme Prévention Sida.

Plate-Forme Prévention Sida

Rue Jourdan, 151

1060 Bruxelles

Tél. : 02/733 72 99

Fax : 02/646 89 68

Mail : Info@preventionsida.org

Site Web : <http://www.preventionsida.org>



La Plate-Forme Prévention Sida est une asbl créée en septembre 2000. Sa mission est de soutenir la concertation des acteurs de la prévention des IST/sida dans le cadre de la mise sur pied des programmes de prévention à l'intention du public général et des jeunes en particulier, et d'assurer la réalisation concrète de ces programmes.

Agir face au suicide

Le Centre de Prévention du Suicide initie et développe des actions de prévention depuis 1970, date où la ligne d'écoute fut créée. D'abord centrée vers les personnes en souffrance qui sont malmenées par des idées suicidaires, la démarche de prévention du Centre s'est étendue progressivement non seulement à l'entourage des personnes suicidaires, les proches et les professionnels, mais aussi au grand public. Aider à rompre l'isolement des personnes en détresse, ce n'est pas seulement leur proposer une écoute de « spécialistes » auprès des différents services du Centre, c'est aussi faire en sorte qu'elles puissent trouver « des » écoutés, auprès de leur entourage, au sein de leur(s) réseau(x).

Or le tabou entourant les comportements suicidaires est encore tenace.

Les idées reçues se transmettent de génération en génération. Mythes et croyances erronés sont pourtant, à l'évidence, des obstacles à la prévention, quand ils ne sont pas franchement dangereux. « C'est du cinéma », « c'est pour se rendre intéressant », « c'est du chantage », « si c'était vrai il/elle n'en parlerait pas », voilà ce qu'on entend souvent. Faut-il être mort pour que la détresse soit sérieuse ? Faut-il rappeler qu'une fois que la personne est morte, on ne peut plus l'aider ?

« Echouer sa tentative de suicide c'est mourir. Dans une tentative de suicide, c'est la vie qui est recherchée ; la mort est l'accident », disait Jean Van Hemelrijk lors de notre colloque en février dernier, « La prévention du suicide, soins ou contrôle ? »

Tous concernés

Le suicide est un drame humain qui touche toutes les collectivités, toutes les cultures, toutes les classes d'âge et toutes les catégories sociales. Puisque l'homme peut penser, il peut penser à la mort. Puisque l'homme peut prôner la liberté et l'autonomie, il peut penser au suicide. Pour ceux qui croient que le suicide n'est le fait que de personnes « à part », sans doute particulièrement violentes ou impulsives, ou atteintes d'une pathologie mentale, ou même particulièrement « courageuses » ou « lâches », c'est-à-dire pour ceux qui n'entendent parler de suicide que dans la rubrique des faits divers des journaux ou qui ne l'entendent que comme un

Le suicide

Pas tout seul!

Ne restez pas seul avec vos problèmes, vos angoisses, votre mal-être.

Ne restez pas seul avec vos inquiétudes pour quelqu'un et votre envie de l'aider.

Cherchez du soutien. Trouvez des personnes ressources pour en parler, dans votre entourage et auprès de professionnels.

Chacun peut être acteur en prévention du suicide. Notamment grâce à l'écoute.

Et... pas tout seul!

Pas tout seul!

www.preventionsuicide.be
Une initiative du Centre de Prévention du Suicide

Avec le soutien de

3
GÉNÉRATION
www.ccsf.be

concept littéraire, il sera utile de rappeler quelques repères chiffrés.

Selon les statistiques les plus récentes, 2.000 personnes décèdent par suicide chaque année en Belgique (exactement 2.000 en 2008, un peu moins en 2006 et 2004), soit près de 20 personnes pour 100.000 habitants. On estime globalement que les tentatives de suicide sont vingt fois plus nombreuses que les décès par suicide, ce qui veut dire qu'annuellement ce sont plus de 40.000 personnes qui adoptent un comportement suicidaire. Si on compte pour chacune d'elles un entourage de 10 personnes, proches et professionnels, cela fait chaque année au grand minimum 400.000 personnes en Belgique qui y sont directement confrontées. Sur nos 10,7 millions d'habitants, cela représente près de 4 personnes sur 100 par an...

La région la plus touchée est la Wallonie, où l'on constate d'ailleurs un accroissement des suicides ces dernières années. La région la plus « stable » en la matière est la Flandre, visiblement beaucoup moins sujette aux pics de suicides. En Région bruxelloise, les taux de suicide décroissent depuis 2004. Espérons que 2012 soit dans la lignée de cette réalité-là. Par rapport à nos voisins (France, Pays-Bas, Allemagne, Luxembourg), le taux de suicide en Belgique est plus élevé ; il est d'ailleurs près de deux fois plus important que la moyenne européenne.

Comment expliquer ces chiffres ? Vit-on si mal en Belgique ? L'enquête récente sur le moral des belges fait ressortir notamment que « 8% de la population a déjà tenté de se suicider » et que « un belge francophone sur 10 déclare ressentir souvent ou très souvent de l'angoisse, de l'anxiété ou de la dépression ».

Un mal évitable ?

Nous vivons dans une société où la sécurité est devenue une obsession. Nous sommes envahis d'informations relatives à des faits de violence, à des homicides voire des tueries. Ces morts semblent intolérables. Pourtant les décès par homicide sont relativement rares et, d'année en année, moins nombreux (205 en 1996 et 128 en 2008). La sécurité routière est également une

priorité non discutable des pouvoirs publics depuis de nombreuses années. A titre de comparaison, en 2008, 1.000 personnes sont décédées en Belgique par accident de la route, soit moitié moins que par suicide. Dans toute la Belgique on mène une campagne de grande ampleur Go for zero ; on remanie chaque année des carrefours dangereux, on ajoute des panneaux pour inciter à la prudence, on ralentit la circulation. Ces morts aussi sont intolérables, la prévention en ce domaine ne se discute pas.

Qu'en est-il du suicide ? Est-il lui aussi évitable ? A quel prix ? Et... comment ?

Oui, le suicide fait partie des morts « prématurées » dites « évitables ». Comme pour les accidents de la route, un certain nombre de facteurs sont en jeu : on tentera d'expliquer le drame en fonction de la vitesse du véhicule,

de l'état du conducteur (son âge, son état de fatigue ou d'ébriété,...), des conditions climatiques, de l'état des routes ; de même, après un suicide, on réécrira l'histoire en fonction des dernières paroles de la personne, des derniers événements de sa vie et de ce que l'on connaissait de sa personnalité, de son état psychologique. Dans tous les cas, c'est a posteriori qu'on tentera de trouver du sens. Il faudra tenter de comprendre les « raisons », les facteurs « précipitants ». On navigue sur du sable mouvant. On est d'abord confronté au choc de l'annonce, au choc de la disparition, au choc de la violence du geste suicidaire. A ce moment – que l'on soit proche du défunt ou moins proche –, beaucoup de sentiments viennent s'emmêler : il y a un côté absurde, jamais compréhensible à ces faits. Il y a de l'angoisse, de la colère, du déni, de la tristesse. Aussi cette impression nauséuse d'y être impliqué,



comme si le suicidaire, le suicidant, tentait un peu de nous emmener dans son « enfer ». En provoquant le geste fatal, le suicidé implique tous ceux qui l'ont connu, entouré, aidé. Les endeuillés se trouvent obligés non seulement de « gérer » et dépasser la perte mais, pour pouvoir continuer à vivre, ils se trouvent aussi brutalement forcés de se réconcilier avec la mort et avec l'impuissance.

C'est d'autant plus dur à digérer que l'on tend à nous faire croire, dans notre société, que tout peut être maîtrisé. La mort elle-même est très peu envisagée ; c'est avant tout une fiction. On en arrive à oublier qu'elle est (encore) irrémédiable, malgré les progrès de la science. On oublie également que tout n'est pas fondé sur le mérite, qu'il y a encore dans notre monde beaucoup à faire avec l'injustice et l'aléatoire.

Voilà qui réduit la possibilité de parler du suicide, tant pour soi, ses idées suicidaires, son/ses passages à l'acte, que pour les autres (suicide d'un être cher, d'un parent, d'un ami, d'un collègue...). Il y a quelque chose de toujours viscéral à entendre parler du suicide. Cela nous confronte à notre propre mort, à nos angoisses, et donc à notre vie, nos fondements, nos valeurs et quelque part... nos possibles. Difficile d'être neutre. Difficile d'être distant. On comprend dans ces conditions que penser au suicide soit peu toléré. C'est très protecteur de rester avec des idées toutes faites. Fermer les yeux sur le suicide, c'est rester dans une bulle, une réalité protégée. Penser au suicide, c'est la faire éclater, briser les limites et les interdits, se confronter intrinsèquement à la condition d'être humain (à laquelle faisait référence Francis Martens lors du colloque). C'est se confronter à la question du vivre.

Une pensée taboue ?

Aujourd'hui nous sommes tenus de penser d'abord et avant tout au bonheur. Non seulement le bonheur est censé désormais être accessible à tous, mais en plus tous doivent s'y projeter ! A contrario, penser au suicide semble socialement défendu, et paraît anormal, presque déjà pathologique. Or le fait de penser au suicide n'a rien de problématique en soi. Se poser la

question de ce qui pourrait bien « me faire mourir », c'est tenter de répondre à « qu'est-ce qui (me) fait vivre ? »

Penser à ce qui fait vivre, c'est ramener l'homme à sa dimension d'être humain. Sortir de l'artifice. Donner du sens à l'être, à l'existence, à sa trajectoire de vie. Les crises auxquelles on doit faire face dans un parcours de vie nous obligent chaque fois à reconsidérer les valeurs qui guident notre existence. C'est un processus, un chemin personnel, fait d'aléas, de hauts et de bas, qui peut aider à prendre conscience de ses valeurs, ses ressources, ses failles, ses possibles... Au travers de ce parcours, il faudra pouvoir prendre appui sur des repères, trouver du soutien, de l'écoute. Les autres sont nécessaires.

La prévention du suicide, quelle place y prendre ?

Sortir du jugement et des idées toutes faites est donc une première étape en prévention du suicide. Il s'agit de rendre possible le dialogue avec les personnes en difficulté dans leur parcours existentiel. Pour ce faire, il faudrait que les personnes qui « écoutent » (professionnels et proches) puissent elles-mêmes être soutenues lorsqu'elles sont remuées par cette question du « vivre ? ». Lors du même colloque, Francis Martens concluait avec cette idée fondamentale que « tout compte fait, le meilleur remède à la maladie humaine demeure la culture du lien et la culture de la solidarité. Sans quoi on ne peut détacher une réflexion sur le suicide ».

Un suicide est un drame individuel, familial, mais aussi sociétal. C'est une mort, une perte, un deuil. C'est aussi une interpellation, un cri. Et un coup de poignard. Bannir les suicidés du champ sociétal, c'est accabler doublement les personnes endeuillées. Il est temps d'ouvrir un espace de tolérance sur ce sujet. Il est temps d'admettre que nous sommes, encore, avant tout, des êtres humains. Et... pas tout seuls !

Cristel Baetens
Chargée de communication
Centre de Prévention du Suicide

Sources :

- Institut de Santé Publique, Département Epidémiologie : <https://www.wiv-isp.be/epidemi/spma/>
- Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale : <http://www.observatbru.be>
- « Comment allons-nous ? L'état de bien-être psychologique de la population ». Le Thermomètre des belges. Enquête de la Mutualité Solidaris, juin 2012 : www.mutsoc.be
- Actes du colloque « La prévention du suicide, soins ou contrôle ? » organisé par le Centre de Prévention du Suicide le 22 février 2012, disponibles sur www.preventionsuicide.be. Interventions de **Jean van Hemelrijk**, psychologue, psychothérapeute systémicien, formateur : « Et les autres dans tout ça ? ! » ; **Dan Kaminski**, professeur à l'Ecole de Criminologie de l'UCL : « Le suicide, à partir de la prison » ; **Pr Jean-Louis Vincent**, responsable du Service des Soins Intensifs de l'Hôpital Universitaire Erasme : « Du suicide à l'euthanasie : quand accepte-t-on la demande de fin de vie ? » ; **Francis Martens**, psychologue, psychanalyste, anthropologue : « Le suicide, un marqueur essentiel de la condition humaine » ; **Dr Gérald Deschietere**, psychiatre, responsable de l'unité de crise aux Cliniques Universitaires Saint-Luc : « Suicide à l'âge avancé. Je ne suis pas venu vous dire que je m'en vais » ; **Christophe Adam**, assistant social, psychologue, docteur en criminologie, professeur ULB-UCL : « La disjonction du soin et du contrôle, une syntaxe suicidaire ? ».



Quelques réflexions sur les réseaux de santé

Cinq ans après le numéro spécial de *Bruxelles Santé* sur les réseaux¹, nous revenons sur la question. En effet, les réseaux sont en vogue, semble-t-il. La littérature sur le sujet gonfle depuis une dizaine d'années (même si les pratiques et le concept sont bien plus anciens, en particulier dans le champ de la santé mentale) et les incitants se multiplient – appels à projets, crédits budgétaires – pour encourager les organisations et les professionnels à travailler en réseau.

A Bruxelles, il s'y ajoute une touche particulière due à la superposition ou l'entrecroisement des compétences : l'impulsion peut provenir de l'échelon fédéral (via l'INAMI), de la Région (quand un réseau naît dans le cadre d'un Contrat de quartier, comme on va le voir), du bicommunautaire (par exemple les Coordinations sociales – pour autant qu'il s'agisse bien de réseaux), de la COCOF (les réseaux santé inaugurés en 2003) ou encore de la VGC (qui patronne un Service Intégré de Soins à Domicile pour les personnes âgées, mais il y a aussi un SISD francophone et un autre qui dépend de la COCOM). En cherchant bien, on doit pouvoir trouver aussi quelque chose du côté de certaines Communes...

Tout cela est donc assez peu lisible, et nous n'allons pas nous charger de la mission impossible qui consisterait à essayer de tout clarifier. Nous allons plutôt faire un tour du côté des fondamentaux, comme on dit, puis, à l'aide de quelques exemples, donner un aperçu de la diversité des réseaux de santé à Bruxelles. De santé, et non pas uniquement de soins – car la confusion est vite faite. Et ce n'est d'ailleurs pas la seule : on peut lire² qu'il est « absolument nécessaire de toujours décrire explicitement (...) ce que l'on entend par circuits de soins, réseaux de soins, coordination des soins, soins intégrés ou continuité des soins, afin d'éviter qu'un même terme soit utilisé pour des notions organisationnelles très différentes », mais cette pertinente invitation n'est que rarement suivie d'effet. Quand elle l'est, le résultat n'est pas forcément d'une grande précision. Ainsi, à propos des projets Article 107 : « Il faut être très précis sur la notion de réseau, que nous devons comprendre

comme étant un réseau de collaborations entre des structures et des ressources qui vont, dans un partenariat effectif, définir une finalité, un fonctionnement et des objectifs communs, ceci afin de garantir l'efficacité du suivi des patients, une meilleure continuité des soins, l'amélioration de l'offre et l'amélioration de la qualité de prise en charge. »³

Retour aux fondamentaux, donc. Le premier réseau est celui que tisse une personne avec son environnement : le réseau primaire, « constitué d'individus qui communiquent entre eux sur base de leurs affinités personnelles hors d'un contexte institutionnalisé. Ce réseau comprend la totalité des liens d'une personne dans sa vie quotidienne » (Christine Vander Borgh⁴). On notera que, d'emblée, la communication est le nerf du réseau : ce sont les ressources personnelles auxquelles on fait appel au quotidien, pour un service, un avis, un conseil. C'est ce réseau que l'on alerte d'abord et qui peut se mobiliser en cas de problème : maladie, conflit familial, perte d'emploi... Il peut comprendre l'un ou l'autre professionnel : médecin traitant, collègue de travail, ami ou proche disposant d'une formation juridique, sociale ou paramédicale. Il peut aussi s'élargir au « carnet d'adresses » que l'on aura constitué au cours de ses activités professionnelles.

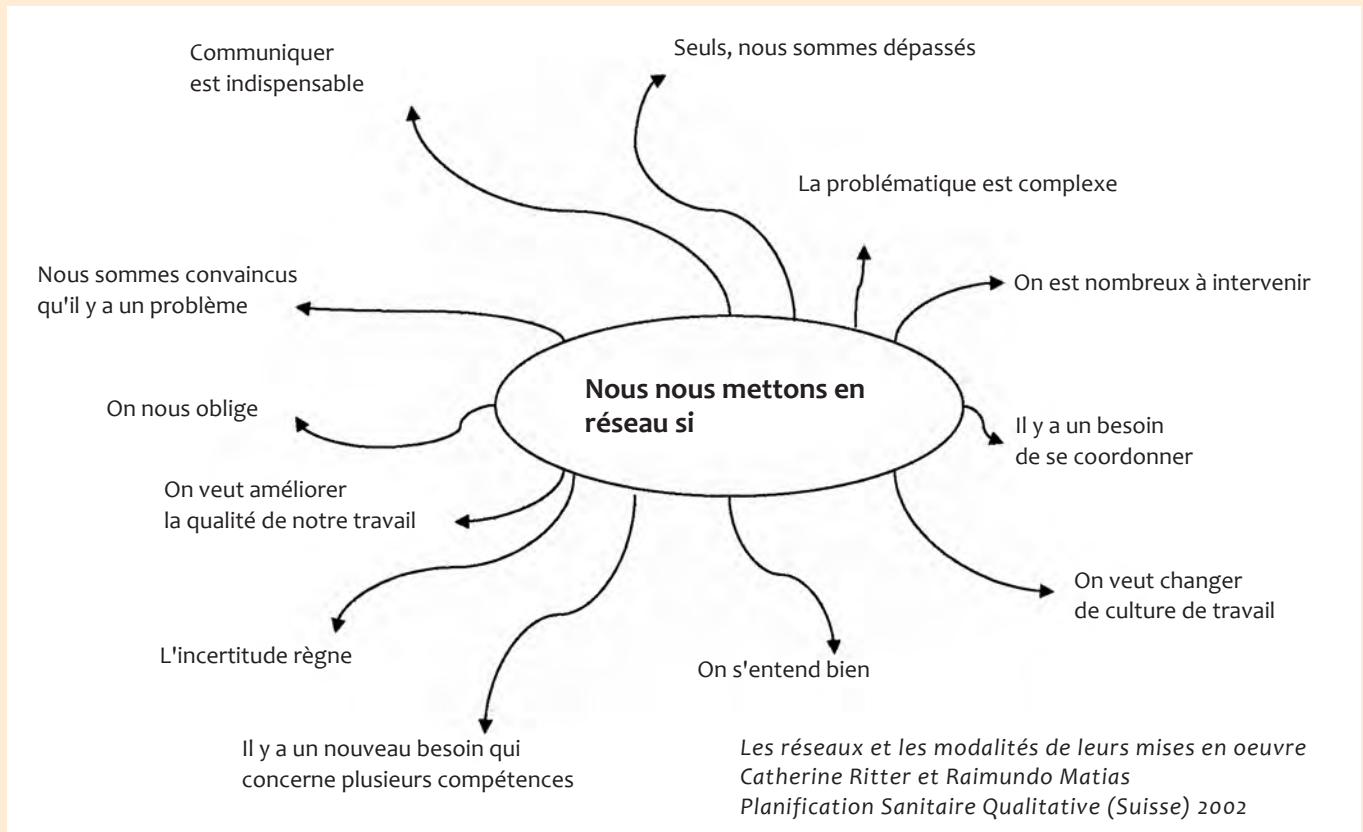
Le réseau primaire n'est donc pas étanche à tout professionnel, mais il ne se réfère à aucun cadre institutionnel, contrairement au réseau de professionnels. Y compris dans la forme « pure et dure » de celui-ci, décrite par Claude Neuschwander⁵ : « un assemblage non structuré d'acteurs libres entretenant entre eux une communication forte ». Même si, pour

citer encore cet auteur, « le réseau ne se décrète pas, il se constate », ses membres se situent par rapport à l'institution, fût-ce pour la contester, au moins pour traverser les barrières institutionnelles.

Quels enjeux ?

Aujourd'hui, la mise en réseau est à l'honneur, comme en témoignent les créations lexicales : l'adjectif « réticulaire », le substantif « réseautage » ou celui, plus heureux, de « maillage ». Des réseaux sont institués, voire impulsés d'en haut, et bénéficient d'un financement public. Il faut d'ailleurs noter une évolution assez récente dans les enjeux évoqués à propos des réseaux. Initialement, c'est le **décloisonnement** (pas forcément intersectoriel mais au moins interinstitutionnel et/ou interdisciplinaire) qui était mis en avant. Ainsi Jean-Luc Roelandt : « Le réseau vient finalement, dans son organisation actuelle, tenter de mettre du lien entre des personnes et des institutions qui devraient normalement toutes oeuvrer dans le même sens, de façon décloisonnée, en faveur du citoyen qui a besoin de soins, mais aussi d'insertion, d'hébergement, de travail et de loisirs. »⁶

Aujourd'hui, certains pointent plutôt l'enjeu de la **coordination**, à tel point que les notions de réseau, de coordination et de plate-forme de concertation sont parfois indifférenciées. Or il ne suffit pas que des gens se mettent périodiquement autour d'une table pour que s'installe une dynamique de réseau : « En réalité, le travail en réseau ne se développe que lorsqu'il existe une volonté de l'ensemble des professionnels de différents champs de répondre de façon coordonnée aux



besoins des personnes, et un accord des institutions auxquelles ils appartiennent pour le faire, ainsi que des demandes sociales et politiques fortes. »⁷

La coordination interne est évidemment une question qui se pose à tout réseau comme à tout ensemble, mais on soulève aujourd'hui celle de la coordination entre réseaux. Cela peut sembler pertinent, surtout à Bruxelles (voir plus haut), mais est-ce d'abord aux réseaux de se coordonner entre eux, ou plutôt aux différents niveaux de pouvoir ?... Les réseaux ne sont pas là pour pallier aux incohérences des politiques publiques, surtout quand ils sont suscités par celles-ci !

Si le travail en réseau est aujourd'hui tellement valorisé et si c'est l'enjeu de la coordination – donc un enjeu organisationnel – qui est mis en avant, on peut se demander à quoi cela répond. En effet, au départ (dans les années 1960-70), les réseaux venaient en opposition à l'organisation centralisée, ils constituaient une critique en acte de l'institution gestionnaire (l'hôpital) et du monopole professionnel (le savoir et le pouvoir médicaux). « Né en opposition aux grandes figures institutionnelles de l'Etat social, dit Jean-Louis Genard, le réseau ne peut donc être pensé comme une organisation. (...) Le réseau est

plutôt un milieu, un environnement, peuplé de ressources, de ressources mobilisables. » Et plus loin : « Le réseau doit être un espace de transactions entre acteurs, transactions qui peuvent se stabiliser, par exemple se contractualiser, mais pour lesquelles la dimension dynamique est évidemment essentielle ; le réseau doit toujours se défendre de devenir une organisation et doit donc lutter constamment contre le risque d'une stabilisation sclérosante. »⁸

Un, deux, trois...

Pour illustrer ces réflexions un peu théoriques, nous avons choisi trois réseaux de santé bruxellois aussi différents que possible, tant par la taille que par le mode de financement, le statut, les objectifs, le fonctionnement, etc. Il va sans dire qu'il ne s'agit pas d'établir une typologie ni même une comparaison, il s'agit seulement de montrer à quel point le terme de réseau peut désigner des réalités différentes aussi bien que cohérentes⁹.

Nous avons ici le groupe Santé & Environnement, un réseau de petite taille (4 à 6 partenaires institutionnels au fil du temps) et de première ligne, en ce sens que les activités menées par ses membres se déroulent "sur le

terrain", directement avec les habitants et/ou via des associations du quartier. Et deux réseaux de plus grande taille (Canal Santé) voire de très grande taille (le Réseau Multidisciplinaire Local de Bruxelles ou RML-B) qui se situent plutôt en deuxième ligne, en ce sens qu'ils mettent surtout en relation les ressources professionnelles ou bénévoles entre elles ou avec les bénéficiaires : les enfants souffrant de maladies graves, leur famille et leur entourage dans le premier cas ; les patients porteurs d'une pathologie chronique (essentiellement le diabète pour l'instant) dans le second.

Le groupe Santé & Environnement n'est plus financé depuis la fin du Contrat de quartier qui l'a vu se constituer en 2000, et il n'a pas de statut particulier : une simple convention lie les membres. Canal Santé est un des réseaux financés par la COCOF, d'abord de manière un peu cahotique, puis plus régulière (ces réseaux sont maintenant entrés dans le cadre du décret ambulatoire santé-social) ; c'est resté une association de fait. Le RML-B, issu d'une convention passée entre l'INAMI et la Fédération des Associations de Médecins Généralistes Bruxelloises (FAMGB), s'est constitué en ASBL.

Ces réseaux sont nés de la rencontre d'une opportunité (appels à projets,

lancement d'un dispositif) et de collaborations déjà en place. Car ce ne sont pas des créations *ex nihilo* : « un réseau, c'est d'abord la mise en forme de relations opératoires existantes », dit Michel Kesteman (Canal Santé). La FAMGB fédérait déjà les différentes associations de généralistes de la capitale. Et, au départ du groupe Santé & Environnement, explique Sylvie Leenen, « il y avait un constat des travailleurs sociaux – les problèmes d'environnement que vivaient les habitants du quartier dans le logement et l'espace public – mais aussi des liens préalables entre des professionnels qui se connaissaient, dont les institutions étaient proches, qui travaillaient sur un quartier relativement circonscrit (le bas des Marolles) et se rencontraient assez régulièrement pour réfléchir sur leurs pratiques. »

Autre point commun : aucun de ces réseaux n'est un dispositif figé. Ça bouge ! Le RML-B a démarré comme un programme-pilote centré sur le diabète – cette pathologie a été retenue parce qu'elle est “transversale”, touchant à différents aspects de la santé – et sur le médecin généraliste comme référent pour le patient – assez logiquement vu l'ancrage institutionnel du réseau. Mais il s'est progressivement mis en contact avec de nombreuses ressources, précise Valentine Musette : « Une dizaine d'hôpitaux généraux sur 18 sites, des partenaires infirmiers ou paramédicaux (diététiciens, podologues, éducateurs spécialisés en diabétologie...), des ressources psychosociales (services sociaux tant publics qu'associatifs) et d'autres encore : pharmaciens, réseaux locaux, ressources en termes d'activité physique, d'alimentation équilibrée, etc. Ce réseau (avec helpdesk, site internet¹⁰, activités formatives et informatives), opérationnel depuis 2010, est désormais prêt à soutenir des projets qui concernent d'autres maladies chroniques. »

Les objectifs initiaux du groupe Santé & Environnement ont été modifiés suite à une enquête réalisée en 2001 auprès des habitants des Marolles, qui visait à recueillir leurs représentations du quartier et de la vie dans cet environnement et dans leur logement. En 2006, ces objectifs sont reprécisés pour vérifier l'adéquation avec les activités du réseau (réalisation d'outils d'information/sensibilisation, animations sur les risques d'accidents domestiques,

promenades vertes, visites à domicile pour l'hygiène du logement et les économies d'énergie...). Deux ans plus tard, ils sont opérationnalisés pour permettre une évaluation plus fiable. Sylvie Leenen : « Les problématiques que nous travaillons sont toujours là, c'est plutôt en termes méthodologiques que cela a évolué : notre façon de travailler. On essaie de structurer davantage, d'améliorer notre communication, de mieux travailler avec les partenaires. L'évolution vient aussi de l'arrivée de nouveaux partenaires. Le réseau a des objectifs généraux mais pas de programmation sur plusieurs années, nous adaptons les activités au fur et à mesure. »

Quant à Canal Santé, il dépasse la coordination des soins, le “trajet de soin”, même s'il est né de la nécessité d'assurer le suivi d'un patient par divers services, institutions ou soignants. Michel Kesteman : « Les parents d'un enfant malade, surtout la mère, sont évidemment touchés, et ils peuvent être “bouffés” par ce qui se passe, non seulement affectivement mais dans les relations familiales et sur le plan économique. La fratrie, les grands-parents, des proches, des voisins peuvent aussi être impliqués dans ces bouleversements. Face à la maladie, il ne s'agissait pas seulement de faciliter l'accès aux soins mais aussi d'accompagner l'enfant dans ses séjours à l'hôpital. Il était donc nécessaire d'aller au-delà du trajet de soin ; les différents intervenants devaient réfléchir aux ressources à mobiliser pour faire face aux débordements liés à la situation. »

L'effet du travail en réseau est surtout un enrichissement mutuel lié à la pluridisciplinarité et à l'élargissement : « Cela donne un point de vue moins univoque. Et ce ne sont pas seulement des professionnels de la santé qui y participent : il y a aussi la cuisinière, l'aide soignante, l'aide ménagère, l'éducateur, l'ouvrier... Des bénévoles, notamment pour assurer le transport des enfants. Des artistes en milieu de soin, non seulement pour distraire l'enfant mais pour éviter qu'il s'enferme dans son statut de malade. Des pédagogues, pour maintenir des stimuli intellectuels (même si le cursus complet n'est pas assuré) et éviter le décrochage scolaire... »

Quelle spécificité ?

Allez, la question à mille euros, posée à nos trois interlocuteurs : selon vous, qu'est-ce qui distinguerait un réseau d'une coordination, d'une concertation, d'une plate-forme ou autre dispositif du même genre ?

Valentine Musette : « Selon nous, il devrait y avoir autant de réseaux qu'il y a de patients : un réseau ne peut pas être pré-constitué, tout dépend du patient et de ses spécificités. Le mot “réseau” peut donc désigner des choses très différentes. Dans notre réseau, il n'est pas nécessaire de s'inscrire, tout le monde peut participer à un moment ou un autre. Il s'agit de différentes ressources amenées à travailler ensemble mais qui ne sont pas intégrées dans une même structure. Les enjeux sont la continuité des soins et l'utilisation des ressources existantes. C'est cette dynamique qui fait qu'il y a réseau. »

Sylvie Leenen : « Dans le projet Santé & Environnement, l'identité de groupe compte beaucoup, surtout si l'on compare avec d'autres réseaux, qui rassemblent de nombreux partenaires et dont l'identité est peut-être plus complexe. La dynamique de groupe, avec des réunions régulières et des liens assez forts entre les personnes, est très importante. Il y a une multiplicité de compétences particulières et complémentaires pour travailler sur une problématique. En même temps, ce n'est pas qu'un groupe de personnes, les institutions se sont engagées dans le projet, et c'est un autre facteur de pérennité malgré un turn-over assez important en dix ans. »

Michel Kesteman : « Canal Santé se caractérise par une interaction systémique entre les services qui le constituent. Ces interactions sont structurées. Pour le professionnel (ou le bénévole), c'est la possibilité de mobiliser des ressources dont il ne dispose pas. Le réseau active les ressources des membres et les met à la disposition des gens, ce n'est pas un moule dans lequel on les fait entrer. Et des ressources autres que les compétences professionnelles des seuls soignants sont reconnues. »

Que dire en conclusion ? Faut-il d'ailleurs une conclusion à ces “quelques réflexions” ? Loi du genre : il faut au

moins une chute. Bien, résumons : pas de fabrication purement *top-down*, mais des collaborations préexistant à la formalisation du réseau ; pas de couche en plus dans la lasagne institutionnelle, mais une horizontalité des relations réticulaires (ça y est, j'ai placé le mot) ; pas de pétrification dans une structure, mais du mouvement, de l'évolution dans un cadre qui peut être mis en question – et mettre en question des fonctionnements. Un réseau digne de ce nom ne peut enfermer, il doit ouvrir et s'ouvrir.

Alain Cherbonnier

- 1 « Les réseaux de santé », Actes du colloque organisé au Centre culturel de Woluwe-Saint-Pierre le 20 mars 2007 (www.questionsante.org/03publications/charger/reseauxsante2007.pdf).
2. Dans le périodique trimestriel de la Fédération des Associations Similes Francophone, n° 63, décembre 2010 – février 2011, p. 8.
3. *Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins. Bruxelles* (sur www.psy107.be), p. 12. Il s'agit de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux.
4. « Le travail de réseau, pour qui ? pourquoi ? », *Subjectif*, octobre 1996, pp. 32-41.
5. « Les réseaux : singularité et légitimité », *Prévenir* n° 27, 1994, pp. 5-10.
6. *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale. La place des usagers et le travail en partenariat dans la cité*, Rapport remis au ministre délégué à la santé, avril 2002, p. 4 (www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000189/index.html).
7. *Ibidem*, p. 19.
8. « Ressources et limites des réseaux », intervention aux Assises de l'ambulatoire, Bruxelles, 2003 (www.cocof.irisnet.be/site/common/filesmanager/sante/reseauxsante/jean_louis_genard/).
9. Nous laissons délibérément de côté, dans cet article, les multiples dispositifs qui n'ont de réseau que le nom.
10. Ligne 02/375.12.97, site www.rmlb.be.

Tiraillements identitaires

Le 23 mai dernier, Evelyne Huytebroeck introduisait un colloque baptisé *Agir auprès des jeunes tiraillés culturellement* en s'interrogeant sur la pertinence du terme "tiraillement", pourtant choisi avec soin par les organisateurs. Ce choix peut faire débat, disait-elle, mais il met en évidence la question identitaire, la double appartenance perçue comme un problème plutôt que comme une opportunité. Question cruciale à Bruxelles qui, dans les 5 ans à venir, devrait compter 200.000 habitants de plus, parmi lesquels nombre de jeunes qui y seront confrontés. « Que peut-on mettre en place pour ces jeunes tiraillés entre exclusion et intégration ? Comment repenser nos modes de rencontre et de vivre-ensemble ? » conclut la Ministre.

Les exposés d'Ural Manço et Pascale Jamouille, notamment, apporteront des pistes de réponse. Dans *Adolescences en exil* (Academia-Bruylant), Pascale Jamouille et Jacinthe Mazzochietti reflètent la parole d'adolescents bruxellois issus d'immigrations anciennes ou récentes et marqués par la précarité. L'ouvrage a déjà été chroniqué dans notre numéro de juin mais, comme l'exposé était centré sur les primo-arrivants, il est opportun d'y revenir.

Les primo-arrivants rencontrés par l'auteure¹ voient la scolarisation, enjeu majeur, comme inégalitaire : ils ne comprennent pas plus que leurs parents les décisions prises par les institutions belges quant à la valorisation de leur cursus au pays d'origine; le dispositif "d'accueil" des demandeurs d'asile provoque une scolarité chaotique; l'accès aux classes d'accueil passerelles

(CLAP) est limité : toutes les écoles n'en organisent pas, celles qui existent sont saturées; et la qualité de l'enseignement qui y est dispensé n'est pas garantie. En outre, *quid* de la formation de ces jeunes après 18 ans ?...

Avec les bouleversements de l'exil couplés aux métamorphoses de l'adolescence, ces jeunes traversent d'abord une phase de sidération : ils n'ont plus aucun repère, ils vivent un enfermement tant physique (les centres "d'accueil") que psychique, sans pouvoir exprimer ce qu'ils ressentent, faute de maîtriser une langue véhiculaire. Ils créent une sorte de sabir à partir de langues multiples, ce qui leur permet d'entrer dans une certaine jouissance langagière. Par contre, la mise à l'écart dans les CLAP provoque des rancoeurs qui se projettent sur la langue du pays

Une précision conceptuelle. Le projet de recherche était de questionner les usages et bricolages des jeunes par rapport aux identités métissées, de travailler avec eux sur leurs expériences de la ville, sur le sens qu'ils donnent à l'ethnisation de l'école, du quartier, des pairs. "Ethnisation" ne doit pas être compris ici au sens classique mais comme se rapportant à la condition immigrée et aux discriminations scolaires, sociales, spatiales et culturelles qu'elle implique :

- Ethnisation des quartiers populaires autour du canal mais aussi au sud et à l'est du pentagone, qui se paupérissent de plus en plus.
- Ethnisation du monde scolaire : les écarts de performances des élèves recourent la distinction autochtones/allochtones; absence de mixité sociale et homogénéité ethnique caractérisent notre système d'enseignement.
- Ethnisation des regroupements de jeunes gens, dont les fonctions sont multiples : s'affirmer, se rebeller, accéder aux biens de consommation via les "petites affaires" dans le quartier, trouver dans la prise de risques un antidépresseur collectif.
- Ethnisation, encore, de l'identité : ces regroupements sont aussi une stratégie défensive mais, du coup, les violences inter-groupes et donc inter-ethniques augmentent.

“d'accueil” et provoquent un repli sur la langue d'origine.

Le centrage sur les primo-arrivants a mis aussi en évidence les violences d'Etat : une procédure de demande d'asile incompréhensible; un sentiment diffus de persécution, d'inquisition, d'arbitraire; la dévalorisation des parents; les accusations réciproques intrafamiliales parce que le discours de chacun est passé au crible (un demandeur d'asile n'a pas droit à la présomption d'innocence, au contraire c'est a priori un tricheur)... Conséquences sur la santé : inquiétudes, stress, insomnies, bouffées d'angoisse, peur du dehors, agressivité. Et la vie des MENA ou mineurs étrangers non accompagnés (d'un adulte) est encore plus difficile, surtout s'ils sont contraints à la clandestinité.

Dans les échanges qui ont suivi l'exposé, une question est posée à l'oratrice : quel est le regard que posent les jeunes “étrangers” sur les “natifs” ? Réponse : en fait, les premiers ne rencontrent pas beaucoup les seconds, et les conflits se passent surtout entre eux. Les Blancs sont lointains, ils les appellent “les Flamands” : ils ont entériné une certaine représentation de la Flandre associée au pouvoir, à la richesse, à la culture dominante. À ceux d'entre eux qui “s'intègrent”, ils disent qu'ils “se flamandisent” !

Autre question : pourquoi pas un modèle où chaque classe de chaque école comprendrait un même pourcentage (20% par exemple) d'élèves d'origine étrangère ? Réponse : pour ces jeunes, un Etat bienveillant garantirait dans chaque école et chaque classe 50% de “natifs” et 50% d'“étrangers”. Ils sont pour les quotas ! Si l'Etat ne le fait pas, pensent-ils, cela veut dire qu'il soutient un système d'enseignement à deux vitesses. Leur vision est celle d'un Etat inégalitaire et discriminant.

Entre nous, chers lecteurs, la vision de ces jeunes venus d'ailleurs est-elle si fautive, y compris pour les “natifs” ?...

Après le point de vue des jeunes, celui des professionnels du social. Ural Manço² a coordonné de mai 2008 à mai 2010 une recherche-action qui associait environ 120 assistants sociaux, éducateurs de rue, animateurs socioculturels et autres travailleurs de terrain de Schaerbeek³,

invités à s'exprimer sur leurs pratiques. Le but étant de dégager les implications éthiques et méthodologiques de leur travail, de les aider à clarifier et perfectionner eux-mêmes les outils de leur métier, de valoriser leur expérience et leurs compétences professionnelles.

L'exposé était intitulé “Entre problèmes structurels et bonnes pratiques quotidiennes”. Les premiers se répartissent entre quatre types de tensions, de conflits voire de contradictions.

1. Ethique professionnelle et “pensée d'Etat”⁴

Le travailleur social – au sens large du terme – conçoit son travail, pour le dire brièvement, comme l'accompagnement d'une personne, d'un public, vers l'autonomie et l'émancipation. Il est écartelé entre cette éthique et les logiques du pouvoir subsidiant : logiques sécuritaire, comptable, consumériste (politique du chiffre), gestionnaire (“gestion” des problèmes sociaux). Cette contradiction est perceptible, par exemple, dans les temporalités respectives du travailleur de terrain (il faut au moins dix ans pour construire quelque chose) et du mandataire public (les échéances électorales se succèdent à une cadence toujours plus serrée). Autre exemple : le travailleur social ne veut pas considérer son métier comme du contrôle ou de l'occupationnel pour éviter à tout prix les passages à l'acte. Il cherche à favoriser auprès de son public la prise de conscience de son identité métissée, de l'aider à se respecter, à découvrir ses limites, à comprendre le pourquoi de son désir de passer à l'acte : dépit, révolte par rapport à la marginalisation, la minorisation, l'exclusion.

2. Travail interculturel ou contribution au communautarisme ?

Paradoxe : comment faire du travail interculturel en milieu culturellement homogène ?... On est confronté à des dilemmes – faut-il, par exemple, proposer des activités non mixtes pour convaincre les jeunes filles de s'impliquer ? – ou à des ambiguïtés : le travail intergénérationnel (impliquer aussi les adultes et les personnes âgées) est a priori positif, mais attention au risque de cautionner ou de renforcer le contrôle social strict propre au mode de vie et

aux valeurs des générations plus anciennes.

3. Ethnicisation ou professionnalisation du travail social ?

Nouvelle ambiguïté quand les travailleurs sociaux sont eux-mêmes issus de l'immigration dans les quartiers populaires de Bruxelles. Certaines politiques publiques favorisent cette stratégie des “grands frères”. Les personnes rencontrées disent leur hostilité à ces politiques, qui délégitiment le travailleur social, lequel passe auprès des jeunes justement pour un simple grand frère, un voisin. Il faut confronter ces jeunes à la diversité et à l'altérité.

4. Identité professionnelle et carrière en travail social

Beaucoup de travailleurs sociaux n'ont pas de statut (par exemple, il n'existe pas encore de formation certifiée pour les éducateurs de rue), les commissions paritaires qui les régissent sont multiples et leurs conditions de travail, précaires. Les conséquences sont évidemment un important turn-over et la perte de l'expérience acquise par les “anciens”, qui n'ont pas le temps de la transmettre aux “nouveaux”. Autre aspect du problème : non seulement les jeunes ne reconnaissent pas les travailleurs sociaux issus de leur quartier, mais les pouvoirs publics ne reconnaissent pas non plus ceux-ci... alors même qu'ils en attendent beaucoup !

Venons-en aux bonnes pratiques, réparties en trois groupes par Ural Manço. À noter : il ne s'agit pas de recettes à appliquer, ce sont des pratiques à construire.

1. La légitimation du travail social

- La reconnaissance : se faire progressivement accepter pour “faire partie du paysage” et apporter sa diversité, son altérité, mais en créant des alliances locales.
- Les parents : les valoriser dans leur rôle, les reconnaître dans leur mémoire, dans ce qu'ils veulent transmettre.
- Le cadre même du travail social : co-construire les règles.
- L'accueil individualisé, régulier, durable: prendre le temps qu'il faut...

2. La pédagogie du travail social

- Promouvoir l'égalité des appartenances culturelles.
- Confronter les jeunes à leur être multiculturel, au métissage dont souvent ils ont honte : les cultures ne sont pas des monolithes, ce sont des constructions collectives.
- Leur offrir des possibilités de prise de parole. (« Quand on leur donne la parole, pas de problème, ils la prennent ! » dira Pascale Jamouille.)
- Leur apprendre à écouter, à débattre, à accepter la critique.

3. Les publics du travail social

A côté des migrations anciennes (en particulier les grandes vagues organisées dans l'après-guerre), les migrations récentes prennent de nouvelles formes :

- Dans les quartiers naguère "marocains" ou "turcs", on trouve aujourd'hui une bien plus grande variété de nationalités.
- Les nouveaux migrants ne sont pas les mêmes : ainsi, certains (Europe centrale) ne s'installent pas; les Marocains venus d'Italie ont adopté des moeurs de ce pays qui heurtent celles des "maroxellois"; et, parmi les jeunes migrants arrivant

par mariage, on compte des citoyens, diplômés – mais qui ne connaissent aucune des langues nationales.

- Ces nouveaux publics ont une attitude beaucoup plus consumériste (consommation des services, des activités), qu'il importe de recadrer.
- Des groupes préexistants peuvent envahir une association, y prendre toute la place, provoquant le départ des autres. Il faut combattre le diktat des identités exclusives.

Dans le débat, Kamal, qui travaille depuis 12 ans à Forest, prend vivement la parole. Pour lui, il y a aussi un travail à faire avec l'ensemble de la population et avec les institutions. Par exemple, on n'arrive pas à faire sortir des écoles à discrimination positive des jeunes qui maîtrisent le français, qui le parlent avec leurs parents à la maison. Il y a des cloisonnements bien réels, des barrières presque infranchissables (sauf à faire jouer le "piston"), une multiplication et une complexification des règles, des normes. À un certain moment, le travailleur social arrive à une limite : « La réalité, elle est trop dense. Je n'arrive plus à l'écrire, même si j'ai les mots. »

Réponse d'Ural Manço : « Oui, c'est une de nos conclusions : l'action locale est-elle susceptible de modifier la globale ? Il faut aussi agir sur les discriminations structurelles : dans le domaine de l'emploi, du logement, dans le quartier... »

Alain Cherbonnier

1. Pascale Jamouille, anthropologue, a publié plusieurs ouvrages dont *Des hommes sur le fil* et *Fragments d'intime, tous deux à La Découverte*. Elle est responsable du certificat "Santé mentale en contexte social: précarité et multiculturalité" à l'UCL.
2. Ural Manço est sociologue, professeur invité aux Facultés universitaires Saint-Louis et promoteur de recherches. Il a notamment publié *Affaires d'identité ? Identités à faire!* chez L'Harmattan.
3. Le choix de ce terrain est lié aux échauffourées d'octobre 2007 à Schaerbeek et Saint-Josse : le conflit turco-kurde avait débouché sur des violences parfois clairement racistes dans le quartier, provoquant un questionnement au niveau de l'échevinat de la Cohésion sociale (Mme Essāïdi), qui a parrainé la recherche.
4. L'expression est du sociologue Abdelmalek Sayad.

Echo du CLPS

Jeunes et Alcool : Anderlecht se mobilise

La consommation de l'alcool chez les jeunes interpelle les acteurs locaux anderlechtois. Ce constat relayé régulièrement auprès du Bus Info Santé et du Service communal d'accompagnement des personnes toxico-dépendantes (SCAT) amène ces derniers à répondre à l'appel à projets de la Fédération Wallonie-Bruxelles destiné aux communes, visant à réduire les inégalités sociales en matière de santé. L'axe choisi est la sensibilisation à la consommation responsable d'alcool chez les jeunes de 13 à 25 ans.

Depuis plus de dix années, en collaboration étroite avec le CLPS de Bruxelles, le Bus Info Santé de la Commune d'Anderlecht soutient une dynamique de promotion de la santé au sein de la commune. Les thèmes déclinés (prévention sida, diabète...) et les différents publics touchés leur permettent d'avoir une bonne connaissance de terrain. D'autre part, le

SCAT constate que l'alcool est un produit privilégié au sein d'un public de plus en plus jeune. Le SCAT et le Bus Info Santé sont tous deux à une place privilégiée pour constater l'émergence d'inégalités en termes d'accès à l'information et de compréhension de certaines problématiques de la population anderlechtoise.

Afin d'identifier les besoins, les attentes des professionnels et des jeunes autour de la consommation non responsable d'alcool, le Bus et le SCAT décident de mettre en place un diagnostic. Pour réaliser celui-ci, ces deux organismes décident de solliciter le CLPS de Bruxelles et la Cellule d'évaluation et de diagnostic du Service de prévention de la Commune d'Anderlecht pour travailler ensemble.

Voici le comité de pilotage au complet! Il planchera sur la méthodologie du diagnostic jusqu'à l'évaluation. Via ce diagnostic, le comité de pilotage espère dégager des pistes afin améliorer les compétences des professionnels auprès des jeunes pour, *in fine*, responsabiliser ceux-ci dans leur consommation d'alcool en réduisant les risques et nuisances associées. Soucieux d'être en phase avec le terrain et d'impliquer les intéressés, ce comité va associer les acteurs locaux à la réflexion quant à l'opérationnalisation du projet.

Le processus

Si ce qui sous-tend la démarche d'un diagnostic est l'intérêt accordé aux besoins de la population et particulièrement, ici, d'un public plus précarisé, il est forcément nécessaire de prendre du temps avec ces personnes pour recueillir leurs attentes. Cinquante-huit jeunes seront interrogés via un sondage.

Les professionnels, quant à eux, participeront à un focus group. Quatre focus groups seront organisés pour recueillir la parole de 51 professionnels travaillant sur le territoire anderlechtois et réunissant plusieurs profils : professeurs, psychologues, éducateurs de rue, gardiens de la paix, travailleurs sociaux, travailleurs de service de santé mentale, de centre de planning familial...

Quelques résultats

En croisant les données des différents publics interrogés, trois grands axes de travail se dessinent : créer un réseau de partenaires et de collaborations en matière d'assuétudes sur Anderlecht, disposer de connaissances et de savoirs pour aborder la question et obtenir des informations sur la gestion de ces consommations abusives.

Beaucoup de professionnels encouragent des interventions sur la thématique en privilégiant d'aborder la question des assuétudes de manière générale (jeux vidéo...) sous l'angle de la santé globale en mettant les jeunes au cœur du projet. La participation des jeunes dans un projet co-construit se perçoit comme incontournable.

Le sondage auprès des jeunes anderlechtois nous révèle le contexte dans lequel se déroulent les consommations. Sur 58 jeunes sondés, 33 déclarent avoir consommé des produits. Sur cette proportion de jeunes, un peu plus d'un tiers déclare consommer de manière hebdomadaire. Les jeunes ont préconisé pour leur part plusieurs pistes d'action de prévention à l'usage responsable d'alcool. En les regroupant en catégorie, on peut citer tout d'abord des actions d'information et d'interpellation, sous formes d'animation, d'exposition, stands interactifs et distribution des brochures. Ils parlent aussi de l'importance de

réaliser des campagnes de prévention sous forme de campagne publicitaire. Ils pensent important de rappeler la législation en matière d'usages de produits. Ces jeunes se disent désireux d'avoir un espace d'accueil spécifique – ils semblent ici s'adresser aux professionnels du secteur psycho-social. Ils verraient cet espace comme un lieu qui permet la prise en charge de l'usage abusif par le biais notamment d'un groupe de parole.

Signalons aussi que le diagnostic insiste sur l'importance de prendre en considération l'interculturalité comme étant une dimension transversale à l'ensemble des initiatives proposées.

Concrètement

A l'issue de cette phase de diagnostic, le comité de pilotage décide de proposer des actions sur le court et le long terme. Très prochainement, une formation autour de la prévention et de la réduction des risques sera organisée en partenariat entre Modus Vivendi, Prospective Jeunesse et le CLPS. Le comité de pilotage travaille également à la mise en place d'un point contact de prévention des assuétudes sur Anderlecht. Il s'agit de centraliser sur la commune l'ensemble des campagnes de prévention (brochure, flyers...) diffusées sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Les éducateurs du Service prévention de la Commune d'Anderlecht réfléchissent avec le comité de pilotage à l'intégration de la thématique au sein des actions menées auprès des jeunes. Une antenne de quartier qui développe des ateliers d'écriture musicale avec les jeunes propose à ceux-ci de se mettre au travail sur le sujet « accro ou pas ? ». La thématique sera intégrée à différentes actions mises en place sur la commune.

A plus long terme, il s'agit de soutenir une dynamique de concertation pour mettre en place un réseau local d'intervenants anderlechtois. Ce qui, pourquoi pas, pourrait déboucher sur la création d'une plate-forme de prévention des assuétudes qui soutiendrait les initiatives locales et de première ligne. Beau projet en perspective!

Bégonia Montilla, Melissa Chebieb

Pour plus d'informations, prenez contact avec le Bus Info Santé
cstaelens@anderlecht.irisnet.be ou
le SCAT dgoebel@anderlecht.irisnet.be



La santé, c'est aussi un enjeu de politique communale

La pauvreté nuit gravement à la santé, les inégalités aussi. Agir sur le logement, l'école, l'emploi, le lien social, l'information, le sport, les espaces publics, la vie culturelle, etc., c'est aussi agir pour la santé. Autant de leviers dont disposent les Communes et CPAS. Ces derniers peuvent en outre mener une politique garantissant l'accès aux soins de santé et à la prévention. Même quand la mutuelle rembourse une partie des frais de santé, en faire l'avance est souvent pour le patient un obstacle qui provoque un recours tardif aux soins. Les lunettes et les prothèses dentaires – autres exemples – ne sont pas prises en charge par la mutuelle : y recourir n'est pourtant pas un luxe !

Nous disposons aujourd'hui, grâce au travail de l'Observatoire de la Santé et du Social en collaboration avec l'IGEAT-ULB, de statistiques sanitaires et sociales par Commune¹ : un fameux point d'appui aux acteurs locaux pour orienter en connaissance de cause leurs politiques, d'autant qu'il s'est construit avec les acteurs de terrain. Plus de prétexte donc pour que la santé ne prenne pas pied sur le terrain communal².

Je ne voudrais pas terminer ce papier sans relayer le memorandum d'un collectif d'associations en direction des dix-neuf CPAS bruxellois (et du SPF Intégration sociale) à propos de l'aide médicale urgente³. Médecins du Monde et ses partenaires y invitent les CPAS à contribuer à lever les obstacles à l'accès aux soins pour les personnes en séjour irrégulier et pour les sans-abri : informations fragmentaires, seuils d'accès difficiles dans les CPAS, absence d'accès direct aux soins médicaux, etc. Un plaidoyer pour le respect des droits des personnes qui mérite d'être entendu.

Anne Herscovici
Députée bruxelloise Ecolo

1. <http://www.observatbru.be/documents/publications/fiches-communales-2010.xml?lang=fr>

2. « Prendre pied sur le terrain communal. Pouvoirs locaux et santé », *Santé conjugée*, avril 2012.

3. « Aide médicale urgente pour personnes en séjour irrégulier. Où cela coince-t-il ? », juin 2012, http://www.medecinsdumonde.be/IMG/pdf/memorandum_FR_scherm.pdf

Coût social à la hausse pour les MRS : le cdH déterminé à développer davantage les formes alternatives de soins

L'INAMI vient de publier les statistiques relatives à l'évolution du nombre de lits en maison de repos (MR) et en maisons de repos et de soins (MRS). Alors que le nombre de lits agréés en MR a tendance à diminuer, le nombre de places agréées en MRS a enregistré une hausse de 360%. Un phénomène lourd pour les finances publiques et les budgets sociaux, d'autant plus que l'encadrement médical est beaucoup plus important dans les MRS que dans les homes « classiques ».

Ces données confirment clairement la tendance à la hausse du nombre de personnes ne vivant plus à leur domicile. Elles nous rappellent également que des solutions alternatives doivent être développées. Aussi, de manière beaucoup moins coûteuse et permettant de continuer à bénéficier d'un ancrage local, permettre aux aînés ou aux personnes souffrant d'une maladie ou d'un handicap de continuer à vivre aussi longtemps que possible chez eux doit être un objectif politique essentiel. A travers son organe bicommunautaire, la Région bruxelloise s'est fixé comme objectif d'adapter ses services en ce sens. Citons dans ce cadre le développement des centres de soins de jour d'une part, de l'aide et des soins à domicile d'autre part.

Rappelons que, parmi les métiers de ce secteur, la garde à domicile ne bénéficie toujours d'aucune reconnaissance en Région bruxelloise. Pourtant, elle constitue un maillon important dans la chaîne des professionnels qui gravitent autour des personnes en perte d'autonomie, en leur assurant, de jour comme de nuit, une aide spécifique dans les tâches quotidiennes. Un manque de statut spécifique qui entraîne, dans certains cas, une formation du personnel insuffisante et représente donc un danger à la fois pour le bénéficiaire et pour la profession. Une profession qui, pour peu qu'elle soit mieux encadrée, est également vecteur d'emploi pour un public peu qualifié.

Malgré la prochaine saturation des MR et MRS, la question autour de la reconnaissance du métier de garde à domicile n'en est encore qu'à ses balbutiements dans notre Région. Le groupe cdH interpelle donc régulièrement les Ministres en charge de la Formation professionnelle, de l'Aide aux Personnes et de la Santé afin que des solutions soient trouvées rapidement pour clarifier la situation du secteur. Notre groupe continuera à travailler en vue

de valoriser l'utilité sociale du service de gardes à domicile, et restera attentif quant aux modalités d'agrément et de subventionnement et au niveau de qualification requis pour l'exercice de la profession.

Joël Riguelle, Président du groupe cdH au Parlement francophone bruxellois

Tous les enfants ont le droit de sourire : bilan de la campagne d'information

Médecin généraliste de formation et maman, j'ai malheureusement dû constater que la mesure de gratuité des soins dentaires jusqu'à dix-huit ans profite moins aux parents à laquelle elle est principalement destinée, par manque d'information. Ceci m'a décidé à élaborer une campagne d'information à destination des publics bruxellois socio-économiquement moins favorisés.

Un véritable partenariat s'est créé autour de cette idée avec Bernard De Vos, le Délégué général aux Droits de l'enfant, Michel Devriese et son équipe de la Fondation pour la Santé dentaire, et Médecins du Monde. La campagne « Tous les enfants ont le droit de sourire » s'est déroulée durant huit jours à la fin du mois d'avril 2012.

Quels en sont les premiers enseignements ?

- Tout d'abord, de nombreux parents réclament la même mesure de gratuité pour eux-mêmes, expliquant qu'ils repoussent les soins dentaires. Beaucoup de parents sont aussi coupés de l'information à cause d'un problème de maîtrise de la langue.

- Ensuite, nous avons confirmé que toucher à la santé dentaire des enfants, c'est toucher à l'intimité des familles (alimentation, brossage des dents...) et aborder la question de l'autorité parentale. Il s'agit d'une thématique où la progression des pratiques est difficile, dans un contexte de consommation débridée et d'individualisme poussé.

- Nous avons enfin été enfin surpris de l'accueil particulier des jeunes mamans. Beaucoup ont souffert pendant leur grossesse de graves problèmes dentaires. C'est un problème de santé publique peu connu.

L'accueil chaleureux des parents et le sentiment de grande utilité qui sont ressortis de l'activité ont décidé l'ensemble des partenaires à renouveler l'expérience en novembre prochain !

Catherine Moureaux
Députée PS au Parlement bruxellois

« 7 Jours Santé » Un projet de promotion de la santé vers les entreprises bruxelloises

L'asbl Question Santé, en partenariat avec le Centre pour Entreprises en Difficulté (CED) et la Chambre de Commerce et Industrie de Bruxelles (BECI) et avec l'aide de la Commission Communautaire Française, gère un projet pilote intitulé « 7 Jours Santé ». Ce projet s'adresse, dans un premier temps, aux entrepreneurs et chefs de petites entreprises bruxelloises (TPE : jusqu'à 19 personnes)¹.

Dans un ouvrage récent, Olivier Torrès relève en boutade « qu'il y a plus de statistiques sur la santé des baleines bleues que sur celle des entrepreneurs. Et que, pourtant, lorsqu'un dirigeant connaît un ennui de santé, c'est immédiatement toute l'entreprise qui faiblit. »² L'expérience du CED à Bruxelles confirme ce constat.

Etre entrepreneur va souvent de pair avec un sentiment de liberté, une possibilité de décider de son temps, de choisir ce dans quoi on s'investit, etc. Mais, en raison des mutations toujours plus rapides du monde du travail, de l'évolution des sociétés et des modes de vie effrénés, le quotidien du chef d'entreprise est bien souvent rempli de contraintes. Rares sont ceux qui restent totalement à l'abri de circonstances telles que : surcharge de travail, démarches administratives pesantes, déplacements longs, alimentation déséquilibrée, manque de sommeil, horaires de travail rendant difficile l'équilibre

entre vie professionnelle et vie privée, sédentarité... La santé est alors mise à rude épreuve et bien souvent, reléguée au deuxième plan. Les compétences professionnelles et de gestion sont évidemment des atouts majeurs pour faire face aux défis professionnels, mais le bien-être de

l'entrepreneur, artisan ou commerçant, est le premier actif immatériel de l'entreprise. Ceci est d'autant plus vrai que la taille de l'entreprise est petite. C'est pourquoi l'asbl Question Santé, le CED et la BECI se sont associés pour proposer aux chefs de petites entreprises bruxelloises, aux indépendants et starters un projet intitulé « 7 Jours Santé ».

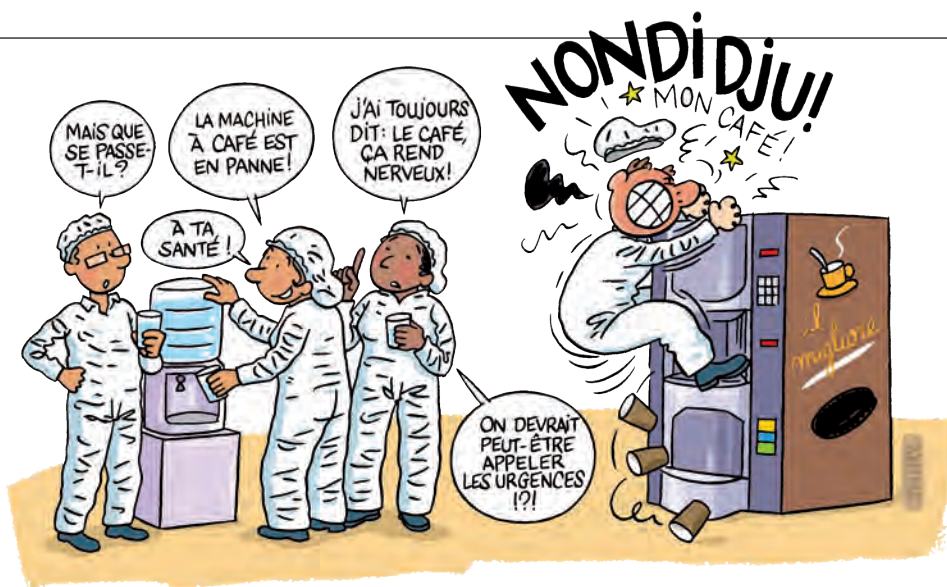
Certes, des mesures publiques qui veillent à la santé de la population existent déjà. En ce qui concerne la population active, les Communautés proposent des programmes de médecine préventive (vaccination, dépistage du cancer du sein par mammotets, etc.) et, sur le plan fédéral, des dispositifs pour veiller au bien-être des personnes au travail sont en place (par ex. mesures de prévention des maladies professionnelles et accidents du travail, prise en charge du harcèlement, du stress, hygiène, ergonomie et embellissement des lieux de travail). Le projet « 7 Jours Santé » est en lien et en cohérence avec la loi belge sur le bien-être au travail et n'entend donc pas intervenir dans ces



Pourquoi s'intéresser au milieu du travail ?

Tout d'abord, pour une large partie de la population, le milieu du travail représente une part importante de la vie de chacun : on y passe en moyenne 8 h par jour. Ensuite, le travail remplit différents rôles : il génère un revenu, garantissant ainsi un certain pouvoir d'achat et de consommation ; il confère un statut; il gère le temps et l'espace, permet de créer des relations interpersonnelles officielles ou spontanées, de bâtir des projets et de les réaliser, il joue un rôle-clé car il sert de référence, etc.

Mais le travail peut également être source de mal-être : 60 % des travailleurs belges disent mal dormir la nuit de dimanche à lundi et, pour 66 % d'entre eux, le travail est source d'insatisfaction³ ; 65% des indépendants et chefs de PME souffrent de stress⁴ ; pas moins de 4 indépendants sur 5 trouvent que leur métier est lourd émotionnellement⁵. Ou encore, 1 entrepreneur sur 3 affirme ne pratiquer aucune activité physique et 35% des dirigeants sont affectés par un surpoids⁶.



domaines qui sont pris en charge par des organismes au sein des entreprises. « 7 Jours Santé » peut être un projet complémentaire aux mesures de prévention déjà existantes. Les exemples qui opèrent à l'étranger, notamment à Québec⁷ et en Suisse⁸, témoignent de cette faisabilité intégrant dans la stratégie globale de l'entreprise une politique de prévention et un programme de promotion de la santé en milieu de travail.

Les objectifs du projet

Dans un premier temps, l'objectif principal du projet est de sensibiliser les entrepreneurs et chefs de petites entreprises bruxelloises à l'importance de leur santé et de leur bien-être global, en termes d'habitudes de vie (gestion de l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, alimentation, activité physique, mobilité, etc.) pour la performance et la pérennité de leur entreprise. Faire prendre conscience de cette notion est une première étape clé dans le développement du projet : le chef d'entreprise qui est lui-même conscient, convaincu, et qui agit pour son bien-être – et donc pour la santé de son entreprise – sera plus à même de relayer cette notion auprès de ses collaborateurs et salariés.

Dans un deuxième temps, le projet devrait permettre de renforcer le travail de sensibilisation déjà réalisé auprès des chefs d'entreprises par des actions d'accompagnement et de coaching des entrepreneurs sur les thèmes précités, tout en les mobilisant à agir pour sensibiliser leurs collaborateurs et faire de leur entreprise un milieu favorable à la santé.

Les outils

Une brochure

La brochure « Objectif 7jours santé » aborde les thématiques de la gestion de l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, de l'alimentation, de l'activité physique et de la mobilité. Pour chacun de ces thèmes sont proposés des informations pratiques, quelques conseils et des pistes accessibles pour passer à l'action.

Un site internet : www.7jsante.be

Il contient des informations santé validées, utiles et pratiques, à mettre en œuvre au quotidien. Il est également possible de commander gratuitement la brochure « Objectif 7jours santé » et de devenir membre de « 7j santé ». En devenant membre, le chef d'entreprise peut être tenu au courant des activités proposées par les partenaires durant l'année (conférences, séances de coaching, formations, tables rondes, etc.), partager ses expériences, découvrir les témoignages d'autres chefs d'entreprise et recevoir gratuitement la « newsletter 7j santé ».

Des actions

Des actions pour chefs d'entreprises seront menées autour des thèmes déjà cités : une table-ronde réunissant experts santé et entrepreneurs, ainsi qu'un séminaire de travail avec chercheurs et entrepreneurs.

D'autres actions devraient être proposées dans un deuxième temps : – un défi mobilité qui suivra des entrepreneurs prêts à adopter des moyens de locomotion alternatifs, des ateliers culinaires avec suivi d'entrepreneurs sur leurs changements d'habitudes alimentaires, un

accompagnement sportif et mental, etc.; – progressivement, des actions de sensibilisation spécifiques visant les salariés des TPE.

1. Les TPE représentent à Bruxelles un nombre important de travailleurs puisqu'on recense 2.245 entreprises de 10 à 19 personnes, 3.813 entreprises de 5 à 9 personnes, 19.473 entreprises de 1 à 4 personnes et, en outre, 26.405 indépendants. (sources : Euro DB/Coface mars 2007; données ONSS/TVA 2003; calculs AWT 2007). Par ailleurs, le BECI compte 33.500 entreprises affiliées.
2. Olivier Torrès, "La santé du dirigeant". De la souffrance patronale à l'entrepreneuriat salutaire, Ed. De Boeck, 2012.
3. « Bien être et santé au travail », Priorités Bruxelles-Capitale, juin 2008.
4. Enquête sur le stress réalisée par Securex et SNI en février-mars 2012, à laquelle ont participé 1.380 chefs d'entreprise.
5. Ibidem.
6. Olivier Torrès, op. cit., pp.199 et 202.
7. Entreprise en santé, www.groupeentreprisesensante.com
8. PME Vital, www.pme-vital.ch

● CHANGEMENT POUR LE BRUXELLES SANTÉ INFO

Depuis le N°66, vous ne trouvez plus qu'un seul exemplaire du Bruxelles Santé INFO glissé dans votre trimestriel.

Si vous souhaitez en obtenir plusieurs exemplaires, il vous suffit de les commander en vous adressant au secrétariat de l'asbl Question Santé au 02/512.41.74 ou en écrivant à info@questionsante.org

Pour rappel, le Bruxelles Santé INFO est un feuillet d'informations qui s'adresse aux usagers des services socio-sanitaires bruxellois et leur offre quatre pages d'informations utiles et concrètes relatives à la sécurité sociale et aux différents services de proximité, ainsi que de bons plans de prévention santé.

Tous les numéros sont téléchargeables sur le site www.questionsante.org

Le «Réseau Cannabis»

Le «Réseau Cannabis» est un réseau de prises en charge bruxellois, appartenant à l'asbl Interstices CHU Saint-Pierre, qui vise à rassembler les professionnels traitant des usagers à consommation problématique de cannabis, à créer des échanges entre ces professionnels, à orienter des demandes de prise en charge «cannabis» en fonction de la typologie de l'utilisateur et à élargir la surface de lieux de soins sur Bruxelles et ce, via les formations.

Ces formations sont destinées aux professionnels de la santé mentale, de la médecine générale et aux travailleurs sociaux. L'objectif de ces formations est d'apporter des outils spécifiques au cannabis afin de faciliter le travail des professionnels avec des usagers à consommation problématique de cannabis et afin que ceux qui le souhaitent deviennent, à leur tour, des «lieux» de soins spécifiques au cannabis.

● Formations

Lieu : FEDITO Bruxelles asbl, 55 rue du Président, 1050 Bruxelles

Horaire : 5 matinées de 9h à 12h

Inscription par mail : jessica_top@stpierre-bru.be

Pour plus d'informations sur le Réseau et ses formations : 02/535.30.52

19/09/2012 et 4/10/2012

« Aspects scientifiques et pharmacologiques de la consommation de cannabis »

Jacqueline Scuvée-Moreau (pharmacien, docteur en sciences biomédicales expérimentales, chargé de cours adjoint à l'ULG. Giga-Neurosciences, pharmacologie, ULB)

Etienne Quertemont (docteur en psychologie, chargé de cours à l'ULG, Centre de Neurosciences Cognitives et Comportementales, ULG)

Maurizio Ferrara (psychologue, formation et consultation, Infor-Drogues)

26/09/2012 et 25/10/2012

« Les traitements médicamenteux, les doubles diagnostics et la prise en charge psychologique »

Serge Zombek (Psychiatre, service de Psychiatrie du C.H.U. Saint-Pierre & Interstices asbl)

Maurizio Ferrara (Infor-Drogues)

Mélanie Ansseau (Psychologue, Interstices asbl & Cannabis Clinic C.H.U. Brugmann)

3/10/2012 et 8/11/2012

« Initiation à l'entretien motivationnel »

Maurizio Ferrara (Infor-Drogues)

Mélanie Ansseau (Psychologue, Interstices asbl & Cannabis Clinic C.H.U. Brugmann)

17/10/2012 et 22/11/2012

« Table ronde adolescence-cannabis »

Patrick Spapen (Psychologue, Cannabis Clinic C.H.U. Brugmann)

Emmanuelle Kantorow (Psychologue, formatrice, consultante, Infor-Drogues)

Fabienne Gigandet (Licenciée en sciences politiques, formatrice, consultante, Infor-Drogues)

24/10/2012 et 29/11/2012

« Table ronde adulte-cannabis »

Maurizio Ferrara (Infor-Drogues)

Mélanie Ansseau (Interstices asbl & Cannabis Clinic C.H.U. Brugmann)

● Partenariat

Fedito Bruxelles : www.feditobxl.be

Infor-Drogues : www.infordrogues.be

Cannabis Clinic C.H.U. Brugmann : www.chubrugmann.be/fr/med/psy/cannabis.asp

Interstices C.H.U. Saint-Pierre asbl : interstices@skynet.be

+32(0)2.535.44.66

Rédaction :

Alain Cherbonnier

Anoutcha Lualaba Lekede

Marie-Hélène Salah

Conseil de rédaction :

Dr Robert Bontemps

Dr Murielle Deguerry

Thierry Lahaye

Dr Roger Lonfils

Solveig Pahud

Dr Patrick Trefois

Graphisme :

Carine Simon

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



Une réalisation de l'asbl Question Santé

Tél.: 02/512 41 74 Fax: 02/512 54 36

E-Mail : info@questionsante.org

<http://www.questionsante.org>



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

Les articles non signés sont de la rédaction.

Les articles signés n'engagent que leur auteur