

Bruxelles Santé

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N° 64 octobre - novembre - décembre 2011 - ISSN 1371 - 2519



La participation des usagers au système de soins

sommaire

initiative

Espace Parentalité bruxelles 2

dossier

Démocratie sanitaire 5

initiative

Sensibiliser les professionnels
à la prévention du suicide 13

hors champ

Quelques réflexions
sur la prévention 15

Bruxelles, Ville-Région en santé

Villes-Santé : promenades
à Bruxelles 19

écho du CLPS

Le site ? Ça vous excite ?... 20

élargissons le débat

22

annonces

24

L'Espace Parentalité Bruxelles

L'Espace Parentalité est un espace de rencontre, d'écoute, où chaque parent peut, accompagné ou non de son enfant, trouver un moment de dialogue qui lui permette de repartir avec une meilleure compréhension de sa situation et davantage de confiance dans ses propres ressources.

Etre parent, cela se construit progressivement. On ne « naît » pas parent du jour au lendemain en même temps que naît son enfant, on le devient petit à petit, au fil du temps. On « grandit » parent aux côtés de ses enfants. Cet apprentissage quotidien du rôle de parent s'accompagne inévitablement de moments de doute, de questionnement, d'angoisse. Notre société con-temporaine regorge, parfois à l'excès, d'informations, de conseils, de recommandations éducatives, médicales, psychosociales, qui peuvent sembler difficiles à respecter voire contradictoires pour les parents. De plus, la pression sociale du « parent parfait » est très forte et on peut aisément se perdre dans cette quête de la meilleure décision, du meilleur choix pour son enfant. On peut aussi facilement perdre confiance en soi et en ses capacités éducatives.

Pourtant, il n'existe pas de modèle de parent parfait. Chacun apporte ses propres réponses aux questions que pose la parentalité en fonction de sa propre histoire, de son vécu. Chacun construit son propre modèle éducatif dans sa spécificité familiale et dans la particularité de sa relation avec ses

enfants. Dans certaines situations, à certains moments de son rôle de parent, il peut être difficile d'y voir clair seul. Tout parent a besoin de prendre du recul, de partager ses préoccupations ou simplement de s'arrêter pour reprendre son souffle.

L'Espace Parentalité propose un lieu consacré à l'écoute et au dialogue, un moment de réflexion ponctuel partagé avec un professionnel expérimenté dans les questions d'éducation, afin de permettre à chaque parent de repartir avec une meilleure compréhension et davantage de confiance dans ses propres ressources.

Anne-Chantal le Polain, psychologue et thérapeute, nous explique la genèse de l'Espace Parentalité : « L'idée de l'Espace Parentalité est née de l'expérience de deux psychologues et psychanalystes travaillant à l'Association Française Dolto. A travers leur pratique professionnelle, ils ont constaté qu'un premier dialogue noué avec des parents en demande d'une thérapie pour leur enfant permettait souvent d'identifier le problème dans leur pratique éducative. En effet, les comportements

problématiques des enfants reflètent souvent inconsciemment les messages contradictoires des parents. L'enfant exprime alors un problème qui se situe ailleurs, dans la dynamique familiale, au sein du couple ou chez l'un des deux parents. Comme Françoise Dolto avait coutume de le dire : l'enfant est « le thérapeute de ses parents ». Aider les parents à identifier dans leurs pratiques l'origine du comportement de l'enfant peut mener à des changements spectaculaires dès le premier entretien et rendre inutile le recours à un travail thérapeutique avec l'enfant. C'est dans cette optique qu'en 2001 l'Association Françoise Dolto, dont la mission est axée sur la prévention, a créé l'Espace Parentalité. L'objectif est de proposer aux parents, sous la forme d'un à trois entretiens annuels avec un thérapeute, un espace de parole, une possibilité de se resituer dans leur rôle de parents et de reprendre confiance dans leurs capacités éducatives. La limite posée à trois rencontres évite de transformer cette démarche de dialogue en un travail thérapeutique. S'il s'avère qu'une famille a besoin d'un suivi plus régulier, nous l'orientons vers une solution adaptée à ses besoins. En dix ans de consultations, il a rarement été nécessaire de proposer aux parents d'entamer une démarche thérapeutique plus longue. »

Ouvert à tous

« Nous recevons beaucoup de familles envoyées par les crèches, les consultations ONE, les pédiatres mais aussi par le-bouche-à-oreille. Des parents nous contactent, conseillés par des amis, parce qu'ils ont assisté à une conférence donnée par

l'association ou parce qu'ils ont consulté le site internet de l'association. Pour les enfants plus âgés et les adolescents, c'est bien souvent l'école qui donne l'alarme et incite les parents à nous consulter. Nous accueillons les parents seuls ou avec leurs enfants, du plus jeune âge à l'adolescence. Notre public est donc très large et diversifié. Pour être facilement accessibles à tous les budgets, nos consultations n'ont pas de prix fixe, chaque famille paie ce qu'elle peut. Une consultation dure environ une heure. Nous pouvons accueillir beaucoup de familles ; actuellement, nous organisons plus de 250 consultations par an. »

Nous avons accès à tellement d'informations et les exigences de perfection sont tellement fortes que les parents d'aujourd'hui se posent souvent bien plus de questions que ceux d'hier. Dans notre société, le schéma de la famille traditionnelle a beaucoup évolué. Ainsi, de nombreux parents sont confrontés à des situations familiales pour lesquelles il n'existe pas ou peu de modèles, d'exemples dans les générations antérieures. Face à cette évolution, ils doivent inventer leur solution hors de toute référence éducative et familiale.

Anne-Chantal le Polain : « Les questions le plus fréquemment posées par les parents qui nous consultent concernent les difficultés que rencontrent les familles recomposées, comme les relations parfois conflictuelles entre le/la nouveau/nouvelle conjoint/e et les beaux-enfants ou la solitude d'un des deux parents après un divorce. Les problèmes comportementaux sont également un sujet récurrent d'inquiétude pour les parents : colère, agressivité, problèmes

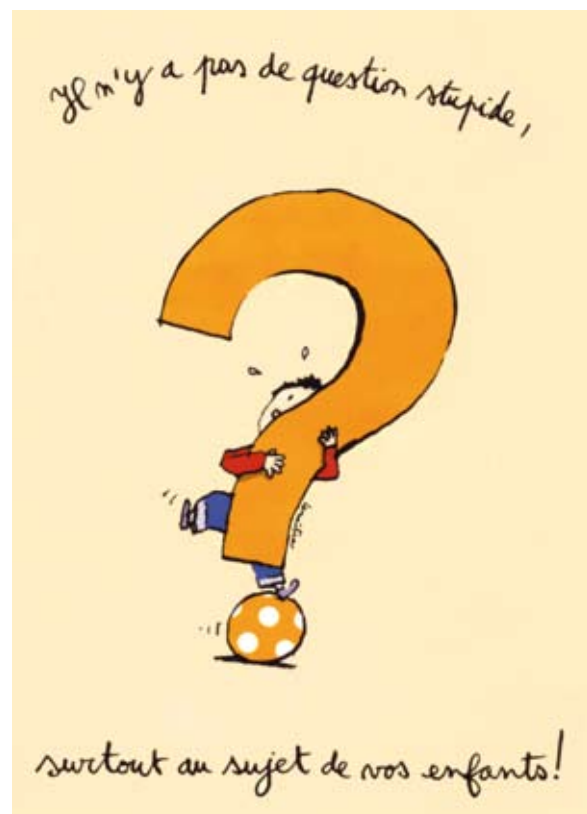


Illustration Julie Servais

de sommeil, d'alimentation... Ils s'interrogent aussi beaucoup à propos des limites à donner aux enfants, de l'exercice de l'autorité et des moyens de l'exercer, de la pertinence de la fessée. Nous offrons aux parents un espace de parole où ils peuvent venir poser leurs questions de manière informelle et en toute discrétion. »

Les plus petits s'expriment aussi !

On aurait tort de croire qu'un bébé qui ne parle pas encore n'a rien à dire ! Au contraire, une des premières choses qu'apprend un bébé, c'est à s'exprimer avec ses moyens et dans son langage : « Avec les tout-petits, il suffit souvent de très peu d'intervention extérieure pour obtenir des changements miraculeux, nous explique Anne-Chantal le Polain. L'écoute des parents,

l'observation des mouvements et des comportements du bébé en relation avec le discours de ses parents peut apprendre beaucoup sur une situation familiale et la façon dont elle est vécue par le petit enfant. Les bébés sont des éponges qui retraduisent gestuellement ce qu'ils ne peuvent exprimer verbalement ; leur langage est corporel.



Notre rôle est d'être l'interprète entre les parents et le bébé, de renvoyer aux parents un miroir de ce qu'exprime le petit enfant, de leur permettre de prendre du recul. Dans notre démarche, nous veillons à rester attentifs au vécu particulier de chaque parent. A travers ce moment privilégié de dialogue, nous souhaitons aider les familles à se réancrer dans leur propre histoire, à redéfinir l'enfant comme un membre à part entière de la cellule familiale, comme étant l'enfant de ses parents. En se reconnaissant dans leur enfant et dans ses comportements, les

parents construisent des marques identitaires familiales, reprennent confiance dans leurs propres compétences éducatives et inventent leur façon personnelle d'être parent. Nous voulons ces rencontres redynamisantes et déculpabilisantes, sans jugement ni discours de spécialiste. »

Les consultations à l'Espace Parentalité privilégient les solutions simples et pragmatiques qui favorisent la construction de la relation parent/enfant : « Par exemple, une fois adulte, nous oublions souvent comment, enfants, nous pensions. Pour réapprendre l'univers imaginaire des petits, je conseille aux parents de se rendre en bibliothèque dès leur plus jeune âge, de louer ensemble un livre – avec du texte et pas seulement des images même si l'enfant ne sait pas lire – et de le leur lire. Ce moment

de lecture partagé est important pour les bébés et aussi pour les parents. » Cette plongée dans l'univers imaginaire des enfants aide parents et enfants à mieux se comprendre, à se découvrir et à créer un monde commun. Rencontrer, écouter, s'exprimer, parfois ces actes simples mais si précieux peuvent résoudre bien des questions.

*Propos recueillis
par Marie-Hélène Salah*

Contact : Anne-Chantal le Polain,
0494/41.50.09,
aclepolain@hotmail.be
Possibilités de rencontres au
siège de l'association (214 rue du
Trône, 1050 Ixelles) et au Centre
Communautaire de Joli-Bois (100
avenue du Haras, 1150 Woluwé
St-Pierre)
Il existe d'autres Espaces
Parentalités en Wallonie. Leurs
coordonnées sont disponibles sur
<http://www.associationfdolto.be>

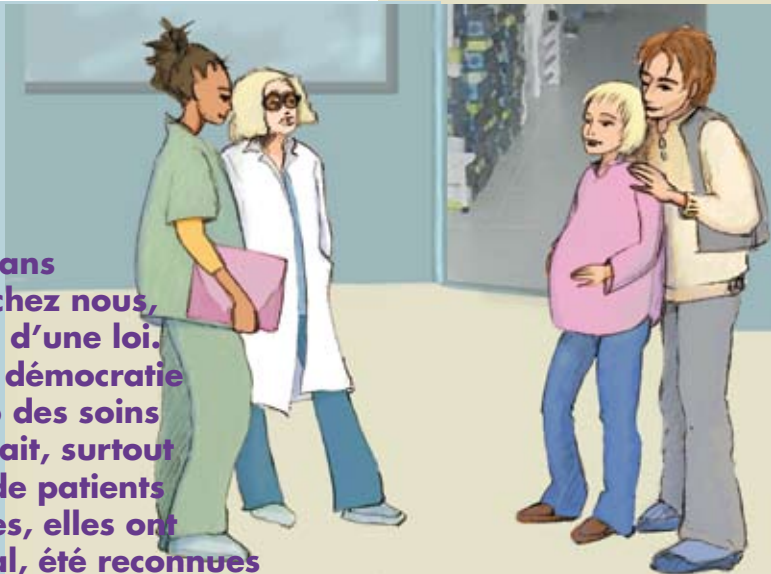
L'Association Française Dolto

Créée en 1989 à Bruxelles, cette association poursuit l'œuvre initiée par Françoise Dolto qui, dans sa pratique et sa réflexion, a révolutionné le regard porté sur l'enfant. Le rôle de l'association est de soutenir les compétences de parents et des professionnels de l'éducation. A cet effet, elle dispose d'une équipe de conférenciers (psychologues, psychanalystes, assistants sociaux) spécialisés dans les questions de soutien à la parentalité et disposant d'une bonne connaissance du terrain. L'organisme, l'école, la crèche, l'association de parents, le centre de planning familial, la commune, etc., qui le souhaite peut faire appel à l'un des conférenciers. Une soixantaine de conférences sont organisées annuellement. Une série de thèmes est proposée, cependant le thème à aborder peut être défini de manière personnalisée en fonction des demandes spécifiques de l'organisme et du conférencier, tout autant que par rapport à une actualité. Les conférences peuvent se donner dans toute la Belgique. L'Association Française Dolto organise également des colloques, édite des DVD et publie des ouvrages autour des questions d'éducation. Elle a créé l'association Re-Sources Enfances, qui a pour mission de soutenir les professionnels de l'enfance, sous forme de formation continuée et de supervision à la demande des professionnels de la petite enfance et de l'enfance et des écoles fondamentales.

Association Française Dolto
214 rue du Trône, 1050 Ixelles
Tél. : 02/731.95.72 - Fax : 02/646.54.56
fdolto@skynet.be – www.associationfdolto.be/
Ouvert tous les jours de la semaine (sauf le mercredi), de 10h00 à 15h00
En savoir plus sur Françoise Dolto : <http://www.francoise-dolto.com>

Démocratie sanitaire La participation des usagers au système de soins

Démocratie sanitaire : le terme est inscrit dans la loi française de 2002. La même année, chez nous, ce sont les droits du patient qui font l'objet d'une loi. Dans les deux cas, l'enjeu est le même : la démocratie participative, la citoyenneté dans le champ des soins de santé. Depuis quelques décennies – en fait, surtout depuis les années 1990 – les associations de patients ou d'usagers se sont multipliées, structurées, elles ont fait entendre leur voix et, tant bien que mal, été reconnues à des degrés divers en France, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni. Quelles formes de participation sont mises en oeuvre ? Qu'en est-il en Belgique ? C'est à ces questions que nous allons essayer de répondre.



Mais d'abord : associations de "patients" ou "d'usagers des services de soins" ? Dans la littérature, le premier terme est de loin le plus courant. Il est un peu réducteur, dans la mesure où ces associations ne sont pas exclusivement composées de personnes affectées d'une pathologie mais aussi de proches ou de soignants. Il est vrai que beaucoup d'associations se constituent autour d'une pathologie chronique et dans l'intérêt des malades. Mais le patient n'est pas réductible à une personne malade, c'est aussi, selon les termes de la Fondation Roi Baudouin, « un citoyen, un contribuable et un assuré social qui, à ce titre, a des droits et peut être consulté sans nécessairement souffrir de problèmes de santé, puisqu'on peut recourir à un service de santé (pour une analyse de sang, par exemple) sans être malade »¹.

Que l'on recoure au terme de patient ou à celui d'usager, on voit bien que ce qui importe avant tout est, en quelque sorte, la démedicalisation de la personne qui recourt aux services de santé, une prise en compte de cette personne qui aille au-delà du "malade", peu ou prou dépendant des services et prestataires de soins. Avec pour corollaire une

remise en jeu de la relation patient-soignant mais aussi, plus largement, de la place des patients – et de leurs proches – dans les services et établissements de soins, et même de la part que pourraient ou devraient avoir leurs associations représentatives dans la détermination des politiques en matière de soins de santé.

La Fondation Roi Baudouin distingue trois niveaux de besoins en matière de participation².

- Le niveau micro est interindividuel : c'est celui de la relation patient-soignant(s), dont le principe est le "consentement éclairé", mais c'est aussi celui des échanges entre patients et des groupes d'entraide (*self-help*). C'est la base de toute participation.
- Le niveau méso ou institutionnel est celui des rapports entre groupements ou associations de patients et établissements de soins et services de santé (y compris de 1^{ère} ligne) : défense des intérêts collectifs des patients, évaluation de la qualité des soins, consultation sur les traitements...
- Enfin, le niveau macro est proprement politique : les usagers doivent pouvoir être valablement représentés et faire

1. Alain Denis et Michel Teller, *Leviers pour une meilleure participation des patients. Nouvelles pratiques et possibilités de reconnaissance et de financement*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, septembre 2011, pp. 16-17.

2. *Ibidem*, pp. 13-14.

entendre leur voix dans les lieux de décision, que ce soit sur le plan stratégique, éthique, technique ou financier.

Une lente (r)évolution

Tout cela suppose une sorte de révolution copernicienne (expression ô combien de saison...) qui, malgré les innovations législatives récentes – moins de dix ans –, est loin d'être achevée. Mais d'où vient-elle ? De la conjonction d'au moins trois grands facteurs.

- Le premier est d'ordre socioculturel : la montée en puissance des mouvements associatifs dans le champ de la santé, portant des aspirations et des revendications, particulièrement à propos de la considération à apporter aux patients et à leur expertise du vécu de la maladie.
- Le deuxième est d'ordre épidémiologique : ce ne sont plus les maladies aiguës mais les maladies chroniques qui dominent dans nos sociétés; la "compliance" et la participation des patients à leur traitement sont d'autant plus nécessaires, et ces patients, mieux informés, sont de plus en plus désireux d'être entendus.
- Le troisième est d'ordre politique : la prise de décision publique en matière de santé est remise en cause dès les années 1980 par l'affaire du sang contaminé, ensuite par celles de l'amiante et de l'encéphalopathie spongiforme bovine (la "vache folle"). Les avancées technologiques sont regardées avec une méfiance croissante. Les décideurs – et, derrière eux, les experts censés les conseiller – ont encore récemment été soupçonnés d'avoir un peu trop écouté les sirènes de l'industrie du médicament à propos du vaccin contre le virus H1N1.

Le mouvement est donc lancé, et la participation des usagers a pris forme, parfois de manière très organisée, comme on le verra plus loin. Mais elle peut rencontrer nombre d'obstacles, parmi

lesquels la résistance des médecins et des soignants... qui n'est pas seulement affaire de corporatisme ni de pouvoir, mais aussi de saturation des services, de stress, de manque de temps et de personnel. D'où, en parallèle, une résistance des institutions de soins, qui peuvent craindre une remise en question de leur gestion et de l'organisation du travail dans cette entreprise qu'est devenu l'hôpital.

Cependant, institutions et professionnels de santé peuvent être convaincus par les avantages de la participation.

- Celle-ci, en effet, est « le seul moyen pour prendre, de manière équilibrée, des décisions difficiles et pour légitimer des arbitrages délicats. Un manque de participation génère des sentiments de frustration et d'incompréhension, creuse le fossé entre les patients et les institutions et engendre des conflits qui débouchent à leur tour sur une juridicisation excessive des relations entre soignés et soignants.»
- Par une information de qualité et en recherchant le consentement éclairé du patient, par le recueil des motifs de satisfaction des patients mais aussi en analysant leurs plaintes, la participation augmente la qualité des soins.
- Elle « augmente l'autonomie du patient. Elle l'implique dans le processus thérapeutique, ce qui accroît sensiblement l'efficacité de celui-ci. Les choix thérapeutiques faits en commun, compte tenu des connaissances et de l'expérience du patient lui-même, renforcent l'adhésion du patient à son traitement. »
- Enfin, la participation entraîne une meilleure gestion des moyens : « La traduction en termes financiers des trois arguments précédents suffit déjà à le démontrer. Mais ce n'est pas tout: le financement des soins de santé devient un problème grandissant (...). Certains choix délicats, où se croisent technologie, moyens financiers et éthique, deviennent inéluctables. Sans l'implication des patients, ces choix risquent de ne pas être faits, ce qui pèsera sur les dépenses de santé. »³

3. Guy Tegenbos, *Soins de santé et politique de santé : avec la participation du patient, c'est mieux*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, juin 2008.

Mais la démocratie sanitaire peut aussi rencontrer des difficultés intrinsèques. Visant à transformer le patient en "acteur de sa santé", elle est en phase avec la promotion de la santé – et porteuse des mêmes ambiguïtés : le risque de la participation-alibi (la participation est instituée mais elle n'est pas effective) et celui de l'injonction paradoxale ("soyez acteurs, je le veux!"), d'autant plus gênant que la santé des personnes concernées est atteinte et qu'elles ne sont pas forcément combattives. En outre, dans la mesure où les représentants des patients doivent se former pour pouvoir négocier avec les professionnels et les décideurs (par exemple au sein des conseils d'administration des hôpitaux, comme en France), il faut prendre garde à ne pas créer une "classe" de représentants qui prendrait la parole au nom des autres – et pourrait refuser de la lâcher.

D'autres questions se posent plus spécifiquement aux niveaux méso et macro de la participation : selon quels critères les associations d'usagers sont-elles reconnues, et par quelles instances ? Comment sont-elles financées, et par qui ? Comment la participation s'organise-t-elle concrètement ?... Voyons d'abord rapidement ce qu'il en est chez nos plus proches voisins.

Regards outre-Moerdijk et outre-Quévrain

Aux Pays-Bas, les associations de patients sont nombreuses (plus de 300) et anciennes : la première, fondée en vue de défendre les intérêts des patients sourds, remonte à la fin du 19^e siècle. On trouve parmi elles des organisations "catégoriales", réunies autour d'une pathologie ou d'un handicap, des organisations "générales", qui s'intéressent aux soins à tous les échelons et dans leurs divers aspects (qualité, accessibilité, fonctionnement des institutions de soins...) et des plateformes de patients, qui regroupent des

Ces réserves ne sont pas que théoriques. En France, les pouvoirs publics ont délégué diverses missions (prévention, information, expérimentation thérapeutique...) à des associations, entraînant la modification des relations contractuelles entre les partenaires et de nouveaux rapports entre l'expertise médico-scientifique et l'expertise profane. Les associations de patients ou de professionnels ont développé des stratégies d'influence (médiatisation, mise en place de réseaux ou de coalitions, recherche d'alliances...) et, parallèlement, les pouvoirs publics ont mis en place la loi de 2002 sur la démocratie sanitaire. Celle-ci porte sur les droits individuels des patients et sur leurs droits collectifs : institutionnalisation de la concertation, représentation des associations dans les instances de décision, participation dans les établissements de soins.

Mais l'Institut de Recherche et de débat sur la Gouvernance pose déjà certaines questions. Les représentants des patients ont-ils une légitimité et une compétence suffisantes pour produire une expertise témoignant des savoirs et des besoins de ceux-ci, prendre la parole en leur nom et assurer le suivi de la mise en oeuvre des politiques ? La mise en place de ces espaces de concertation, voire de copilotage, est-elle l'indice d'un changement profond du système de soins, ou bien « s'agit-il d'un nouveau gadget bureaucratique destiné à renforcer la légitimité de pratiques inchangées » ?...

IRG, La Démocratie sanitaire en question. Expériences croisées de concertation et de participation de la société civile aux politiques publiques de santé, Proposition de travail, Paris, juin 2010.

organisations des deux premiers types. Les plateformes ont été encouragées par les pouvoirs publics et visent le soutien aux associations, l'information, la défense des intérêts des patients et le recueil des plaintes. La philosophie de base du système hollandais est de prendre le point de vue du patient, ce qui permet de dépasser le simple regard consumériste. Les associations sont considérées comme "tierce partie" à côté des dispensateurs de soins et des organismes assureurs, ce qui favorise leur participation à la prise des décisions. De même, les *cliëntenraden* sont associés à l'organisation des établissements de soins. Un financement est prévu pour le bon fonctionnement de ce système.

En France, la loi du 4 mars 2002 organise la participation des associations d'usagers par un agrément au niveau national (Haute Autorité de Santé) et régional (Conférences régionales de

4. *La Démocratie sanitaire, Rencontres de la vie associative et citoyenne 2009, Mairie de Paris, Pavillon de l'Arsenal, 15 octobre 2009.*

5. *Voir le dossier en trois parties sur l'associatif santé bruxellois dans les numéros 44, 45 et 46 de Bruxelles Santé.*

6. *Jozefien Godemont, Morphologie 2009. Zelfhulpgroepen in Vlaanderen, Trefpunt Zelfhulp vzw, 2010, citée par Alain Denis et Michel Teller, op. cit.*

7. *Alain Denis et Lut Mergaert, La situation financière des associations de patients en Belgique, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, mars 2009.*

santé). Mais elles y jouent seulement un rôle consultatif. Par contre, le Collectif interassociatif des soins de santé (CISS), qui regroupe associations de patients et autres organisations représentatives (des familles, des consommateurs...), joue un rôle notable en termes de concertation et de décision. Enfin, dans chaque hôpital, les associations agréées sont représentées au Conseil d'administration et à la Commission des relations avec les usagers et de la qualité des soins (CRUQS); la loi prévoit pour ces représentants un congé et un défrayement... De quoi rêver ? Pas si vite.

C'est l'Adjoint au Maire de Paris chargé de la Santé (toutes proportions gardées, l'équivalent du Ministre bruxellois en charge de la Santé) qui le dit : la démocratie sanitaire reste balbutiante. Si la loi a fondé les droits individuels des patients – et encore beaucoup reste-t-il à faire pour qu'ils soient reconnus au quotidien –, les chapitres concernant les droits collectifs sont restés peu appliqués, notamment faute de moyens donnés pour les faire vivre. De cela, dit Jean-Marie Le Guen, « je veux pour preuve que ce qui était une des logiques fortes des Conférences régionales et nationales de santé et méritait d'être conforté, se trouve aujourd'hui très largement écarté par d'autres lieux, d'autres modes de décision. Nous sommes au sein des Agences régionales de santé, me semble-t-il, une fois de plus beaucoup plus dans des logiques technocratiques, administratives ou centralisées que dans des logiques démocratiques et participatives pour piloter ce que seront les instruments principaux de gouvernance de notre système de santé. »⁴

Retour en Belgique, où le mouvement des usagers des services de santé naît il y a une trentaine d'années, dans le même "bouillon de culture" que d'autres mouvements de contestation de l'ordre sanitaire établi : pensons au mouvement pour le planning familial, aux maisons médicales, à l'antipsychiatrie, à la lutte pour une réforme de la médecine⁵. Les premières associations de patients appa-

raissent dans les années 1970, comme l'Association de Lutte contre la Mucoviscidose ou l'Association des Mutilés de la Voix. Mais la structuration du mouvement interviendra plus tard, à la charnière des années 1990 et 2000, lorsqu'il deviendra patent que les usagers ne sont représentés ni dans les lieux de décision où siègent médecins et mutuellistes, ni même dans un colloque sur les droits du patient ! Les associations, qui entretenaient déjà des contacts informels, se sont alors regroupées pour créer une fédération qui pourrait prendre la parole au nom de tous. Ce sera la Ligue des Usagers des Services de Santé, qui sera soutenue par certains médecins et certains universitaires.

Les associations de patients en Belgique

Quelles sont ces associations ? D'une enquête réalisée en Flandre⁶ se dégagent des associations "spécialisées" et "généralistes". Les premières, souvent de taille modeste, axées sur une pathologie précise, disposent de moyens limités et sont centrées sur le soutien mutuel, l'information, la fourniture de services à leurs membres, et parfois la formulation de revendications concrètes. Les secondes, rassemblant des groupes importants et axées sur une question de santé plus large, comme les handicaps physiques ou mentaux, visent davantage la promotion de l'identité et de la citoyenneté, la lutte contre l'isolement social et la stigmatisation. Mais ce découpage ne rend pas compte de l'extrême diversité du secteur.

Le financement des associations est en outre fragmenté et peu structurel. Une étude de la Fondation Roi Baudouin⁷ distingue sur une base budgétaire les "petites" organisations (< 5.000 €), celles qui sont de taille moyenne (≤ 50.000 €) et les "grosses" (> 50.000 €). On repère trois grandes sources de finance-

ment : viennent en tête les ressources internes (collecte de fonds, dons, cotisations); le sponsoring privé est essentiellement affecté à des projets précis; les subventions publiques, elles, vont surtout aux plus grosses associations et, en Flandre, aux plates-formes. Enfin, on trouve au moins quatre modes de financement en combinant les dimensions direct/indirect⁸ et structurel/par projet...

Pour résumer leurs points forts et leurs points faibles, « on peut dire que les associations de patients sont confrontées à une tension entre leur degré de représentativité et de professionnalisme :

- les petites associations, souvent directement dirigées par des patients et des membres de leur entourage, sont généralement très proches de leur base, mais souffrent fréquemment d'un manque de moyens et ne disposent pas toujours du temps et des compétences nécessaires (surtout sur des questions non directement liées à leur pathologie : contexte légal, paysage institutionnel, assurances, droit du travail, aspects sociaux...) pour pouvoir s'engager activement dans des processus de concertation ou de participation à un niveau politique;
- en revanche, les plus grosses structures ont une expertise plus large qui leur permet d'être reconnues comme des interlocuteurs crédibles par les pouvoirs publics et les autres acteurs institutionnels, mais cette plus grande professionnalisation comporte aussi le danger que la voix du patient de base ne soit plus entendue ou soit déformée. »⁹

Si le mouvement des patients s'est peu à peu structuré, notamment par la création de la Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS) et de la Vlaams Patiëntenplatform (VPP), ces dernières bénéficient d'une reconnaissance *de facto* mais non *de jure*. « La reconnaissance des associations de patients ne connaît pas la même évolution en Belgique que dans les pays voisins. Cela tient incontestablement aux particularités de notre système d'assurance-maladie. Il repose, depuis la Deuxième Guerre mondiale,

sur un modèle de concertation qui accorde une place majeure aux mutualités. Longtemps, ce régime de solidarité a été considéré comme une réussite exceptionnelle. En effet, dans le système belge d'assurance-maladie obligatoire, les mutualités prennent directement part aux choix politiques, en tant que représentants des assurés. Mais cela explique aussi pourquoi le mouvement des patients n'est pas encore devenu un interlocuteur institutionnalisé. » Les mutualités « occupent aussi une position un peu hybride et le risque d'un conflit d'intérêts n'est donc pas exclu entre leur mission de gestionnaire, comme intermédiaire financier entre l'assurance-maladie et les patients et au niveau de leur offre de soins, d'une part, et leur fonction de défense des intérêts des assurés sociaux, d'autre part. »¹⁰

Quelle place dans le système de santé belge ?

La LUSS et la VPP ont cependant été reconnues au niveau fédéral dans le cadre de la Loi-programme du 27 décembre 2006 et sont subsidiées via l'INAMI, qui figure évidemment parmi leurs interlocuteurs de premier plan. Cela permet aux associations d'usagers d'être présentes dans des instances comme l'Agence du Médicament, la Commission des Assurances ou encore l'Observatoire des Maladies Chroniques (lequel n'est toutefois pas encore opérationnel en raison de l'absence d'un Gouvernement fédéral de plein exercice).

Par contre, du côté des entités fédérées, c'est plus timide. Au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles, la LUSS siège au Conseil supérieur de promotion de la santé, mais elle est quelque peu "noyée" parmi les nombreux membres de celui-ci. En Wallonie, malgré un espoir né en 2010 d'une initiative de la Ministre Tillieux (une journée de rencontre avec les acteurs associatifs afin de permettre

8. Mise à disposition d'équipements, de locaux, de services...

9. Alain Denis et Michel Teller, *op. cit.*, p. 20.

10. Alain Denis et Michel Teller, *op. cit.*, p. 18.

une meilleure connaissance du secteur), on ne constate pas de changement; la LUSS est toujours soutenue comme service aux associations mais sur base d'une convention annuelle. A Bruxelles, il n'y a pas de cadre légal, même si l'action des associations est reconnue *sotto voce*. C'est pourquoi la LUSS a mis en place un groupe de travail composé d'une vingtaine d'associations, pour rédiger un projet de décret valable tant pour la Wallonie que pour Bruxelles.

Afin de rencontrer la grande diversité du tissu associatif concerné, ce projet de décret distingue quatre types d'associations d'usagers : les associations au sens large, qui se subdivisent en groupes d'usagers (lesquels n'ont pas nécessairement le statut d'asbl et ne remplissent pas toutes les missions décrétales) et services d'usagers (qui sont constitués en asbl et remplissent l'ensemble des missions), et enfin les coupoles d'usagers, qui rassemblent de petites associations et permettent à celles-ci d'assumer ensemble les missions décrétales.

Dans l'hypothèse de l'adoption de ce projet de décret, ces missions seraient les suivantes :

- le partage des expériences et des savoirs des usagers, essentiellement via la constitution de groupes de parole;
- la transmission aux usagers des informations dont ils ont besoin pour gérer leur maladie, entreprendre les démarches administratives nécessaires, trouver les lieux de soin *ad hoc*, comprendre l'impact de la maladie sur leur quotidien et leur devenir, lutter contre la solitude et les éventuelles discriminations;
- la sensibilisation et l'information des professionnels de la santé et le relais vers ceux-ci pour ce qui concerne les conditions d'accueil et de vie des usagers dans les services de soin;
- la représentation des usagers à tous les niveaux de concertation et de décision qui les concernent;
- le soutien et la formation des représentants des usagers, ainsi qu'un soutien scientifique pour garantir la qualité des informations diffusées.

11. Ces informations portent sur « l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives possibles et les répercussions financières. (...) » (art. 8, § 2).

Dans la mesure où, du côté des assués, le secteur a récemment trouvé des interlocuteurs auprès des trois entités francophones conjointes (la Conférence de consensus du 10 juin dernier réunissait la COCOF, la Wallonie et la Fédération Wallonie-Bruxelles), on peut se demander si cette "première" pourrait faire tache d'huile et s'étendre à d'autres secteurs de la santé, qui auraient alors une chance de ne plus devoir frapper à

des portes différentes, à des moments différents, pour répondre à des exigences différentes. Tout le monde s'accorde pour dire qu'il faut davantage de cohérence. Mais qui pariera que le jeu de la patate chaude, surtout dans un contexte économique, politique et financier difficile, ne trouvera plus preneur ?

En attendant, venons-en à la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002. Ces droits concernent notamment la qualité des soins, le libre choix du praticien, l'information nécessaire à la compréhension de la situation du patient¹¹, la qualité de la communication (« une langue claire », *sic*), la liberté de consentement à toute intervention du praticien, la constitution d'un dossier de patient protégé par la confidentialité, la liberté de consultation de ce dossier par le patient lui-même, la possibilité d'introduire une plainte concernant l'exercice de ces droits auprès de la fonction de médiation compétente. Soulignons que cette loi est centrée sur le volet individuel des droits du patient mais n'en aborde pas le volet collectif, c'est-à-dire la participation des usagers au système de soins. Elle constitue cependant une étape significative.

Dura lex, sed lex ?

Pour savoir quels en sont les effets, nous avons rencontré Carine Serano et Sophie Lanoy à la LUSS : « Nous avons organisé une journée de sensibilisation aux droits du patient il y a quelques mois, et nous avons pu constater que peu de gens étaient au courant et que, même quand ils voulaient revendiquer leurs droits, il y avait souvent un décalage entre la réalité et la loi. Celle-ci reste, il faut le dire, à un niveau relativement théorique, elle n'a aucune force contraignante. D'ailleurs, dans le monde médical elle n'est connue que superficiellement et, chez certains médecins, le droit pour le patient de consulter son dossier reste un tabou. En dehors des discours, trop souvent, on n'est pas encore sorti de l'image du médecin seul détenteur du savoir. »

Et sur le terrain, comment cela évolue-t-il ? « Nous arrivons à nouer des collaborations avec certains hôpitaux. Cela évolue tout doucement, souvent en raison de contacts personnels et parce qu'il existe une dynamique d'ouverture dans certains services, qui ont pris conscience de l'intérêt d'impliquer les patients. Mais c'est très variable d'un établissement à l'autre : là où l'éducation du patient est déjà bien développée, notamment quand un service d'éducation du patient a été créé (par exemple au CHR de Liège), les conditions sont évidemment favorables. Il est arrivé également que des patients créent une association au sein d'un hôpital mais, là aussi, cela tient à des personnalités, du côté des soignants comme de celui des soignés. Les associations souffrent d'un manque de visibilité et d'un manque de moyens tant financiers qu'humains. Nous leur offrons des formations et des services mais cela ne suffit pas à tenir le secteur à flots. Il faudrait un geste politique pour que le secteur ne s'essouffle pas. »

En 2011, la LUSS proposait en Région wallonne, en partenariat avec la Fondation Roi Baudouin, deux programmes de formation destinés à ses membres :

- le premier (7 journées) portait sur les compétences relationnelles : estime de soi, capacités de communication, mise en valeur des diversités individuelles, recrutement et accompagnement des volontaires, conception et animation d'un groupe de parole;
- le second programme (6 à 9 journées) portait sur la participation au système de soins, de l'hôpital aux politiques de santé, sur les stratégies de communication vers la presse, le monde politique et le grand public, et sur la construction d'un projet.

La LUSS a entretenu des collaborations avec le Centre d'Education du Patient et travaille avec la Fondation Roi Baudouin, la Fédération des Maisons Médicales, ainsi qu'avec la VPP pour les questions de niveau fédéral. Quelles autres straté-

gies sont mises en place pour faire entendre la voix des associations ? « Notre revue trimestrielle, *Le Chaînon*, vise surtout les associations d'usagers mais elle est aussi envoyée aux maisons médicales, aux Cabinets ministériels, à des particuliers, aux hôpitaux qui en font la demande, ou encore dans le secteur de la promotion de la santé : cela représente 650 envois au total. Dans les milieux médicaux, ce sont surtout les contacts personnels, de part et d'autre, qui donnent des résultats; il n'y a rien de très systématique. En milieu hospitalier, nous organisons cinq fois par an une journée des associations de patients, avec stand et documentation. Il y a aussi notre journée bisannuelle à Namur Expo, qui vise la profession infirmière et les professions paramédicales. Pour toucher le grand public, nous proposons des conférences et autres événements. »

« Nous entretenons des contacts avec les Cabinets ministériels en tant que fédération mais, pour les associations, cela reste informel; les associations d'usagers peinent à être perçues comme représentatives, notamment parce que le monde mutualiste – dont la place est très particulière en Belgique – se veut représentant des patients. Globalement, cela bouge davantage au niveau fédéral; les entités fédérées sont plus frileuses, elles s'adressent plus volontiers aux mutualités qui, vu leurs moyens, peuvent donner des réponses rapides, sortir des chiffres, etc., et qui ont l'expérience des négociations avec les pouvoirs publics. »

eHealth et eCare : un cas d'école ?

Le projet de plate-forme eHealth montre assez bien la maigre considération accordée aux patients et à leurs associations. « Concrètement, lit-on dans le dernier numéro du *Chaînon*¹², la plate-forme eHealth est un outil qui permet l'échange électronique de données dans le but d'améliorer la qualité des soins. Cet outil permettra, par exemple, à vo-

12. N° 24, octobre-décembre 2011.

tre médecin généraliste de consulter votre dossier et de visualiser un scanner que vous auriez passé dans un hôpital à l'autre bout du pays. » Ce projet doit évidemment garantir la sécurité de l'information, la protection de la vie privée et le respect du secret médical.

« Le texte de loi, poursuit *Le Chaïnon*, précise que l'échange de données se fera en toute sécurité pour le patient. La Commission de la protection de la vie privée semble assurer que les garanties sont suffisantes et a remis un avis favorable. Cependant, on ne peut passer sous silence les risques potentiels liés aux données informatisées et à leur mise en réseau. Le vol de données, le stockage et le copiage des données sont rendus simples avec l'outil informatique. Le risque de piratage fait peur, à juste titre, puisque certaines banques considérées comme inviolables ont déjà été attaquées (...). Ces données représentent des informations sensibles qui peuvent être intéressantes pour les banques, les assurances, les entreprises commerciales (publicité) ou encore le futur employeur. »

Qu'en est-il, dans ce projet, des droits du patient (cf. la loi de 2002) ? La LUSS revendique, on s'en doute, l'accès du patient aux informations relatives à sa santé et son consentement éclairé quant à la diffusion de ces informations. Elle constate également l'absence de sanction en cas d'usage abusif des données. Par ailleurs, la gestion de la plate-forme eHealth devrait être confiée à une asbl eCare. Le monde médical s'en est ému : une motion signée par les présidents de neuf associations¹³ rappelle que le médecin est le garant de la confidentialité des données du patient et souligne que le projet eCare n'offre pas, en l'état actuel, de garantie concernant l'utilisation éthique des données et la protection de la confidentialité : « Le projet de statuts qu'on nous propose prévoit un conseil d'administration où les médecins sont complètement mino-

risés et n'auront rien à dire (deux sur cinq sur le banc des prestataires et à côté d'un banc de l'autorité et d'un banc des mutuelles qui comportent chacun cinq membres) et donc sur un total de quinze votants. Ces statuts donnent le droit à eCare d'utiliser toutes les possibilités d'exploitation des données et lui en donnent, qui plus est, l'exclusivité sans que les médecins puissent en quoi que ce soit contester les décisions des mutuelles ou de l'autorité. »

En octobre dernier, dans un communiqué de presse, le GBO (Groupement Belge des Omnipraticiens) était encore plus précis, ajoutant que la définition des catégories de données, des catégories d'intervenants et de la hiérarchie des droits d'accès de ces derniers était détenue par eCare, que la finalité de la plate-forme s'écartait de celle pour laquelle les données étaient collectées, à savoir les soins, et que eCare envisageait de confier la gestion de la plate-forme à un tiers non défini. Et le communiqué concluait sur ces mots : « Il est par ailleurs surprenant de lire que des représentants des organisations de patients seraient membres du groupe de pilotage du projet et que parallèlement ils n'auraient aucun siège au sein du Conseil d'Administration de l'ASBL. Le GBO plaide pour que des représentants des patients soient présents au sein des organes décisionnels de l'ASBL eCare. »

Alors, associations médicales et associations de patients, même combat ?...

Alain Cherbonnier

13. Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België, Association Belge des Syndicats Médicaux, Association Bruxelloise Médicale de Télématique, Association des Médecins de Famille, Fédération Régionale des Associations de Télématique Médicale, Forum des Associations de Généralistes, Groupement Belge des Omnipraticiens, Groupement des Unions Professionnelles Belges de Médecins Généralistes, Société Scientifique de Médecine Générale.

Sensibiliser les professionnels à la prévention du suicide

En 2010, à l'occasion du 10 septembre, décrété Journée mondiale de la prévention du suicide, la Région bruxelloise lançait son plan de prévention stratégique. Cette année, à la veille de la commémoration de ladite journée, le Centre de Prévention du Suicide et le Ministre de la Santé bruxellois, Benoît Cerexhe, livraient les résultats d'une première évaluation.

Depuis 9 ans, la Journée mondiale est l'occasion de rappeler que le suicide et les comportements suicidaires constituent un des problèmes de santé publique majeurs à travers le monde, tant par leur fréquence que par leurs répercussions sur la santé physique et mentale des personnes qui se font ainsi violence et sur celle de leur entourage. Avec un taux de suicide estimé à 20 pour 100.000 habitants, la Belgique, avec la Finlande, la France, le Danemark, se trouve dans le peloton de tête des pays qui se situent au-dessus de la moyenne mondiale (14,5 pour 100.000 habitants). En Belgique, on déplore chaque année environ 2.000 décès et plus de 20.000 tentatives, soit 6 suicides et quelque 55 tentatives par jour. Si, depuis 2007, on observe pour la Région bruxelloise une situation plus favorable par rapport aux autres régions¹, ces chiffres ne disent cependant pas grand-chose des personnes qui se trouvent derrière ni des raisons qui ont motivé leur acte, et encore moins de la souffrance mentale, du désespoir, voire du sentiment d'inutilité qui sont ou ont été les leurs...

On reconnaît généralement qu'il ne sera pas possible d'empêcher tous les suicides. Mais la prévention se base sur le fait que, dans une bonne partie des cas, l'acte du suicide n'est pas le fruit d'une décision rationnelle. Un des objectifs poursuivis en la matière est justement de permettre au « suicidant » de découvrir qu'il existe des

alternatives à la seule voie qu'il envisage pour sortir de sa souffrance. Voilà pourquoi sensibiliser les professionnels à la prévention du suicide apparaît comme une priorité parmi les moyens à mobiliser pour combattre ces décès prématurés. Savoir repérer certains signaux pour tenter de court-circuiter le processus suicidaire, tel est l'objectif poursuivi à travers le plan stratégique de prévention du suicide mis en place voici un an par la Région-Capitale.

Ce plan comprend trois pôles : la prévention universelle, qui vise la population générale ou certains groupes ; la prévention sélective, qui vise les individus considérés comme les plus exposés au problème ; et la prévention indiquée, qui vise les individus ayant déjà manifesté un ou des comportements associés au problème. La majorité des actions de prévention universelle sont organisées par l'Etat fédéral et la Fédération Wallonie-Bruxelles, mais la Région a néanmoins décidé de se pencher sur la santé au travail à Bruxelles².

Prévention sélective

En termes de prévention sélective, les efforts se sont notamment concentrés sur la sensibilisation des médecins généralistes. Un dépliant, « Face à la crise suicidaire », a été conçu pour les aider à faire face à un patient suicidaire ou ayant fait une tentative de suicide. Il répertorie quelques éléments sus-

1. Les taux de suicides, qui étaient de 20,3 pour 100.000 hommes et de 9,7 pour 100.000 femmes en 2007, sont passés à 17,4 pour les hommes et 7,2 pour les femmes en 2009.

2. Voir nos précédents dossiers dans le n° 42 et le n° 63.

ceptibles de les aider à identifier la personne suicidaire ainsi que les attitudes qui sont à privilégier ou à éviter. Ce dépliant est avant tout un réel outil dynamique pour le médecin. Pour sa réalisation, les promoteurs du projet se sont adjoint le concours de partenaires tels que la Fédération des Associations de Médecins Généralistes Bruxellois, la Société Scientifique de Médecine Générale, le Département de Médecine Générale de l'ULB et Question Santé. Outre les médecins, le plan de prévention bruxellois veut aussi sensibiliser les enseignants, tout comme l'ensemble du secteur scolaire d'ailleurs, à faire face à une personne présentant des intentions suicidaires. Au terme des rencontres en cours avec les directions d'écoles, il est aussi prévu de réaliser une brochure qui sera ensuite distribuée dans ce secteur. Le relais vers les professionnels de la santé et ceux du milieu scolaire sera notamment assuré par la déléguée « prévention du suicide » engagée en juin dernier par le Centre de Prévention du Suicide. Déléguée qui collabore également à la réalisation des outils de sensibilisation à destination de ces professionnels.

Parmi les actions entreprises au niveau de la prévention sélective, signalons encore les groupes de travail Santé et Personnes âgées, qui réfléchissent respectivement à la prévention du suicide auprès des détenus et des aînés. Plusieurs recommandations ont déjà été édictées concernant le second groupe, parmi lesquelles la sensibilisation de tous les professionnels côtoyant les personnes âgées, que ces dernières résident chez elles ou en institution. Et, dans le but d'améliorer la collaboration entre les services de santé mentale, les services sociaux et médicaux, notons la création prochaine d'une équipe mobile de soins de santé mentale.

Prévention indiquée

Les tentatives de suicide constituent un facteur de risque important pour un suicide ultérieur. Selon les résultats d'études longitudinales, 3% des personnes ayant fait une tentative de suicide décèdent par suicide dans les 12 mois qui suivent ; 40% des personnes qui se suicident ont tenté au moins une fois de mettre fin à leurs jours précédemment. En

termes de prévention indiquée, un groupe « prévention du suicide » examine actuellement le type de structure qui ferait défaut à Bruxelles et réfléchit à la manière d'améliorer les coordinations. Le groupe a décidé de se pencher en priorité sur l'accompagnement des personnes ayant tenté de se suicider. Parallèlement à cette démarche, il étudie les possibilités d'augmenter le soutien aux parents et aux proches, l'offre de prise en charge par le Centre de Prévention de Suicide se révélant malheureusement insuffisante. Le Centre vient d'ailleurs de rééditer à leur attention la brochure qu'elle a réalisée sur le deuil.

A travers ces actions de prévention, le plan stratégique poursuit en fait trois objectifs précis, qui consistent à faire diminuer le nombre de suicides, le nombre d'« idéations suicidaires » et les cas de dépression. Le plan souligne surtout la volonté des autorités régionales d'œuvrer à une meilleure santé mentale des Bruxellois, à l'optimisation du réseau d'aide et de soins, en accordant toutefois une attention particulière à certains groupes cibles tels que les jeunes et les personnes âgées.

Anoutcha Lualaba Lekede

Suicide : une histoire de vie ?

Le titre de cette brochure produite par le service Education permanente de l'asbl Question Santé peut paraître provocateur, pourtant il invite d'abord à réfléchir et à échanger autour d'un sujet vital. Car si le suicide met en question notre rapport à la mort, il interroge surtout notre rapport à la vie, le désir profond que notre vie ait un sens. La brochure n'aborde pas le « pourquoi ? » qui s'impose quand on est confronté au suicide d'un tiers ou d'un proche. Elle cherche surtout à mettre en débat les différentes représentations sociales du suicide. Quel regard la société contemporaine pose-t-elle sur cette question ? Quel est personnellement le nôtre ? Quelles sont les représentations que suscite le suicide dans d'autres sociétés ? Qu'en était-il autrefois ?...

La brochure est disponible sur demande auprès du secrétariat de l'association (02/512.41.74) et téléchargeable sur le site www.questionsante.be. Elle s'adresse à tout public et peut être utilisée comme support à des rencontres débats. Des animations sont proposées en complémentarité (contact : education.permanente@questionsante.be). Brochures et animations sont gratuites.



Quelques réflexions sur la prévention

Il y a une trentaine d'années, la toute jeune asbl Question Santé invitait Norbert Bensaïd, médecin généraliste et chroniqueur santé au *Nouvel Observateur*, à venir nous parler des "illusions de la prévention", sous-titre de son ouvrage *La Lumière médicale* (Le Seuil, 1981). Elle récidivait en septembre dernier, de concert avec la revue *Education Santé* et le FARES, en invitant pour un séminaire et une conférence le sociologue Patrick Peretti-Watel, co-auteur avec Jean-Paul Moatti du percutant essai *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives* (toujours au Seuil, 2009). Les deux sous-titres se font écho. C'est qu'il s'avère sans doute utile de frapper encore, trente ans plus tard, sur le même clou...

Le livre compte une centaine de pages, il est très clair, d'une lecture agréable et son prix est modique. Nous ne tenterons donc pas ici de le résumer, invitant plutôt le lecteur à s'y plonger et nous contentant de quelques réflexions libres sur la prévention. Il nous semble pertinent de mettre l'accent sur les différences de perceptions entre ceux que les auteurs appellent parfois les "préventeurs" et cette partie de leur public la plus rétive à leur discours, les milieux populaires voire précarisés (en un temps moins soucieux de paraître politiquement correct, on aurait dit "les pauvres"). Des différences de perceptions qui reposent en partie sur les représentations que les uns entretiennent vis-à-vis des autres.

Nous l'avons déjà écrit ailleurs à propos de la communication en santé¹ : l'idée selon laquelle les pauvres, qui sont aussi les moins "instruits", résisteraient aux messages de prévention parce qu'ils seraient moins capables de les comprendre, ne tient que dans la mesure où ces messages empruntent le plus souvent les canaux de communication, les valeurs et le langage de la *middle class*. Mais il s'agit moins d'une incompréhension que d'un refus, lié notamment à ce que l'on nommait naguère la conscience de classe : celui qui est du côté du tranchant n'a guère envie d'écouter celui qui est du côté

du manche ni de se modeler sur lui ! Or les acteurs de la prévention sont plutôt issus de la classe moyenne, ils représentent l'autorité publique et font figure, à tort ou à raison, de puissants au regard des démunis. Quoi qu'il en soit, ils doivent admettre qu'ils n'ont pas une position neutre : ils occupent une place particulière dans l'espace social.

Prenons l'exemple du tabac avec d'autant plus d'empressement que le séminaire et la conférence de M. Peretti-Watel se tenaient dans les locaux du FARES.

Tabagisme et inégalités sociales

Sur base de nombreuses enquêtes menées en France dans les années 2000, on voit que le tabagisme a surtout reculé chez les cadres tandis que, chez les ouvriers, ce recul intervient plus tardivement et est moins marqué. L'arrêt de la consommation progresse nettement parmi les cadres mais non parmi les ouvriers : la différenciation sociale du tabagisme ne s'est donc pas atténuée, au contraire elle s'est accrue. La hausse du prix du tabac, présentée comme une stratégie dissuasive efficace, a en réalité un effet pervers pour les ouvriers et les

1. *Communication et promotion de la santé*, Bruxelles, Question Santé éd., 2e édition revue et augmentée, 2004, pp. 34-38.

2. Les témoignages cités proviennent d'entretiens qualitatifs avec une trentaine de fumeurs pauvres dans le Sud-Est de la France (Jean Constance et Patrick Peretti-Watel, *Le tabagisme en milieu populaire. Projet de recherche INPES-MILDT, présentation du conférencier le 23 septembre 2011*).

chômeurs : s'ils fument un peu moins, ils dépensent toujours plus d'argent pour leur consommation. Cette forme de prévention appauvrit tout simplement les plus pauvres... et enrichit l'État, qui perçoit 80% des recettes de la vente de tabac !

Si les fumeurs des milieux populaires sont peu sensibles au discours de la prévention, cela ne tient pas seulement à leur dépendance au tabac (si c'était le cas, les fumeurs de la classe moyenne seraient tout aussi réticents), et beaucoup à la place qu'occupe ce produit dans la vie des personnes précarisées. Le tabagisme est clairement associé à des conditions de logement pénibles (exiguïté, exposition au bruit, environnement de piètre qualité) et à des conditions de travail harassantes (pénibilité, stress, précarité) : dans ce contexte, il agit comme "un anxiolytique sans ordonnance". Plus on descend dans l'échelle sociale, plus le tabac est considéré comme un produit de première nécessité : on fume pour gérer son stress, pour tenir le coup. Clairement, on favoriserait la prévention du tabagisme en agissant sur les facteurs socio-économiques, permettant ainsi à de nouvelles motivations d'apparaître chez les fumeurs. Mais c'est une stratégie coûteuse, elle implique de transgresser les sacro-saints domaines de compétence de l'action publique et l'on n'en voit les effets qu'à terme, toutes raisons qui la rendent peu séduisante aux yeux des décideurs.

On continue à fumer, aussi, parce que "c'est le seul plaisir qui me reste": « J'aime mieux me priver de café, d'alcool et de tout, mais mon tabac, non ! » dit une fumeuse aux chercheurs². Face au désœuvrement, à l'ennui, à la solitude, la cigarette représente un moment de détente, de plaisir : « Je me raccroche à la cigarette, en fait. C'est un petit bonheur pour moi dans la journée (...). J'en fume pas mal mais, du moment où je prends ma cigarette, c'est du bonheur pour moi. » En outre, on le sait, plus la précarité est grande, plus il est difficile de se projeter dans l'avenir : c'est l'immédiat voire la survie au jour le jour qui dominant. Se préoccuper de sa santé trente ans plus tard, quand on est endetté, que l'on ne trouve pas de travail, que l'on doit racler les fonds de tiroir à la fin du mois, ou

encore que l'on ne sait pas où dormir la nuit, c'est simplement inconcevable.

Mais la pratique tabagique n'est pas seulement un palliatif, elle a un sens propre, une valeur sociale (la cigarette est très liée à la culture populaire). Elle fait l'objet d'une transmission et peut même être investie d'une forte charge affective, comme dans ce récit : « Quand j'étais toute gamine, je trouvais que les cigarettes de mon père elles sentaient le miel, je me disais qu'est-ce que ça doit être agréable de fumer (...). Ma première cigarette, c'est mon père qui me l'a offerte, à une fête familiale. J'avais 15 ans. Ça m'a rendu malade. J'ai vomi. Ça a été fini pendant des années, j'ai plus touché une clope. Et puis, à 22 ans, je suis tombée amoureuse. Il fumait des cigarettes blondes, et je me souvenais tout à coup des cigarettes de mon père, de leur odeur de miel. »

En milieu précaire, la cigarette a une fonction sociale : en proposer une est une façon de prendre contact voire d'offrir son soutien. La cigarette est également un objet d'échange (on le voit tout particulièrement en milieu carcéral, où elle constitue en fait une *monnaie* d'échange). Les fumeurs réduits à "taxer" leurs pairs se donnent des règles, une sorte de ligne de conduite pour solliciter une cigarette : "ne pas exagérer", respecter les refus... On voit à quel point il est simpliste de réduire le tabagisme à la dépendance à un produit, et de voir les fumeurs comme des personnes incapables de se maîtriser. La pratique observe des limites, comme de s'abstenir devant des enfants ou de vider les cendriers et aérer la pièce après avoir fumé.

Les aléas du discours de la prévention

Par ailleurs, les fumeurs sont comme les autres citoyens : ils prennent une attitude critique vis-à-vis des discours officiels, ceux que tiennent les autorités politiques et sanitaires. Le discours de la prévention s'adresse à l'*homo medicus*, un personnage censé être responsable et soucieux avant tout de sa santé, qui fera donc "le bon choix" (celui qu'on lui conseille). L'ennui, dit

Patrick Peretti-Watel, c'est que les profanes n'ont pas la même arithmétique du risque que les experts. Ces derniers s'interrogent sur le rapport coût/bénéfice, les premiers se demandent si un risque est acceptable (par exemple, le risque lié à un acte médical est perçu comme inacceptable), s'il est contrôlable, s'il est subi ou choisi, familier ou mystérieux...

Le profane ne peut pas se permettre de se conformer au fantasme de l'*homo medicus*. Il est bien obligé de prendre en compte des risques concurrents : ainsi, pour un adolescent, refuser de fumer ou de boire revient à s'exposer à une sanction du groupe, à une perte statutaire et identitaire. S'arrêter de fumer, pour une femme, c'est risquer de grossir et de subir ainsi une perte narcissique. Le profane ne met pas dans l'équation les mêmes ingrédients que l'expert, il prend en compte d'autres aspects, même si ceux-ci ne sont pas pertinents du point de vue de la santé publique.

Mais, de par leur position sociale, les fumeurs pauvres sont encore plus méfiants que les autres vis-à-vis des savoirs experts, qui tendent toujours à ignorer voire à mépriser les savoirs profanes. Ils dénient les contradictions, apparentes ou réelles, du discours de prévention que leur adressent les autorités. Connaissant la propension des médias à l'exagération et au sensationnel, ils mettent en doute les dangers annoncés du tabagisme. Certains se demandent pourquoi l'Etat ne retire pas le tabac de la vente alors que, lorsqu'on trouve quelque chose d'anormal dans un pot de yaourt, tous les produits de la marque disparaissent des rayons ! Cela ne montre-t-il pas que la tabac n'est pas aussi nocif qu'on le prétend ?...

La crédibilité des autorités est évidemment affectée par le profit qu'elles retirent de la vente du tabac. Certains attaquent aussi l'incohérence des politiques publiques, qui s'acharnent sur le tabac mais se soucient peu de la qualité de l'environnement (la pollution de l'air, notamment), ne contrôlent pas suffisamment l'agriculture (qu'elles veulent d'ailleurs abandonner aux OGM...), etc. D'autres accusent l'industrie de farcir les cigarettes de produits nocifs et addictifs, et

La mise en risque du monde

Les succès de la prévention depuis le XIXe siècle sont dûs aux progrès scientifiques, aux politiques publiques (assainissement de l'environnement, promotion de la vaccination, protection maternelle et infantile, surveillance de la qualité de l'eau et de l'alimentation...) et au progrès socio-économique – bien plus qu'à la modification des comportements individuels. Or ceux-ci sont aujourd'hui la cible n° 1 de la prévention, redéfinis en conduites à risque. Les maladies infectieuses sont supplantées par des maladies chroniques, des "maladies de civilisation", liées justement à l'amélioration des conditions de vie.

Cependant, pour les auteurs, si la prévention cible désormais les conduites individuelles, cela tient moins à l'évolution épidémiologique qu'à ce qu'ils appellent la "mise en risque" du monde. Mise en risque qui repose sur la statistique, comme on le voit dans le domaine des assurances (ce sont des calculs de probabilité qui permettent de calculer le montant des primes, d'ailleurs appelées primes de risque) comme dans celui de l'épidémiologie : en associant un facteur de risque modifiable à un risque évitable – maladie, accident ou décès –, on peut déduire une mesure permettant de réduire ou d'éviter ce dernier.

Mais les conduites à risque qu'il s'agit de réformer sont de plus en plus nombreuses. Le nombre de facteurs de risque pour un problème de santé donné s'accroît lui aussi (plusieurs centaines pour les troubles cardiovasculaires). « Notre existence quotidienne est brutalement peuplée de conduites à risque » (p. 25).

La notion de risque est même devenue un élément culturel essentiel de la modernité, « d'une certaine conception de l'homme et de la société qui met l'accent sur l'autonomie et la responsabilité de chacun ». L'individu « se voit exhorté à prendre sa vie en main, à se projeter sans cesse dans l'avenir, à rester attentif aux risques et aux chances qu'il recèle, en s'appuyant pour cela sur le savoir des experts (savoir qui est de plus en plus chiffré et probabilisé) » (p. 22). Il est promu "acteur de sa santé", un acteur rationnel qui est censé se conformer aux messages de prévention.

plaident pour un retour au tabac "propre" : cela ne ferait-il pas du travail et du profit pour les cultivateurs ?... Il est évident que de tels propos sont aussi des stratégies de déni du risque, mais il n'en reste pas moins que le discours de la prévention devrait prendre en compte ces contradictions et ne pas prétendre "planer" au-dessus de celles-ci.

De leur côté, les fumeurs interrogés ne sont pas forcément très convaincants lorsqu'ils livrent leurs propositions en termes de prévention, plaidant paradoxalement pour un "matraquage" préventif et pour des interdictions accrues visant les plus jeunes : c'est toujours à l'autre que la prévention doit s'adresser, n'est-il pas vrai ? Par contre, une plus grande transparence sur l'usage des taxes prélevées, voire l'affectation de ces

montants au financement de structures d'aide pour les fumeurs, voilà qui ne manque peut-être pas de pertinence...

Quelle prévention ?

Justement, quelles pistes se dessineraient pour favoriser la prévention ? Patrick Peretti-Watel et Jean-Paul Moatti insistent notamment sur un fait : dans l'abondante littérature sur le tabagisme, on trouve très peu de chose concernant les motivations des fumeurs. Or, nous l'avons vu, celles-ci sont complexes, multiples : pour mieux prévenir les conduites à risque, « il importe d'abord de comprendre quels besoins elles satisfont, puis de trouver comment ceux-ci pourraient être comblés autrement, par des moyens moins délétères. Une meilleure connaissance des formes variées que prend le déni du risque est aussi nécessaire, afin que les messages préventifs puissent s'attaquer à certaines facettes de ce déni : il s'agirait donc de s'adresser aux individus en adoptant leur vocabulaire, en reprenant leur point de vue pour mieux tenter de l'infléchir » (pp. 90-91).

On peut aller plus loin, en reprenant un sous-titre de l'ouvrage : "démédicaliser la prévention". C'est-à-dire prendre résolument distance avec « le modèle biomédical qui assimile nos conduites à risque à des pathologies comportementales individuelles » (p. 90), voire à des "pathologies de la volonté". Réduire une conduite addictive à une maladie, c'est réduire les personnes dépendantes à des malades (discours que l'on entend explicitement, à propos de la dépendance alcoolique, non seulement chez les AA mais dans la bouche de médecins). C'est les dévaloriser et les étiqueter.

Loin de tout discours théorique sur la promotion de la santé, l'expérience menée au CPAS de Morlanwelz avec

des personnes en insertion socio-professionnelle a confirmé, lors du séminaire du 23 septembre, à quel point une "stratégie" inverse peut être positive. Taous Hassaini, assistante sociale, travaille en 1^{ère} ligne avec un public très fragilisé, notamment sur le plan économique, pour lequel la santé n'est pas du tout une priorité. Par ailleurs, le but de l'institution est de remobiliser ce public vers l'emploi. Par conséquent, quand on parle santé, on se heurte, des deux côtés, à un mur. Un argument va porter, que personne ne peut repousser : on ne peut pas retrouver du travail si on n'est pas en bonne santé... Mais la question devient alors celle de l'accès à une information de qualité, face à des croyances parfois ahurissantes, à propos du sida par exemple. L'atout sera un partenariat avec le service Education permanente de Question Santé qui, loin d'arriver avec un discours préfabriqué, va solliciter les compétences et la participation active du public.

Si l'on souhaite que les gens se mobilisent pour leur santé, l'information ne doit pas venir "d'en haut", il faut

qu'elle soit construite par la personne elle-même via un accompagnement. Le processus se centre alors sur les personnes plutôt que sur le savoir expert; les savoirs profanes sont reconnus, valorisés, avec pour conséquence non seulement des apprentissages, la recherche d'information, mais aussi une restauration de l'image de soi. Alors que d'habitude les gens sont confrontés à une dévalorisation et un étiquetage ("il est au CPAS...") et qu'ils développent finalement la conviction qu'ils ne peuvent pas réussir, qu'ils ne sont pas capables de changer des choses dans leur vie. Laissons la conclusion à Taous Hassaini : « La remise à l'emploi, ce n'est pas juste caser les gens quelque part !... L'emploi, oui, mais pas à n'importe quel prix : ça doit venir d'eux. Qu'il y ait une réflexion profonde chez eux. » Des phrases que l'on voudrait voir appliquer dans le champ de la prévention.

Alain Cherbonnier

Paru cette année dans la collection "Représentations" du service Education permanente de Question Santé.



Bruxelles, Ville-Région en Santé

Villes santé : Promenade à Bruxelles

Les 13 et 14 octobre derniers, le sous-réseau « Pour un Environnement Urbain respectueux de la Santé » des Villes-Santé européennes de l'OMS (Healthy Cities) organisait une réunion présentant différentes actions en matière de santé urbaine à Bruxelles.

Cette réunion avait lieu dans le cadre de la phase V de la Déclaration de Zagreb. Dans cette ville, en 2008, lors de la Conférence internationale des Villes-Santé, les dirigeants politiques des villes d'Europe ont exprimé leur engagement ferme en faveur du renforcement de la santé, de l'équité en santé, du développement durable et de la justice sociale. Cet engagement a abouti à la Déclaration de Zagreb qui décrit les projets et les priorités pour la phase V (2009-2013) du réseau européen des Villes-Santé et détermine de quelle façon les pouvoirs publics régionaux et nationaux ainsi que l'OMS peuvent soutenir ces démarches et en bénéficier.

Les thèmes principaux retenus pour la phase V sont les suivants.

- Instaurer un contexte de sollicitude et de soutien : une Ville-Santé est une ville pour tous ses citoyens, elle tient compte de leurs divers besoins et attentes, les soutient, y est sensible et y répond.
- Une vie saine : une Ville-Santé ménage les conditions et opportunités qui encouragent, permettent et favorisent les modes de vie sains chez les populations, quels que soient leur âge et leur catégorie sociale.
- Un environnement et un aménagement urbains respectueux de la santé : une Ville-Santé offre un milieu physique



et un environnement bâti qui encouragent, permettent et favorisent la santé, les activités récréatives et le bien-être, la sécurité, l'interaction sociale, l'accessibilité et la mobilité, un sentiment de fierté et une identité culturelle. Elle tente de satisfaire les besoins de l'ensemble de ses citoyens.

Le Réseau européen des Villes-Santé regroupe des villes de l'ensemble des États membres de la Région européenne de l'OMS. Outre les réseaux nationaux et régionaux, des sous-réseaux thématiques ont été mis en place. Leur rôle est de contribuer à l'élaboration de recommandations techniques et de matériel didactique, d'organiser des stages de formation et de fournir une plate-forme aux villes particulièrement intéressées par certains thèmes et problématiques. L'un des ces sous-réseaux est consacré à un Environnement Urbain respectueux de la Santé

(Healthy Urban Environment Sub-network). Son objectif est de fournir à ses membres des idées, des outils pratiques et des publications, d'organiser des ateliers autour d'une ville membre du sous-réseau, choisie comme étude de cas, et de collaborer à la préparation de la conférence annuelle des Villes-Santé. A travers ces formations et ateliers, chaque ville membre du réseau peut s'inspirer des actions réalisées par les autres. Cette collaboration offre de très nombreuses occasions d'apprendre, de partager des expériences, de coopérer, d'élaborer de nouvelles ressources et de trouver conseils et soutiens mutuels auprès des autres participants.

Les rencontres des 13 et 14 octobre organisées par Bruxelles Ville-Région en Santé étaient consacrées à l'analyse de la situation bruxelloise à travers la présentation d'exemples de politiques urbaines et d'actions en matière de santé.

écho du clps

Quatorze participants venus de nombreuses Villes-Santé européennes (Belfast, Bristol, Karsiyaka en Turquie, Rotterdam) ont participé à cet atelier. Au cours des différents exposés et visites répartis sur ces deux jours, plusieurs thèmes ont été développés : l'amélioration des conditions de vie des citoyens, la lutte contre les inégalités en santé, la santé et le développement durable et l'analyse de l'efficacité des politiques mises en place sur ces thèmes.

Les exposés se sont concentrés sur les inégalités sociales en matière de santé à Bruxelles et l'impact des politiques de développement durable sur la santé des citoyens. Différents acteurs des institutions et organismes bruxellois (Direction Etudes et Planification du Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale, Administration de l'Aménagement du Territoire et du Logement de la Région de Bruxelles-Capitale, Société de Développement pour la Région de Bruxelles-Capitale, IBGE-Bruxelles Environnement) ont présenté certains des outils et projets mis en place pour évaluer ces inégalités et répondre aux défis qu'elles posent : l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, les Contrats de Quartier, le Fonds de Développement Régional Européen

Bruxelles Ville-Région en Santé a ensuite emmené les participants sur le terrain. L'accent a été particulièrement mis sur la concertation avec les habitants dont certains ont guidé les visiteurs. Des promenades à travers le quartier de Tour et Taxis ont permis aux membres des autres Villes-Santé de découvrir plusieurs projets réalisés dans le cadre du Contrat de Quartier Escaut-Meuse et leur impact sur la santé des habitants. Les projets présentés concernaient le logement et l'espace public. Les participants ont pu visiter l'espace récréatif destiné aux jeunes enfants réalisé dans le cadre du projet de parc L28, le long de l'ancienne ligne ferroviaire du même nom, les huit logements passifs construits aux n° 224-226 de l'avenue Jean Dubrucq et le jardin collectif du Pont du Jubilé, qui offre aux riverains des activités pour les enfants, des initiations au jardinage ou la simple possibilité de se rencontrer autour d'un barbecue. La promenade s'est poursuivie vers Tour et Taxis et le port de Bruxelles pour s'achever par une croisière sur le Canal.

Ces deux journées se sont terminées par une présentation du futur Plan régional de Développement durable dans lequel le Gouvernement bruxellois définira ses intentions pour le futur de la Région et déterminera les priorités politiques à moyen (2020) et long terme (2040).

Le site ? Ça vous ex

Un nouveau site est arrivé : w pour le pari de la créativité. P cette embardée colorée nou ensemble, par de petites ou site.

Et si la promotion de la santé Inventifs constructeurs, insati d'autres rencontres. Petite pr

CLPS de Bruxelles. C quoi ? Cliquez !



CLPS : Centre local de Promotion de la Santé, à Bruxelles. Simplement. Implantés à St-Gilles dans un quartier bigarré, nous travaillons sur tout l'échelon de la région bruxelloise. Nous sommes un service agréé par la Fédération Wallonie-Bruxelles et soutenu par la Commission Communautaire Française. Et parce que nous côtoyons le bilinguisme, nous travaillons aussi avec des organismes néerlandophones ou bilingues.

Eh oui Bruxelles, ma belle... Bruxelles, Ville, Région, Capitale et coeur de l'Europe. Bruxelles aux multiples facettes. Bruxelles et sa densité de population mais aussi d'associations. Bruxelles bilingue et multiculturelle. En regard de ce territoire très riche en organismes et acteurs de terrain, l'équipe du CLPS de Bruxelles fait des choix. Une priorité est de travailler les inégalités sociales de santé.

excite ?... Eh bien, dansez maintenant !

[www clps-bxl.org](http://www.clps-bxl.org). Un site paré de couleurs: le CLPS de Bruxelles opte pied de nez à la morosité, à la grisaille de nos ternes retranchements, nous invite à stimuler nos ressources. Etre acteur, cela se construit, grande touches de chacun... telle cette fresque reproduite sur notre

était ce chantier jamais achevé, où chacun est sollicité à contribuer ?
habiles curieux, ou même suspicieux, rejoignez-nous sur ce site pour
présentation avec sous-titrage ?

Le CLPS de Bruxelles identifie avec diverses associations, institutions, communes, CPAS... différents déterminants qui participent à la santé et à la qualité de vie d'un groupe. Ces déterminants conduisent à s'interroger sur les ressources d'une communauté et ses conditions de mise en œuvre.

**Quelques missions....
jamais impossibles !
Cliquez !**

Le CLPS de Bruxelles exerce plusieurs missions. Equipe passionnée par la promotion de la santé (jetez un coup d'oeil sur « qui sommes-nous : l'équipe du CLPS ») en passant par la rubrique «La promotion de la santé», nous nous situons en deuxième ligne. A titre d'exemple, nous accompagnons tout travailleur, équipe, institution (cliquez « Un soutien méthodologique de vos projets ») de tout secteur: logement, social, culture, petite enfance, enseignement, jeunesse, aide à la jeunesse, prévention... Allez voir ce que nous pouvons vous proposer, pourquoi, comment...

Nous pourrions aussi citer le travail de concertation: une approche nécessaire et qui questionne grand nombre de travailleurs... Travailler ensemble, avec d'autres, une expérience qui mérite aussi de la penser sous différents aspects. Surfez sur « Un appui à la concertation sectorielle et intersectorielle » pour voir en quoi nous pouvons vous soutenir dans le déploiement de cette dynamique.

Vous désirez un appui pour évaluer la démarche de votre projet ou une de ces étapes ? Cliquez sur « Une aide à l'évaluation » pour en quelque sorte envisager des indicateurs qui sont susceptibles de construire une capacité d'évaluer, de s'interroger et... d'évoluer.

Mais nous n'allons pas tout dire de notre travail : à quoi servirait le site, auriez-vous encore envie de le consulter ? Ou peut-être certains ont-ils déjà lâché cet écrit, futur vestige d'un temps bientôt révolu ? Silence sur les plateaux... On tourne la page. Mais avant, quand même, un dernier message.

A nos partenaires du champ réel

A l'heure où nous lançons ce site, nous avons envie de saluer tous ceux avec qui nous travaillons ; ils se reconnaîtront. C'est avec eux qu'au quotidien nous ancrons la promotion de la santé. Pour ceux qui ne nous connaissent pas encore, ou peu, nous espérons que le site situera mieux notre travail en promotion de la santé, les valeurs qu'elle charrie... Qu'ils n'hésitent pas à nous re-joindre !

L'équipe du CLPS



1. Cette fresque a été réalisée par des acteurs du champ psychosocio-médico-social dans le cadre des conférences locales organisées par le CLPS de Bruxelles, « Créer, c'est bon pour la santé, c'est bonbon ».

élargissons le débat

Garde à domicile : un métier encore non reconnu ni financé en tant que tel en Région bruxelloise

Quand l'on nécessite des soins, vivre à domicile apporte de nombreux avantages sur les plans à la fois social et affectif. Les bénéfices sur la santé en sont manifestes. Face aux évolutions de l'organisation des soins de santé – développement du système d'hospitalisation d'un jour, retours d'hospitalisation précoces, évolution des soins palliatifs, pathologies liées au vieillissement... – les exigences des bénéficiaires de services d'aide à domicile se multiplient. Parmi les services reconnus – soins infirmiers, aides familiaux, aides ménagers –, le métier de garde à domicile est devenu un maillon incontournable de la continuité de soins à domicile, assurant une présence continue auprès d'une personne dépendante pour lui garantir sécurité et confort.

Face à la demande croissante, mais aussi parce qu'elle est vecteur d'emplois permettant parfois à des personnes peu qualifiées de renouer avec le marché du travail, l'aide à domicile est encouragée par des objectifs politiques : le Collège réuni de

la Commission communautaire commune (COCOM) prévoit, d'une part, d'augmenter le nombre de professionnels et les quotas d'heures subsidiées tout en maintenant un système de forfait et, d'autre part, de renforcer le travail des centres de coordination.

Pourtant, malgré l'utilité publique du métier de garde à domicile, le secteur souffre en Région bruxelloise d'une absence de reconnaissance par les pouvoirs publics avec, entre autres conséquences, certains effets pervers comme le développement du travail au noir, un déploiement d'initiatives individuelles à but lucratif et sans contrôle, ou encore un manque de visibilité sur les besoins en formation du secteur. Actuellement, le financement est exclusivement lié aux aides à l'emploi et aux fonds structurels européens.

Le service des gardes à domicile marque désormais le continuum d'aide et de soins à domicile de son indispensable présence. C'est pour cela que le cdH demande que des dispositions soient prises, en collaboration avec les associations, pour définir le statut, encadrer et pérenniser les modalités de subventionnement de ce métier de proximité à haute valeur humaine ajoutée. La Région wallonne, les Communautés flamande et germanophone ont déjà franchi le pas. La COCOM

pourrait profiter des changements institutionnels annoncés pour faire de même...

Joël Riguelle

*Président du groupe cdH au
Parlement francophone bruxellois*

Régression du nombre de médecins généralistes en première ligne : agir avant qu'il ne soit trop tard

La première ligne, clé du système de santé, est en régression en Belgique. Nouvelle preuve de cette régression : la Commission de contrôle budgétaire a constaté récemment une chute de 3,6% des visites et consultations des médecins généralistes en 2011. Faute de patients ? Non, malheureusement. Ils ne sont pas moins nombreux. Ils ne vont pas mieux. Ils ne sont pas mieux soignés ailleurs !

Cette baisse de consultations est la résultante d'une dévalorisation progressive du métier de médecin généraliste. Dévalorisation qui a entraîné l'orientation des étudiants en médecine vers d'autres spécialités au détriment de la médecine générale. Un exemple à Bruxelles ? Rares

y sont les maisons médicales qui peuvent encore prendre en charge de nouveaux patients. Et elles sont nombreuses à affirmer avoir des difficultés à recruter de nouveaux médecins généralistes dans leurs structures. Or les maisons médicales jouent un rôle important dans la prestation de soins aux moins favorisés.

Enfin, au moment où Bruxelles se voit confrontée à trois défis énormes – augmentation de la précarité, boom démographique et vieillissement de la population –, comment faire pour assurer quantité et qualité des soins à tous ? Trop pour notre première ligne actuelle ? Si l'on devait répondre par l'affirmative, s'en suivraient notamment d'importants frais de prises en charge inutiles en hôpital et en maison de repos.

Le groupe PS du Parlement bruxellois entend dès lors que la COCOF continue de soutenir l'ambulatoire bruxellois, mais aussi s'organise pour témoigner des difficultés spécifiques de ces services à Bruxelles.

*Catherine Moureaux
Députée PS au Parlement bruxellois*

La maison kangourou fait un bond en avant

Comment mieux vieillir quand la solitude prend le dessus, quand l'habitation est devenue trop difficile à entretenir ? Comment aider les familles peu aisées à vivre dans un habitat décent ? Le logement intergénérationnel permet cela avec une valeur ajoutée en terme de relations interpersonnelles. Financièrement parlant, c'est profit à tous les étages, vu qu'avec ce système des familles ou des étudiants peuvent se loger à coûts modérés, des aînés percevoir un plus, ce qui en terme de lutte contre la pauvreté est une belle aubaine. D'un point de vue plus macro, le logement intergénérationnel remet sur le marché de l'habitat supplémentaire. Il permet aux aînés encore alertes mais ayant besoin de petits coups de main de rester chez eux, et fait donc partie de l'éventail des moyens pour retarder l'entrée en maison de repos. Il participe à l'idée d'une société favorisant le brassage des générations et la mixité sociale.

La majorité a fait voter en octobre une résolution promouvant ce type de logement. Vivre dans un logement intergénérationnel n'est pas anodin et pourrait en rebuter plus d'un, à commencer par les

aînés à cause des questions administratives, des adaptations physiques pour permettre à chacun de se sentir chez soi... Pour ces raisons et pour éviter les abus, la résolution prévoit un cadre légal, une labellisation, des aides et la reconnaissance des associations offrant un encadrement léger afin de réguler au mieux la relation dans le respect de tout un chacun.

Il s'agit d'un combat que les écologistes mènent depuis des années et qui a davantage de sens encore aujourd'hui au vu de l'augmentation de la pauvreté, de la population et du baby boom. Or ce qui permet d'absorber cette augmentation au cube, ce sont les solidarités naturelles qui sont parfois pénalisées par des dispositifs légaux tels que la non-individualisation des droits. La résolution prévoit de réclamer l'individualisation des droits dans ce cadre et, rien que pour cela, elle a le mérite d'exister.

*Dominique Braeckman
Députée Ecolo*

Vie affective et sexuelle, migrations et cultures : formation

Objectifs

- Tenir compte des dimensions éthiques et culturelles nécessaires à la compréhension des différentes expressions de la sexualité
- Confronter ses propres représentations avec celles d'autres cultures dans les domaines de la sexualité, de la vie affective
- Renforcer ses capacités d'observation, d'écoute et d'analyse d'éléments d'incidents critiques (chocs culturels)
- Favoriser le travail en réseau

Les contenus des ateliers s'élaboreront à partir des attentes, des questions, des difficultés et des pratiques rapportées par les participants. Des intervenants seront invités selon les thématiques choisies par ceux-ci (par ex. mutilations sexuelles féminines, personnes exilées en précarité du droit au séjour, situation de violences, délivrance de certificat de virginité, etc.).

Formatrices : Naïma Akhamlich,
Valérie Hellin, Xavière Remacle,
Fabienne Richard

Lieu : Fédération Laïque de Centres de
Planning Familial, 34 rue de la Tulipe,
1050 Bruxelles

Dates et heures : 30-31 janvier, 6-7,
13 et 27 février, 26 mars 2012,
de 9h30 à 16h30

Prix : 75 € pour les membres
FLCPF/90 € pour les non membres

Date limite d'inscription :
10 janvier 2012

Renseignements : Françoise Brouhon,
02/502.82.03,
fbrouhon@planningfamilial.net

Parentalité : conférences

12 janvier

La place de l'enfant dans les conflits parentaux

par Christiane de Halleux,
psychologue, psychanalyste
A 20h00 au Centre Culturel
de Woluwé-Saint-Pierre,
93 avenue Charles Thielemans,
1150 Bruxelles
Contact : Mme Jessica Goethals,
02/773.05.65

26 janvier

L'autorité et les limites

par Philippe Béague, psychologue et
psychanalyste, directeur de l'Association
Françoise Dolto
De 9h00 à 13h00
au Sleep Well Youth Hostel,
Espace du Marais asbl,
23 rue du Damier, 1000 Bruxelles
Contact : Mme Bernadette Matton,
02/238.01.87

18 février 2012

Limites et autorité

par Philippe Béague, psychologue et
psychanalyste, directeur de l'Association
Françoise Dolto
De 15h00 à 17h30 à la salle « Viool »
du Centre culturel Le Fourquet, 15 place
de l'Eglise, 1082 Berchem Ste-Agathe
Contact : Mme Véronique Goffin,
Maison Médicale Kattebroek

20 mars 2012

L'enfance, la découverte du monde et de l'autre

par Jacques Liesenborghs
et Diane Drory
Conférence organisée par la
Commune d'Ixelles, Service Jeunesse
A 20h00 au Théâtre Mercelis,
rue Mercelis, 1050 Bruxelles

Secrétariat de rédaction :

Alain Cherbonnier
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