

BRUXELLES SANTÉ

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°41 - janvier - février - mars 2006 - ISSN 1371 - 2519

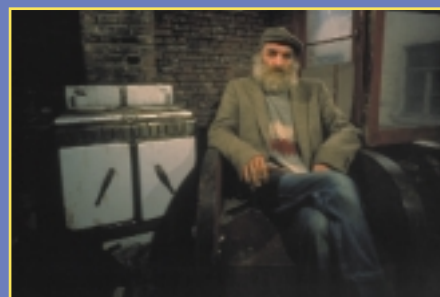


N°41

2^{ème} partie

Sans-abri, SDF:

L'errance aujourd'hui à Bruxelles



BELGIQUE-BELGIE
P.P. - P.B.
BRUXELLES X - BRUSSEL X
B.C. 1785

BUREAU DE DÉPÔT :
BRUXELLES X

En direct de...

Une quinzaine «Seins et saufs»
à Everepages 2 à 5

Bouquins malinspages 6 et 7

Dossier

Sans-abri, SDF...
l'errance aujourd'hui à Bruxelles ... pages 8 à 15

Hors rubrique

Outils d'éducation permanentepage 16

Initiative

Une action pour faire mieux connaître la
drépanocytosepages 17 à 19

L'écho du CLPS

Forest Quartiers Santé : un partenariat
sur les abus et dépendances aux
benzodiazépinespages 20 et 21

Elargissons le débatpages 22 et 23

Annoncespage 24

Une quinzaine 'Seins et saufs' à Evere

En janvier dernier, l'Administration communale d'Evere organisait une quinzaine baptisée 'Seins et saufs'. Non, ce n'est pas une faute de frappe, l'intitulé est correct et illustre parfaitement la manifestation. Pendant quelques jours, la Commune d'Evere a mis en place plusieurs activités autour du cancer du sein. Une exposition, un concours de dessins pour les enfants, des séances d'information et de sensibilisation sur la maladie se sont ainsi déroulés l'espace de quelques jours. Objectif ? Rappeler que la prévention reste un moyen efficace de lutter contre cette pathologie qui touche une femme sur dix avant son 75e anniversaire. Le projet, initié par une conseillère communale éveroise, a su canaliser et mobiliser les efforts de toute la commune et de plusieurs autres partenaires bruxellois.

L'idée du projet 'Seins et saufs' est venue de Martine Raets, conseillère communale à Evere, mais très rapidement il a été soutenu puis parrainé par l'ensemble du Conseil communal. Cet aval et le dynamisme de tous les partenaires du projet expliquent qu'il ait pu se mettre en place en quatre mois. Pour Martine Raets, tout est parti d'une exposition que la commune de Woluwé-Saint-Pierre avait montée à la fin des grandes vacances dernières et qui portait sur le même thème : *« Cette exposition m'avait interpellée d'autant plus que j'avais une amie qui avait été atteinte du cancer du sein. Cette exposition m'a donné à réfléchir et je me suis demandé ce que nous pouvions réaliser à Evere. J'ai été voir le Bourgmestre Rudy Vervoort, qui, bien que je sois membre de l'opposition, a été séduit par le projet et a accepté de le parrainer. Christiane Ergot, l'Echevine de l'Action sociale, sa collaboratrice Vicky Gielkens, Bram Wouters, coordinateur de la gestion culturelle néerlandophone, et moi-même, nous sommes directement mis au travail ».*

Pour mener à bien le projet, l'équipe communale a fait appel à trois partenaires : le Centre Local de Promotion de la Santé (CLPS) de Bruxelles, le LOGO Brussel, chargé de la promotion de la santé du côté néerlandophone, et BRUMAMMO, le Centre bruxellois de coordination pour le dépistage du cancer du sein. Le groupe ainsi constitué a décidé de mettre sur pied une quinzaine baptisée 'Seins et saufs'. L'opération avait essentiellement pour but d'informer les citoyens éverois des dangers de la maladie et de l'importance de la prévention. Trop souvent encore, dans la population, on ignore que beaucoup de cancers, notamment le cancer du sein, peuvent aujourd'hui être guéris s'ils sont dépistés très tôt et traités au début de leur développement. En outre, le traitement est alors généralement moins lourd.

Le projet comportait deux étapes : d'abord, l'envoi d'un courrier à toutes les femmes de 50-69 ans établies à Evere ; ensuite, la mise en place de



différentes manifestations au sein de l'entité communale. Martine Raets : «*Nous avons envoyé une lettre personnalisée aux 3.800 femmes qui formaient le groupe-cible que nous voulions sensibiliser au dépistage du cancer du sein. Nous leur annonçons également que la commune organisait une quinzaine autour de ces questions. Divers journaux ont fait écho à notre initiative. C'était pour nous un moyen supplémentaire de toucher d'autres personnes. Nous avons eu pas mal de réactions.*»

La quinzaine comportait un volet artistique et un volet informatif. Pour le volet artistique, les organisateurs ont fait appel à des artistes de BENK, l'Académie des beaux-arts de Woluwé-Saint-Pierre, qui avaient déjà réalisé des œuvres pour l'exposition qui s'était déroulée dans leur commune. «*Pour les artistes, explique Bram Wouters, nous avons gardé ouvert le thème du cancer du sein. Nous ne leur avons donné aucune restriction, nous leur avons laissé toute liberté artistique. Nous avons ainsi reçu des œuvres qui rencontraient parfaitement le thème : certaines reprenaient le thème des seins alors que d'autres étaient l'aboutissement d'une longue réflexion sur le sujet. Plusieurs artistes se sont presque mis psychologiquement à la place des patientes.*» Plusieurs écoles situées sur le territoire communal ont aussi été invitées à participer

à la manifestation : «*Dans plusieurs classes de deuxième année primaire, les enfants ont travaillé sur le thème de la Maman. Comme il s'agissait de tout petits enfants (7 ans), il était difficile de leur expliquer toute la problématique du cancer du sein. Mais cela a quand même donné à certains enseignants l'occasion d'en parler et de venir voir l'exposition avec leur classe... Des enfants, nous avons plutôt reçu de petites sculptures ou des dessins axés sur l'image de la femme. Leurs œuvres ont été exposées et ont d'ailleurs fait l'objet d'une remise de prix.*»

Pour le volet informatif, plusieurs activités ont émaillé la quinzaine : une conférence du Professeur Anne Vandembroucke, de l'UCL, des séances d'information sur le programme Mammotest et des témoignages de femmes. Tant les intervenants que les patientes ont essentiellement mis l'accent, au cours de ces manifestations, sur la prévention du cancer du sein et l'importance du programme de dépistage. Ces activités tout comme l'exposition se sont déroulées dans les deux langues : «*Comme Bruxelles est une région bilingue, je trouvais important que cette campagne le soit également et puisse atteindre aussi bien les néerlandophones que les francophones*», insiste Martine Raets.

Des objectifs qui se rencontrent

Le projet 'Seins et saufs' est en fait l'aboutissement de quatre mois d'un travail intense que l'Administration communale d'Evere a mené avec le LOGO Brussel, BRUMAMMO et le CLPS de Bruxelles. Les services communaux ont commencé par prendre contact avec le premier, qui a amené les deux autres avec lesquels il travaillait déjà. En effet, depuis quelques années, ces trois associations se concertent régulièrement pour coordonner diverses actions à mener au niveau communal dans le cadre de la campagne de dépistage. «*En 2002, explique Begoña Montilla, du CLPS, nous avons adressé un courrier à toutes les Communes bruxelloises pour diffuser la brochure de BRUMAMMO sur le mammotest. Nous leur proposons également un appui méthodologique si elles souhaitent soutenir cette campagne au niveau communal. Les Communes de Ganshoren et Auderghem ont répondu positivement à cet appel. Puis nous est parvenue une demande de Woluwé-Saint-Pierre via le LOGO. Par après, la commune d'Evere a aussi décidé de mener une campagne de sensibilisation et d'information sur le même thème. Elle a pris contact avec le LOGO et celui-ci nous a invités à renouveler l'expérience de Woluwé à Evere.*»



Pour les trois organisations, le choix de travailler avec les Communes relève d'une stratégie coordonnée. *«De notre point de vue, poursuit la collaboratrice du CLPS, les Communes sont des relais intéressants car l'une de nos missions, dans le cadre du programme de dépistage, est notamment de sensibiliser les femmes au mammotest en collaboration avec les différents acteurs locaux. Mais nos moyens sont limités. Les Communes ont davantage de ressources matérielles et humaines pour mettre en place des projets tels que ceux-là. Elles ont des informations sur la population dont nous ne disposons pas. A Evere, par exemple, toutes les femmes concernées ont reçu une lettre les invitant à prendre connaissance du programme et des activités prévues dans la commune.»* Ainsi, pour mener à bien le projet 'Seins et saufs', le CLPS, le LOGO et BRUMAMMO ont apporté une certaine façon de voir, une certaine manière de présenter les choses (expositions, témoignages) ainsi que des outils (brochures, visuels).

Les partenaires

Le CLPS (Centre local de promotion de la santé) de Bruxelles est un organisme agréé par la Communauté française et cofinancé par la COCOF pour coordonner, au niveau de la Région bruxelloise, la mise en œuvre du programme quinquennal et des plans communautaires de promotion de la santé. Dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein, le CLPS a notamment comme mission de collaborer avec des acteurs locaux

(communes et associations) en vue de la sensibilisation du groupe-cible. Cette mission peut être complétée par d'autres actions : mise à disposition de documentation ou d'outils pédagogiques appropriés, conseil personnalisé, aide à la conception de projets, recherche de partenaires...

Le LOGO, Lokale Gezondheidsoverleg van Brussel, est l'un des 26 réseaux de concertation locale de la Communauté flamande. Le LOGO Brussel se trouve dans le giron de la VGC. Il réunit un réseau des partenaires qui collaborent sur base des 5 priorités de santé déclinées par la Communauté flamande : la prévention du tabagisme, l'alimentation saine, la prévention des accidents

domestiques, le dépistage du cancer et les vaccinations. L'équipe du LOGO a pour mission d'accompagner et de soutenir ces partenaires dans l'élaboration de projets concrets. Elle peut également entreprendre de réaliser des projets.

L'association BRUMAMMO a pour objet – dans le cadre du protocole du 25 octobre 2000 visant une collaboration entre l'Etat fédéral et les Communautés en matière de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie – d'être le Centre bruxellois de coordination pour le dépistage du cancer du sein de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale. Cet objet social se réalise dans le cadre d'une collaboration entre tous les acteurs de santé concernés (médecins généralistes, gynécologues, radiologues, associations de promotion de la santé reconnues au niveau régional...). BRUMAMMO a également pour objet d'exécuter toute mission que lui confierait le Collège réuni de la COCOM, notamment dans le cadre de sa fonction d'organe de concertation et de coordination entre les deux Communautés.

Parler du cancer du sein

Le thème du cancer du sein, on le sait, n'est jamais simple à aborder. Aussi, dans la commune d'Evere, a-t-on tenu à ce que la quinzaine ne soit ni trop technique ni trop morbide. La campagne devait être ouverte à tous, comme nous l'explique Martine Raets : *«Nous ne voulions pas uniquement atteindre les femmes de 50-69 ans qui sont*

considérées comme le public-cible. Nous voulions atteindre toute la population : la population féminine, mais aussi la population masculine parce que, dans un cas sur 150, c'est un homme qui est touché. C'est malheureusement quelque chose que l'on ignore ou que l'on ne dit pas souvent.»

Informatif, le projet se voulait aussi interpellant. A l'Espace Delahaut, dans les locaux de l'Administration communale, les visiteurs ont pu ainsi voir, tendus au-dessus des œuvres exposées, de multiples soutien-gorge noués les uns aux autres... Que cela ait surpris ou choqué, cela a donné lieu à des échanges ! C'est aussi ce qui, en partie, a motivé la Commune : la volonté de sortir le thème du cancer du sein du tabou qui l'entoure et d'encourager les gens à en parler. Mais c'était aussi pour combattre la solitude dans laquelle la maladie peut enfermer, et pour rejeter le sentiment de désespoir qu'elle entraîne. Martine Raets : *«Certaines femmes qui ont été atteintes, touchées dans leur féminité, ne se sentent plus tout à fait femmes. Notre message est de leur dire qu'il ne faut pas se laisser abattre. Par exemple, il existe aujourd'hui des possibilités de reconstruction, et la vie continue.»* Les témoignages des femmes invitées ont d'ailleurs été éloquentes à ce sujet : *«Arrêtez de dire que le cancer, on en meurt. Moi, j'ai survécu. Il y a moyen de s'en sortir si on fait le dépistage à temps.»* Un côté positif que l'on n'a pas manqué de souligner.

Au terme de la quinzaine, la Commune d'Evere et ses partenaires se montrent plutôt satisfaits du travail accompli ensemble. Le public a bien répondu à l'invitation à participer aux différentes activités, et les réactions des uns et des autres ont permis de parler et de réfléchir sur le thème du cancer du sein. *«Les gens ont appelé et continuent d'appeler pour s'informer sur le programme Mammothest ; nous avons vu que, jusqu'alors, plusieurs personnes ignoraient encore l'existence du test gratuit»,* constate la conseillère communale. *«A mon avis, le groupe-cible est à présent au courant des différentes possibilités qui lui sont offertes».* Pour Begoña Montilla, ces appels montrent que beaucoup d'incompréhensions demeurent encore par rapport au mammothest : *«Certaines femmes ne comprennent pas toujours bien pourquoi seules les femmes âgées de 50 à 69 ans peuvent bénéficier d'une mammographie gratuite. Elles ne comprennent pas non plus qu'il existe des centres agréés différents des lieux où elles ont l'habitude de se soigner. Et qu'elles ne peuvent s'y rendre qu'avec une lettre d'invitation de BRUMAMMO, ou si elles y sont envoyées par leur gynécologue ou leur médecin traitant... Cela devient très complexe. Toutes ces difficultés*

que nous avons relevées vont nous permettre d'améliorer la communication auprès des femmes. Désormais nous voulons mieux identifier les freins qui empêcheraient les femmes de passer le mammothest.»

Un appel aux autres Communes

À présent tous souhaitent que le projet 'Seins et saufs' se poursuive au niveau d'autres communes : *«Nous avons gardé les coordonnées de tous les artistes car nous pensons qu'il serait intéressant qu'ils puissent continuer cette exposition dans d'autres communes. Nous voudrions, via le LOGO et le CLPS, demander à d'autres communes de reprendre le concept du projet et de le réaliser»,* indique Bram Wouters. Au CLPS, on se montre ravi et l'on espère que le souhait d'Evere sera entendu : *«Dès que la Commune prend en charge un tel projet, explique Begoña Montilla, celui-ci devient plus viable. Pour nous, il est utile de développer des projets bruxellois qui correspondent à la réalité du terrain pour mener à bien nos missions. Et la quinzaine qui s'est déroulée à Evere constitue, à mon sens, une approche intéressante car nous avons rencontré les personnes du public-cible, nous avons à travers différentes actions souligné l'importance de la prévention et rappelé l'intérêt de faire le mammothest.»*

Le LOGO, BRUMAMMO et le CLPS préparent une évaluation de la manifestation présentée à Evere. *«Cela nous permettra de voir si de telles actions sont pertinentes et d'améliorer les points faibles. Nous ne voulons rien imposer car ce projet mobilise des ressources propres à chaque commune, mais nous venons néanmoins avec des propositions d'action. Au niveau de Bruxelles, nous pensons qu'il serait intéressant que d'autres Communes emboîtent le pas et puissent également organiser quelque chose autour de ce thème car la région bruxelloise accuse un léger retard dans ce domaine. Mais il appartient à chaque Commune de s'approprier ce projet et de le décliner en fonction de son public, de ses ressources... et nous sommes prêts à les accompagner dans ce sens.»*



Des hommes sur le fil
La construction de l'identité masculine en milieu précaire
Pascale Jamouille, Paris,
La Découverte, 2005



Assistante sociale, licenciée en lettres et docteur en anthropologie, Pascale Jamouille poursuit le travail ethnographique entamé dès les années 1990 dans des quartiers du Hainaut frappés par la désindustrialisation, la précarité, l'exclusion et les conduites à risque (délinquance, économie parallèle, usage de drogues...). Son troisième livre donne la parole aux hommes, dont on se rappelle la quasi absence dans l'ouvrage précédent, *La Débrouille des familles* (De Boeck), où s'exprimaient essentiellement des femmes. Ici, c'est la douloureuse transformation de l'identité masculine et de la fonction paternelle qui est au cœur des récits et de l'analyse. La première partie porte cependant sur le cadre : milieu de vie – des cités de logement social stigmatisées et vécues comme dévalorisantes par leurs habitants – et contexte socio-économique mais aussi socioculturel car, avec l'effondrement de l'industrie, c'est aussi toute la culture ouvrière, avec ses valeurs et ses solidarités concrètes, qui a disparu.

Pour nombre d'adolescents, la «bande» et l'école de la rue ont été ou sont le chemin d'une construction identitaire qui se forge à rebours des représentations sociales et des processus d'intégration dominants. Les jeunes pères de ces cités sont marqués non seulement par la précarité économique mais aussi par un statut conjugal et paternel fragilisé voire, dans certains cas, effrité. Beaucoup n'arrivent pas à se situer entre le modèle hérité de leur propre père (autorité incontestée, mutisme, sévérité, surveillance, punition) et une nouvelle figure paternelle – encore en cours d'élaboration, d'ailleurs – faite de négociation, de communication et de reconnaissance des sentiments. De nombreuses familles sont matricentrées et le père y est disqualifié, qu'il soit présent ou absent. Faute de modèle identificatoire structurant, les garçons se construisent sur des schémas «virilistes» : agressivité, honneur, violence, prise de risques. Les jeunes filles sont souvent victimes de ces attitudes et développent rancune et mépris pour les jeunes gens.

Les ruptures conjugales entraînent, plus encore que dans les familles de la classe moyenne, des ruptures parentales. Des pères n'arrivent plus à s'impliquer dans l'éducation de leurs enfants ; certains cessent même, *volens nolens*, d'avoir tout contact avec eux : ce sont ceux qui sont tombés dans la grande précarité et se retrouvent à la rue. Pascale Jamouille a fréquenté longuement un groupe de pères sans abri, ce qui lui a aussi permis de voir que certains parvenaient à reprendre pied. Car ce livre n'est pas désespérant : il montre le courage qu'il faut pour lutter au jour le jour et remonter le courant après chaque nouvelle chute. Il dépeint aussi, dans le dernier chapitre, une stratégie collective réinventée pour réguler les prises de risque et recréer des liens sociaux : une cagnotte dont le «siège social» se trouve dans un café, lieu de rendez-vous d'affaires et de rencontres amoureuses. Le personnage d'Halil, avatar du «sage» villageois, conseiller et arbitre des conflits, permet aussi d'aborder la question de la paternité dans les familles d'immigration récente, qui s'avère n'être ni plus simple ni moins douloureuse que dans les familles d'origine ouvrière. En conclusion : un livre rigoureux, bien écrit, passionnant. Et qui, peut-être, amène à s'interroger plus largement sur l'identité masculine et sur le rôle du père aujourd'hui.

Pour une autre mémoire de la canicule
Catherine Le Grand-Sébille
et Anne Véga
Paris, Librairie Vuibert, 2005



On se souvient de la canicule de 2003 comme d'une catastrophe essentiellement parisienne. Des personnes étaient mortes par centaines, surtout des personnes âgées. Depuis, des «plans canicule» sont mis sur pied chaque année, non seulement en France mais aussi en Belgique. Un événement chassant l'autre, nous avons une représentation très diluée de ce drame qui, en quelques jours, a non seulement représenté une hécatombe mais aussi a bouleversé la vie de centaines de personnes. Ce livre nous oblige à prendre en considération ce qu'ont vécu ces personnes, sans esprit sensationnaliste ni morbidité excessive, mais pour qu'enfin soit reconnu le travail méritoire des infirmiers, du personnel des pompes funèbres, des simples citoyens qui

ont dû faire face, sans préparation ni soutien des autorités publiques.

Une jeune fille retrouve son logement imbibé par les sécrétions du corps décomposé de sa voisine du dessus. Un homme qui cherche à retrouver le corps de sa sœur, morte seule dans son appartement, se fait accuser par le commissaire de police d'être un mauvais frère. Une infirmière stagiaire est contrainte de travailler trois jours d'affilée à la morgue de l'hôpital ; depuis, elle a quitté le métier et mis 800 kilomètres entre elle et Paris. Et des camions réfrigérés, habituellement chargés de denrées alimentaires, charrient des cadavres du matin au soir, faute de véhicules plus adéquats.

Les paroles reproduites ici sont fortes. La mort, quand elle devient ingérable, envahissante, suscite chez tout le monde de la culpabilité et un profond malaise. Comme si la nature reprenait ses droits et que les institutions étaient surprises en flagrant délit d'impuissance. Ce livre rend justice, deux ans après les faits, à tous ces hommes de bonne volonté qui ont fait face jour après jour, heure après heure, tandis que la réaction des autorités se faisait attendre. Le plus touchant, c'est leur volonté de rester humain, de respecter les rites des funérailles malgré la fatigue et la désorganisation. Reste à souligner le remarquable travail d'écoute et de respect dont ont fait preuve les deux chercheuses.

Les bébés de l'alcool
Film écrit et réalisé par
Laure Gratias
Production Ex Nihilo,
France, 2003



En France, chaque année, 7000 enfants naissent avec des handicaps liés à la consommation d'alcool de la mère pendant la grossesse. Parmi ceux-ci, un tiers souffrent du Syndrome d'Alcoolisme Fœtal (SAF), forme la plus sévère de l'alcoolisation du fœtus. Le cerveau mais aussi le foie, les reins, le cœur peuvent être atteints. «Ce sont des enfants charmants, gentils, très actifs, papillonnants ; ils ont du mal à se concentrer», dit le Dr Dehaene, pédiatre à Roubaix. «L'orthographe est pour eux un problème presque insoluble, la lecture est très difficile et ils sont

très faibles en calcul.» Dans les formes les plus lourdes, le handicap se marque sur le visage de l'enfant, mais ce n'est pas toujours visible : l'anxiété, l'hyperactivité, une compréhension très lente sont présentes dans les formes plus légères.

Le film est centré sur l'action de trois pédiatres, bien persuadés qu'il s'agit d'un grave problème de santé publique, sous-estimé (y compris chez les professionnels de santé) et pourtant parfaitement évitable. Le placenta ne constitue pas une barrière contre l'alcool, et une faible consommation peut suffire, il n'est pas nécessaire que la mère soit alcoolique. Par ailleurs, les fœtus ne sont pas «égaux» devant l'alcool, ils y sont plus ou moins sensibles et le résultat est un peu imprévisible. Le Dr Titran ajoute que «les médecins ne connaissent pas la quantité d'alcool que l'on peut consommer sans risque pour le bébé. Les troubles peuvent apparaître dans les années qui suivent la naissance». Ce médecin anime une équipe pluridisciplinaire à Roubaix. Il a créé l'association ESPER pour soutenir les parents : «Les souffrances que, sans le vouloir, nous infligeons aux parents sont inévitables, mais il faut ensuite en atténuer l'effet. Nous devons être à l'école de cette famille, de cet enfant. Une chose qui est vivante, c'est sa capacité d'aimer et sa capacité d'être aimé.» Travail en groupe d'entraide et activités de bien-être (y compris par le maquillage) sont à l'ordre du jour.

Sur l'île de la Réunion, le Dr Lamblin renchérit : il faut aussi s'occuper des mamans (à noter : les papas sont oubliés dans ce film...). Il ajoute l'idée de réseau, visant à professionnaliser l'action et à lui donner une ampleur au-delà de l'associatif : «un réseau marche si tout le monde est mis à contribution et que personne ne se l'approprie», dit-il. Une des mamans est devenue salariée et réalise, en duo avec le pédiatre, des séances d'information dans les lycées. Ceci a été possible grâce à la réceptivité des pouvoirs de tutelle ; la Sécurité sociale a contribué au financement. La notion de réseau est bien concrétisée dans une scène montrant, autour d'une table conviviale, des mamans, des professionnels (bien au-delà des soins de santé : les gendarmes sont présents) et des décideurs (le maire est là). Simplement un repas. Mais, remarque Denis Lamblin, «ils sont restés une heure et demie !...» Et il ajoute : «On peut parfaitement imaginer de diminuer de moitié le nombre d'enfants porteurs du SAF en deux, trois ans quand on fonctionne ainsi en réseau.»

Pour se procurer le DVD : laure.gratias@wanadoo.fr ou 00 33 6 09 54 24 20.

Sans-abri, SDF...

(2^{ème} partie)

L'errance aujourd'hui à Bruxelles

Nous complétons dans ce numéro le dossier sur l'errance en consacrant ces quelques pages à la réalité bruxelloise. Celle-ci est marquée par les particularités d'une grande ville, lieu de passage au niveau belge mais aussi européen, qui offre des services d'aide et d'hébergement, et où l'on peut venir "zoner" dans l'anonymat plutôt que de devoir affronter le regard des personnes que l'on connaît. Comme les autres grandes villes européennes – et de plus en plus de villes moyennes – Bruxelles est confrontée à un afflux croissant de personnes sans abri, et ce non seulement en hiver mais également à la belle saison. Le problème n'est donc pas seulement celui de l'hébergement en urgence pour cause de grand froid, mais aussi celui de la gestion de ce qui est devenu un phénomène de société. Et, comme nous le verrons, le complexe fonctionnement institutionnel bruxellois ne facilite guère cette gestion.

En janvier 2001 paraissait le rapport d'une recherche commanditée par la COCOM au Groupe d'Etude sur le Racisme, les Migrations et l'Exclusion (GERME)¹, un document qui fait toujours référence aujourd'hui. Les professionnels qui y sont interrogés s'accordent sur un point au moins : le nombre de lits d'hébergement

ne peut pas être déterminé par le seul critère climatique, même si le froid est évidemment un facteur aggravant. L'organisation du secteur doit être repensée en d'autres termes parce que les sans-abri ont besoin d'un lit en toutes saisons, que leurs conditions de vie ne sont pas forcément meilleures en été², et que le nombre de demandes varie en fonction de facteurs non saisonniers (p. ex. l'afflux de candidats réfugiés). Enfin, le dispositif hivernal conforte un fonctionnement en termes de gestion de l'urgence, alors qu'il faudrait considérer dans son ensemble la problématique des sans-abri, qui ne se limite pas à "un toit et un lit" : *«les lits d'urgence seront toujours remplis parce qu'ils attireront, pour des raisons diverses, des publics différents qui n'y trouveront cependant pas une réponse à long terme à leurs besoins»*. Pour autant, les professionnels ne remettent pas en question la nécessité d'un dispositif d'urgence 24h/24 pour faire face aux situations de crise. Mais *«pour beaucoup d'acteurs, il doit se limiter à un service ambulatoire ponctuel (aller en urgence à la rencontre d'un usager) et à un service d'orientation vers d'autres services résidentiels ou ambulatoires. Si on lui attribue une mission d'hébergement, celle-ci doit rester résiduelle.»*

Certains soulignent qu'il faut rester vigilant par rapport aux risques que présente un dispositif d'urgence : celui-ci *«ne doit pas se transformer en taxi social ou en un système de ramassage pour les institutions ou les particuliers qui veulent se débarrasser d'un public sans-abri»*. Paradoxe apparent, *«un dispositif d'urgence doit être sous-tendu par une philosophie d'intervention autre que celle de l'urgence : sa mission est de créer des relais avec les services existants et non de se substituer à ceux-ci dans l'urgence»*. Enfin, *«une intervention en urgence ne doit pas nécessairement donner lieu à un hébergement dans un centre d'urgence ni même dans*

une maison d'accueil : d'autres dispositifs (chambres d'hôtel, appartements de transit, etc.) répondent de manière plus adéquate à certaines situations de crise (jeunes en rupture familiale, femmes en situation de crise conjugale) et sont moins traumatisants (...).»

Plus largement, beaucoup de travailleurs sociaux s'interrogent : pourquoi s'intéresse-t-on aux sans-abri?... Ils *«se demandent si l'urgence sociale ou l'aide inconditionnelle n'a pas pour effet inattendu de permettre, à moindres coûts, de débarrasser les forces de l'ordre de personnes occupant l'espace public, ou les hôpitaux de celles occupant leurs services d'urgence, voire les particuliers qui ne peuvent accepter qu'une personne dorme sur le pas de leur porte. Le danger de la pratique de l'urgence sociale est de transformer ce qui est au départ une action sociale en une action sociale-sécuritaire. La connotation sécuritaire donnée depuis quelques années à l'action sociale dans diverses politiques publiques (...) oblige les services d'aide aux sans-abri à réfléchir aux effets de leur action de ce point de vue. En outre, cette interrogation résulte aussi de la conscience des professionnels des faibles moyens qu'ils ont d'agir sur les mécanismes structureaux de production de la précarité et de l'exclusion.»*

De fait, les personnes que nous avons rencontrées sont unanimes : le phénomène parfois dénommé «sans-abrisme» ne va pas diminuer. Il est devenu structurel. C'est depuis les années 1990 que l'on est contraint de faire face à cette réalité, conditionnée par des facteurs d'ordre macro-économique, certes, mais aussi liée aux politiques sociales :

- Le vagabondage est dépénalisé en 1993, mais aucune alternative n'est prévue pour les vagabonds, ils ne peuvent plus trouver refuge à la prison de Merkplats ou à celle de Saint-Hubert, qui les hébergeaient auparavant (en hiver, 95% des personnes emprisonnées pour vagabondage l'étaient sur base volontaire).
- De nombreux lieux publics se ferment aux sans-abri : gares, services d'urgence des hôpitaux... Même les bancs publics disparaissent et, souvent, les banquettes des stations de métro sont remplacées par des sièges baquets individuels : plus moyen de s'y étendre.

- L'asile psychiatrique a pratiquement disparu : toute une série de personnes souffrant de troubles mentaux, qui étaient auparavant hébergées en milieu hospitalier, se retrouvent à l'extérieur, sans avoir un revenu leur permettant de trouver un logement.
- D'autant plus que le prix d'une location ne cesse d'augmenter depuis la libéralisation des loyers et que le nombre de logements sociaux est notoirement insuffisant.
- Et alors que toute une partie de la population bruxelloise se paupérise dans le contexte de la post-industrialisation : l'économie a besoin de beaucoup moins d'ouvriers peu qualifiés, ceux qui trouvent du travail reçoivent des salaires plus que modestes (aux USA, on parle depuis plusieurs années déjà des *working poors*), les autres se retrouvent avec une allocation de chômage ou le revenu d'insertion sociale, avatar du minimex. Tous revenus insuffisants pour se payer un logement décent.
- Aux vagues de migration organisées entre Etats (de l'après-guerre aux années 1970) succèdent des migrations "sauvages" et des vagues de réfugiés, dont la plupart n'obtiennent pas l'asile politique. Les sans-papiers viennent s'ajouter aux sans-abri.

A Bruxelles, c'est la Commission Communautaire Commune ou COCOM qui est chargée de la coordination de l'aide aux sans-abri. Au Cabinet d'Evelyne Huytebroeck – laquelle gère cette compétence avec son collègue Pascal Smet –, Bernard Horenbeek, conseiller en charge de la problématique des sans-abri, est très clair : *«On retrouve à la rue toutes les personnes que notre société n'intègre pas. C'est la vitrine de tous nos dysfonctionnements. Lorsque le système de sécurité sociale a été organisé, au lendemain de la seconde guerre mondiale, on pensait que le phénomène des sans-abri allait disparaître. On s'est aperçu que non : il persistait une frange de personnes à la marge. Progressivement sont apparus une série de facteurs qui ont entraîné un accroissement du nombre de personnes sans logis. La question principale est que l'on est amené à gérer un problème social sans avoir la possibilité d'agir sur les causes de celui-ci.»*

La diversité des «figures» du sans-abri

Une donnée est caractéristique de cette évolution : le stéréotype du clochard aviné se craquèle, comme le notait déjà le rapport du GERME. Celui-ci montre en effet une grande diversité de trajectoires individuelles et de situations : femmes isolées, mais aussi accompagnées d'enfants déjà grands, jeunes filles mères, familles (parfois de grande taille), jeunes adultes des deux sexes, personnes âgées, personnes présentant des troubles psychiatriques, candidats réfugiés et illégaux, personnes vivant avec des animaux, etc.

A l'Association des Maisons d'Accueil (AMA), on reconnaît qu'une partie du secteur se trouve en deuxième ligne par rapport à l'accueil d'urgence et ne rencontre donc pas toutes ces "figures". Cependant, souligne Pierre Collet, directeur du Home Baudouin, si les maisons d'accueil ne représentent qu'un aspect de la question, «c'est là que se retrouve un grand nombre d'archétypes de sans-abri. Nous avons une bonne connaissance de la variété de ce public, de la façon dont il a évolué. A la fin des années 1970, le "clodo" correspondait bien au stéréotype; si quelqu'un d'autre se trouvait à la rue, c'était un marginal et voilà tout. Ensuite, le clochard, le vagabond est devenu beaucoup plus difficile à classer. Il n'y avait plus seulement les problèmes d'alcool; les problèmes de toxicomanie sont arrivés. On a fermé de nombreux lits en psychiatrie, qu'on a remplacés par des médicaments, et on a dit aux gens d'aller se trouver un logement. Mais avec une allocation de handicapé, des indemnités de la mutuelle, on ne trouve plus de logement ! Donc ces gens se stabilisent dans les maisons d'accueil, où ils trouvent tout à la fois du maternage, un cadre, un minimum de structure, des contacts, des repas pris ensemble. Même si cela paraît pauvre à quelqu'un qui mène une vie sociale classique, c'est beaucoup plus riche que de vivre seul dans une chambre... Que l'on paie cher, en plus ! Il s'est produit un glissement : les maisons d'accueil s'occupent sans doute moins de "vrais" sans-abri, une population qui s'est progressivement retrouvée dans les asiles de nuit et les structures qui répondent

dans l'immédiat : je préfère ce terme à celui d'urgence, on confond souvent l'un et l'autre.»

Pour Pierre Collet, «un sans-abri, c'est quelqu'un qui ne possède pas un foyer, un chez-soi qu'il habite véritablement, où il se sent bien et qu'il arrive à garder. A la limite, quelqu'un qui loue une chambre meublée avec coin cuisine, douche et WC, est encore sans logis s'il ne s'approprie pas les lieux, même simplement en accrochant une photo au mur.» Anne Devresse, directrice de la Maison Rue Verte³ et présidente de l'AMA : «C'est ainsi que l'on trouve parfois à l'asile de nuit des gens qui ont un meublé en ville... Il y a aussi des personnes qui se trouvent subitement sans abri en raison d'une crise familiale ou de violences conjugales, par exemple. Nous touchons donc un public assez large. On peut dire que les maisons d'accueil, c'est un peu le "fourre-tout" où vont se retrouver toutes les personnes qui sont difficiles à classer...» Pierre Collet renchérit : «Par exemple, on ne sait pas où caser un vrai débile qui est aussi alcoolique : il ne pourra pas s'intégrer facilement dans un groupe thérapeutique pour affronter son problème d'alcool. Autre exemple : maintenant, La Pièce a ouvert ses portes mais, auparavant, on ne trouvait pas de places pour les toxicomanes psychotiques. Il fallait être soit toxicomane soit psychotique, mais pas les deux à la fois. Nous avons souvent le sentiment d'accueillir des gens qui ne sont pas assez "formatés" pour les projets pédagogiques.»

L'image de la personne à la rue est-elle aujourd'hui davantage liée à la toxicomanie qu'à l'alcoolisme ? Anne Devresse : «Non, la consommation de drogues s'est ajoutée, chez les personnes plus jeunes, à celle de l'alcool. Mais, au début, les services pour sans-abri étaient beaucoup plus habitués à l'alcoolisme de leur public, cela ne les effrayait pas, tandis que l'usage de drogues les désarçonnait. Aujourd'hui, la révolution s'est faite : les drogues étant plus présentes dans la rue et davantage consommées par un public plus jeune, elles font maintenant aussi partie du paysage. La prise de produits s'est diversifiée parce que l'offre est plus variée. Et le secteur Toxicomanies a lui aussi fait une petite révolution, il y a une dizaine d'années, avec la réduction des risques (programmes méthadone,

échange de seringues, etc.), ce qui fait que des gens très désinsérés bénéficient quand même d'un certain suivi. Il y a maintenant en maison d'accueil de nombreuses personnes sous méthadone, et les travailleurs doivent s'y adapter : le Home Baudouin a dû acheter une armoire pour mettre les médicaments sous clé... Tous les produits sont consommés pour aider à survivre en rue, parce que c'est très violent.»

L'abus d'alcool et/ou de drogues illégales peut à la fois contribuer à conduire quelqu'un à la rue et constituer un moyen de supporter cette vie. Serge Zombek, directeur de la MASS (Maison d'Accueil Socio-Sanitaire) de Bruxelles : «Les personnes qui sont dépendantes des drogues illégales doivent trouver de grosses sommes pour se les payer et vivre en grande partie dans la clandestinité pour mener ce style de vie. Ce qui n'est pas le cas avec l'alcool ou le tabac. Je ne parle pas de l'usage récréatif de drogues. Ni des personnes qui sont dépendantes d'un produit mais sont relativement bien intégrées socialement, ont une famille et un travail; elles peuvent avoir besoin de soins mais ne connaissent pas de dérives. L'usage des drogues illicites expose aussi au risque de la prison, qui lui-même entraîne souvent des désinsertions : perte d'emploi, casier judiciaire, rupture familiale, perte de revenu, perte de logement... Enfin, les drogues les plus utilisées imposent à l'usager dépendant un rythme de vie incessant pour se procurer le produit : un héroïnomanie doit avoir sa dose toutes les trois ou quatre heures, par exemple, sinon il subit un manque extrêmement douloureux. Ce rythme est très peu compatible avec les rythmes sociaux habituels : arriver à l'heure à un rendez-vous, faire rigoureusement une série de démarches, etc. C'est encore un facteur de désinsertion.»

Vivre à la rue

Outre l'alcool, les produits consommés sont l'héroïne, la cocaïne, les amphétamines et des médicaments détournés de l'usage médical, comme les benzodiazépines. Le simple fait de circuler en rue expose à rencontrer les drogues. Alors, quand on est contraint de vivre à la rue... Serge Zombek : «Et vivre à la rue

est un stress permanent. C'est une pression, une tension psychique permanentes, qu'il est beaucoup moins difficile de supporter quand on est sous l'influence de certains produits. Je ne dis pas que ces produits n'ont que des vertus, mais ils ont des effets stimulants et anesthésiques. L'héroïne, par exemple, est un antidouleur très puissant. Quelqu'un qui marche dans la rue, les pieds abîmés parce qu'il s'est blessé et n'a pas accès aux soins, va soulager sa douleur en prenant un produit. Les gens qui vivent à la rue acquièrent une culture de la débrouille pour se procurer un produit qui calmera la souffrance, non seulement physique mais aussi psychique : s'alcooliser peut aussi être une manière d'avoir encore des contacts avec soi-même...»

Que disent les sans-abri eux-mêmes de la vie à la rue, quelles sont leurs principales préoccupations ? Le rapport du GERME formulait 25 recommandations, dont la vingt-quatrième mentionnait la création de forums du même type que les comités de citoyens sans emploi. C'est en ce sens qu'ont été créés les Espaces de parole⁴, animés par David Giannoni : «Le projet a démarré il y a 5 ans, à l'asile de nuit Pierre d'Angle. Nous voulions tenir compte des particularités des SDF, qui constituent un public encore plus hétéroclite que les citoyens sans emploi : cela va des vieux zonards aux personnes qui se retrouvent à la rue pendant un certain temps, en passant par les demandeurs d'asile ou les sans-papiers. Nous voulions aussi tenir compte d'une constante qui ressortait des entretiens menés avec les sans-abri : ils souhaitaient donner leur avis régulièrement, pas seulement être interrogés de temps en temps pour une recherche, pour "faire bien" ou pour justifier une réforme. Les vieux routards, surtout, voulaient que leur témoignage serve à quelque chose.»

Qui participe à ces groupes de parole ? «Il s'est formé des noyaux de 4 à 7 personnes, hommes et femmes à parts égales – ce qui est très intéressant. Ce sont le plus souvent des "anciens" qui, après dix ou quinze ans à la rue, sont arrivés à obtenir un logement mais sont toujours impliqués. À côté de cela, il y a dans les groupes une grande mouvance, qui tient bien entendu à la mobilité inhérente aux SDF, mais qui peut tenir aussi à des facteurs individuels : par exemple, certaines

personnes sont des participants réguliers mais ne viennent qu'une fois par an, lorsqu'ils en ressentent le besoin. Ceux qui ne viennent pas dans ces groupes, ce sont les rares qui correspondent au portrait que fait Patrick Declerck des clochards parisiens. Ils sont aussi visibles que peu nombreux. Mais plusieurs travailleurs de rue sont présents dans les espaces de parole ; ils peuvent témoigner de la réalité de ces personnes et même, parfois, ils les amènent à participer à un groupe. Les femmes avec enfants, les familles sont peu présentes, elles aussi. Mais les personnes sans abri forment un public très composite, il faudrait créer des espaces de parole dans tous les lieux d'accueil. L'enjeu est de lancer une dynamique, comme c'est le cas avec les Cafés du Jeudi organisés au Home Baudouin, ou encore avec Talita, un lieu qui accueille des femmes avec enfants et qui propose tous les mois un espace de parole.»

Les Espaces de parole s'organisent autour de thèmes qui reviennent cycliquement. Parmi ceux-ci on trouve, sans surprise, le manque de logements sociaux, le manque de places gratuites d'hébergement (pourquoi le nombre de lits n'augmente-t-il qu'en hiver ?), la difficulté de trouver un logement, liée à la hausse constante du prix des loyers depuis plusieurs décennies. David Giannoni : *«On parle aussi du manque de lieux de passage : "consignes" gratuites pour déposer ses bagages en sécurité, lieux d'hygiène et de petits soins infirmiers, lieux pour "se poser", avoir accès à Internet ou à des ateliers créatifs... Les lieux de passage sont très dépendants de services caritatifs, qui ne bénéficient pas d'une reconnaissance publique. Les pouvoirs publics n'ont pas encore intégré que ces lieux sont une nécessité pour les SDF : dormir est certes un besoin vital, mais être propre est une condition pour garder une certaine fierté et ne pas dégringoler psychologiquement.»*

L'aide aux sans-abri à Bruxelles

Puisque nous avons déjà cité plusieurs services d'aide aux sans-abri, essayons de décrire la politique en la matière et les services qui la concrétisent.

Historiquement, c'est le caritatif et l'associatif qui se sont, les premiers, préoccupés des sans-abri. Légalement, les intervenants publics les plus importants au niveau de la pauvreté sont les CPAS. Pratiquement, l'associatif se trouve en position de «sous-traitance» par rapport aux CPAS bruxellois : une seule structure visant directement les sans-abri, le Relais, a été créée par un CPAS, celui de Molenbeek. Le CASU, ex-SAMU social, a une position moins claire : c'était au départ une initiative privée, puis il a reçu un financement de la COCOF, ensuite – après des péripéties sur lesquelles on ne s'étendra pas – il est devenu une ASBL liée, pratiquement mais non organiquement, au CPAS de la Ville de Bruxelles.

La COCOM a la tutelle des CPAS bruxellois, mais celle-ci consiste surtout à vérifier si les décisions des CPAS sont conformes à la législation. L'hébergement en urgence est une compétence de la COCOM, qui finance le Centre d'accueil d'urgence Ariane. Et c'est encore la COCOM qui est chargée de la coordination de l'aide aux sans abri au niveau régional. C'est dans ce cadre que s'est créée une "Concertation sans-abri", à laquelle participent les deux Ministres de l'Aide sociale, des représentants des maisons d'accueil monocommunitaires et bicomunitaires, des représentants des CPAS et de divers services ou initiatives telles que l'habitat accompagné, le CASU, Diogènes, le Front des SDF...

Reprenons plus en détails. L'accueil d'urgence, c'est le centre Ariane et, comme ce dernier est vite saturé, le CASU. L'accueil de nuit, inconditionnel et gratuit, c'est Pierre d'Angle. Anne Devresse : *«Pierre d'Angle compte maintenant 48 lits ouverts toute l'année; auparavant, en été, il n'y en avait que la moitié. Ce service est régulièrement critiqué en raison du tirage au sort à l'entrée. Faute de place, priorité est donné aux "nouveaux" et à ceux qui n'y ont pas dormi la nuit précédente. Parfois il y a une femme avec enfant (ce qui n'arrivait jamais auparavant : la directrice a même dû acheter un lit-cage), et les autres la laissent passer, ensuite c'est le tirage au sort. C'est évidemment une formule terrible, mais comment faire autrement ? On ne peut pas imaginer que ce soient les travailleurs*

qui fassent la sélection... Sans un système aléatoire, il y aurait des bagarres. Et pourtant c'est vraiment un asile : accueil minimaliste, dortoir, confort médiocre...»

Au niveau des repas, on compte vingt lieux. Il s'agit surtout d'initiatives privées, mais quelques-unes sont communales. Il existe aussi cinq "vestiaires", qui sont en fait des endroits où l'on peut trouver des vêtements à prix modique ou même gratuitement ; six lieux où l'on peut "se poser" un moment pour prendre une douche, laver son linge, mettre ses affaires à la consigne; et sept services de soins médicaux ou infirmiers.

Les maisons d'accueil forment le "gros" du dispositif. Elles dépendent soit de la COCOF, soit de la VGC, soit de la COCOM, qui soutient en outre des initiatives telles que Pierre d'Angle ou Diogènes (travail de rue). Les maisons d'accueil doivent aussi être distinguées selon leur public : tous publics (parfois à l'exception des hommes seuls ou des femmes seules), femmes avec ou sans enfants (selon les cas), hommes seuls, jeunes, victime de la traite des êtres humains, toxicomanes, demandeurs d'asile et illégaux. La mission "classique" des maisons d'accueil est la réinsertion par le logement. Elles proposent un séjour dans la durée et un projet pédagogique qui varie selon les associations. Anne Devresse : *«Notre secteur est compartimenté en fonction des pouvoirs subsidiaires. La COCOF subsidie 14 maisons d'accueil et, à la COCOM, une dizaine de services viennent d'entrer dans le cadre d'une ordonnance au 1er janvier. Il faut savoir que notre secteur est relativement pauvre par rapport à d'autres, il a été régionalisé plus tard que les autres : il y a seulement 5 ans que nous sommes sous le régime du nouveau décret de la COCOF. Le financement des maisons d'accueil se fait par deux voies principales : le pouvoir de tutelle et les usagers. Et il est vrai que la COCOF a profondément modifié le cadre et les frais de fonctionnement, ce qui a très positivement changé les choses, même si l'application du décret ne s'est faite que progressivement. Il y a vraiment eu une volonté politique de nous soutenir fortement.»*

Quant à la participation des usagers, ce n'est pas simple : *«Il est logique que les personnes hébergées participent aux frais en fonction de leur revenu, mais il leur est rarement possible de payer la totalité de leur part – une personne seule peut parfois y arriver, mais avec des enfants c'est impossible. Donc nous devons demander le complément au CPAS dont dépend la personne. En Flandre, il existe un protocole d'accord entre les maisons d'accueil et les CPAS, en Wallonie aussi, mais à Bruxelles la situation s'est bloquée. Quand on doit demander un complément à un CPAS, c'est à celui-ci de dire si, oui ou non, il accorde une aide sociale en fonction de la situation de la personne... et de la politique communale. Chaque fois qu'une personne entre dans une maison d'accueil, il faut négocier avec le CPAS compétent. On gère vraiment la pauvreté dans la pauvreté.»*

Pierre Collet : *«Avec un adulte isolé, on sait à quoi s'en tenir, même si ce sera différent à Uccle, Saint-Gilles ou Ixelles. Là où ça ne va pas, c'est quand on doit entrer dans le marchandage, la justification, etc. : par exemple, quand une femme a plusieurs enfants, les allocations familiales sont relativement importantes. Or le décret de la COCOF, généreusement, ne les fait pas entrer en ligne de compte, tandis que le CPAS considère qu'elles font partie du revenu de la famille. S'il y a cinq enfants, cela fait vite une grosse différence ! Et des familles nombreuses, il n'en manque pas. La difficulté de trouver un logement adéquat pour une famille nombreuse nous enferme dans le "devoir héberger" alors qu'on voudrait être dans le "pouvoir émanciper"...»*

Outre ses difficultés de financement, le secteur des maisons d'accueil se trouve face au même problème que l'ensemble du système d'aide aux sans-abri. Anne Devresse : *«Aujourd'hui le système est saturé. Comment le désengorger ? Faut-il ouvrir des lits d'urgence supplémentaires ou mettre en œuvre des politiques volontaristes d'accès au logement ?... Parce qu'on trouve en maison d'accueil des familles qui n'auraient jamais dû y arriver. Elles ont été obligées de quitter leur logement, mais elles avaient le temps, et elles ont cherché un autre logement. Elles n'en ont pas trouvé*

mais ont pu faire appel à leur réseau familial ou amical. Au bout de plusieurs mois, elles ont épuisé leur réseau et n'ont toujours rien trouvé. C'est vraiment une réalité concrète à Bruxelles, actuellement. Les grandes familles, les femmes seules avec enfants, les femmes africaines sont discriminées. Depuis un an et demi, je n'arrive plus à trouver un logement pour elles : elles ont plusieurs enfants, elles sont sans mari, elles dépendent du CPAS – et elles sont d'origine africaine... Si je ne trouve pas une solution en logement social ou avec une Agence immobilière sociale, elles sont parfois même contraintes à se remettre plus ou moins en ménage avec quelqu'un, et c'est très dur sur le plan personnel. De plus en plus de ces familles font des demandes chez nous parce que leur temps d'hébergement ailleurs est arrivé à son terme, que leur propriétaire ne fait pas les réparations nécessaires, qu'il n'y a plus de chauffage. Je vois arriver des familles qui ont déjà passé deux ou trois hivers sans chauffage ou qui ont vécu dans une maison bourrée de cafards ! Ce sont purement des problèmes de logement. Et il n'est pas si évident pour ces familles de s'adapter à la vie communautaire réglementée d'une maison d'accueil.»

L'engorgement du système : des pistes ?

Le système bruxellois d'aide aux sans-abri souffre, selon l'expression de Pierre Collet, d'une «perversion du projet» : «Le Home Baudouin est une grosse structure : 70 lits. Nous avons eu ici jusqu'à 750 personnes par an, qui étaient mobiles, et maintenant nous plafonnons à 300 ou 350 parce que les gens ne trouvent plus d'autre endroit où rebondir. Avant, si quelqu'un disait "je m'ennuie", on pouvait l'envoyer à l'Armée du Salut ou aux Petits Riens. Si un autre en avait assez de bosser pour pas grand-chose, on pouvait l'envoyer chez nous. Un autre encore cherchait plus de structure ? Il pouvait se rendre à l'Îlot, où il était fort soutenu dans la recherche d'un travail, avec une visée d'insertion beaucoup plus forte... Aujourd'hui, l'assistant social d'un CPAS cherche sans doute moins le projet pédagogique adéquat que simplement une place disponible.»

La finalité de réinsertion du système bute sur la raréfaction de l'offre de logements financièrement accessibles, et sa logique «ascensionnelle» est battue en brèche par l'afflux de sans-abri. Pierre Collet : «Quand Pierre d'Angle s'est mis en route, l'idée était la suivante : il y a des gens à la rue qui ne veulent pas aller en maison d'accueil mais qui acceptent une petite aide si on ne va pas trop fouiller dans leur histoire ; on va ouvrir un asile de nuit pour eux. Et Pierre d'Angle a accueilli des gens qui erraient dans l'espace urbain mais aussi dans leur tête, et qui pouvaient, là, dormir sur leurs deux oreilles. Car, dans un squatt, on ne dort que d'un œil : on doit faire attention à ne pas se faire piquer son sac. C'est, entre autres raisons, pour cela que beaucoup de sans-abri ont un chien. On a donc touché ces gens. Mais quand les migrants socio-politico-économiques sont arrivés, ils n'étaient pas inorganisés, ils avaient des compétences sociales. Ils ont très vite su comment accéder aux places libres, ce qui a encore davantage rejeté vers la marge ceux qui étaient vraiment paumés dans leur tête et qui étaient à peine capables d'arriver à l'heure. On s'est alors dit qu'il fallait mettre en place un dispositif d'éducateurs de rue pour ceux qui étaient vraiment au bout du bout de notre monde. Diogènes et Dunes se sont créés⁵. On espérait qu'il se produirait un effet d'ascenseur social : les travailleurs de rue amenant les gens à l'asile de nuit, qui les orienterait ensuite vers les maisons d'accueil, où on les aiderait à affronter leurs problèmes administratifs, puis ce serait un logement accompagné et, plus tard, un logement social. Mais cela ne s'est pas du tout passé comme ça, on s'est rendu compte que les gens suivaient un parcours horizontal, circulaire, ils allaient d'un service à l'autre.»

Au Cabinet d'Evelyne Huytebroeck, Bernard Horenbeek est bien conscient du cercle vicieux : «On est beaucoup trop pris dans un mouvement de "gestion des flux" : la nuit dernière⁶, on a passé le cap des 300 lits occupés en urgence... Ceci dit, il ne peut être question de dessiner un parcours prédéfini pour les sans-abri, c'est contradictoire avec ce qu'ils vivent. Mais on peut faire en sorte qu'ils se repèrent mieux dans l'offre de services et y trouvent plus facilement un point d'ancrage qui leur convienne. Pour cela, il faut mettre les diverses

structures en réseau. C'est le propos du Centre de référence, qui devrait dynamiser le secteur, dégager une vision collective de la problématique des sans-abri et proposer des pistes de collaboration.»



Créer un tel centre était une des propositions du GERME. Parmi celles-ci, faute de moyens, quelques-unes seulement ont pu être concrétisées : les espaces de parole, le soutien à l'habitat accompagné et au travail de rue, et l'ordonnance de la COCOM qui a pris cours en janvier dernier. Mais le Centre de référence n'existe encore que sur le papier. Pourquoi ? «Lorsque l'idée s'est fait jour, répond Bernard Horenbeek, on a imaginé que ce centre aurait le droit de réquisitionner des lits en fonction de l'urgence, ce qui a évidemment provoqué beaucoup d'émoi. Finalement, la Vlaamse Gemeenschap a dit non au droit de réquisition, en arguant que, ce faisant, la COCOM sortait de ses compétences. Aujourd'hui, les discussions sont reprises entre les différents niveaux de pouvoir pour que l'on arrive à créer ce centre. Qui serait distinct de la Concertation sans-abri, laquelle est un lieu de rencontre et d'échanges, tandis que le Centre serait un opérateur,

il impulserait des politiques publiques. Il pourrait contribuer à créer du lien avec le niveau fédéral, construire des interfaces, réunir les perceptions des travailleurs de terrain. A Charleroi, cela fonctionne. Pourquoi pas à Bruxelles ?»

Encore faudra-t-il que cette structure réponde effectivement aux attentes du terrain. Anne Devresse : «Tout est particulièrement compliqué parce que nous sommes à Bruxelles, évidemment ! Nous sommes confrontés à une situation parfois kafkaïenne parce que nous dépendons de différents pouvoirs de tutelle qui doivent se mettre d'accord sur une politique régionale. Et la problématique des sans-abri recoupe toute une série de champs, notamment dans la santé : santé mentale, toxicomanie, santé tout court... Ce qui est dommage, c'est que, depuis quelques années, en raison d'une certaine paralysie des organes de coordination, nous nous retrouvons dans une sorte de paralysie de pensée. Nous faisons tous des constats, mais il est impossible de penser plus loin. On pourrait faire un état de la situation plus fin, pour voir comment articuler les interventions des uns et des autres, mais on reste dans une inertie due à des conflits que l'on pourrait nommer, et cela nous amène à toujours parler des sans-abri dans l'urgence, la veille de l'hiver, quand il y a un mort à la rue. On est toujours sur la défensive, le dos au mur. Parfois je me dis que tous – des décideurs aux acteurs de terrain – nous fonctionnons comme notre public : dans l'immédiat et dans l'urgence.»

- 1 Andrea REA, David GIANNONI, Nicole MONDELAERS, Patricia SCHMITZ, La problématique des personnes sans abri en Région de Bruxelles-Capitale, Institut de Sociologie de l'ULB.
- 2 A noter qu'à l'été 2005, un " plan canicule " avait été défini par les Ministres bruxellois de l'Aide aux personnes.
- 3 Voir Bruxelles Santé n° 25, pp. 2-7.
- 4 Voir <http://www.webzinemaker.com/espacesdeparole>
- 5 Le travail de rue fera l'objet d'un dossier ultérieur.
- 6 La nuit du 19 au 20 janvier 2006.

Questions de santé, questions de société



L'ASBL Question Santé est, depuis 1981, agréée par la Communauté française comme Service d'Éducation permanente. C'est pourquoi elle fait le pari de la participation citoyenne et propose des débats sur des questions de santé qui sont autant de questions de société. En effet, des mécanismes, des façons de s'organiser constituent notre société : habiter, cohabiter, communiquer, se nourrir, s'exprimer, se soigner, consommer... Ces façons de vivre ensemble influencent la qualité de nos vies : il n'y a pas que le système de soins et la médecine qui déterminent la santé. Mais les changements dans nos habitudes de vie – manger mieux, bouger plus, fumer moins... – ne sont pas non plus les seuls à apporter des améliorations à notre santé. Les changements de société – les conditions de vie socio-économiques, culturelles, environnementales – ont un impact tout aussi important, voire davantage. Ces changements, un individu seul ne peut les produire. Il y faut une dynamique collective : prendre conscience, questionner, analyser, critiquer, bouger, agir.

«La citoyenneté doit ainsi être en mesure de décider, de contrôler son destin politique, c'est à dire de prendre les moyens de peser réellement sur les choix et les décisions politiques. La citoyenneté ne peut donc être qu' "active", c'est à dire que son exercice ne saurait se limiter à la désignation électorale de représentants, ni même à l'adhésion à des attributs juridiques qui donnent des droits et des possibilités de défense et de recours. La véritable citoyenneté se doit de participer à la construction du mouvement social, des politiques sociales y compris des politiques de santé publique.» (Philippe Lecorps, Jean-Bernard Paturet, *Santé publique, du biopouvoir à la démocratie*, Ed. ENSP.)

Une dizaine de thèmes ont été retenus. Ce sont des enjeux qui traversent notre société et qui seront déterminants pour son évolution. Ils sont concrétisés

par des outils pédagogiques consacrés à une question qui touche la santé :

1. L'environnement physique : " Antennes GSM "
2. La marchandisation : " La publicité pour les médicaments : soyons vigilants "
3. Les droits du patient, la parole des usagers : " Usagers du système de santé "
4. Une société interculturelle : " Femmes d'horizons différents face à la contraception "
5. Les liens sociaux : " Au moment de la retraite, vivre en habitat groupé " et " Mon quartier en noir et blanc "
6. L'égalité entre hommes et femmes : " Femmes et hommes face aux tâches ménagères "
7. Exclusion et insertion : " Séropositifs et malades du sida : ne pas ajouter le poids de l'exclusion à celui de la maladie "
8. Éthique et santé : " Tabac : faut-il faire peur ? "
9. Histoire et santé : " Fumer à travers l'histoire : du prestige à la culpabilisation "
10. Communication et santé : " La santé fait vendre "
11. Expression et créativité : " Jeunes et habitants... Quartier Essegem " (DVD)

Comment obtenir ces outils pédagogiques ? À l'exception du dernier cité, ils sont disponibles sous forme de brochures et peuvent aussi être téléchargés sur le site www.questionsante.be. Certains outils seront en outre présentés sous forme de panneaux ou de tableaux powerpoint. Par ailleurs, le Service Éducation permanente de l'ASBL Question Santé est disponible pour aider les animateurs à s'approprier ces outils ainsi que les ressources utiles.

Contact : Isabelle Dossogne
Question Santé ASBL, Service Éducation permanente
72 rue du Viaduc, 1050 Bruxelles
(T) 02 512 41 74, (F) 02 512 54 36
education.permanente@questionsante.be

Une action pour faire mieux connaître la drépanocytose

La drépanocytose est aujourd'hui la première maladie héréditaire dans plusieurs grandes villes européennes telles que Paris, Londres ou Bruxelles. Dans les maternités bruxelloises, environ 1% des nouveau-nés sont porteurs de l'affection et un bébé sur 1.850 est drépanocytaire. Autrefois circonscrite aux régions de l'Afrique intertropicale, du Bassin méditerranéen et de l'Asie¹, la drépanocytose a émigré en Europe de l'Ouest avec les populations originaires de ces contrées. L'affection peut être très douloureuse et présente de multiples complications qui peuvent être très handicapantes pour les personnes qui en souffrent ainsi que pour leur famille. Depuis 1998, Action Drépanocytose, une association regroupant patients, professionnels de la santé et familles, s'est donné pour tâche d'informer et de sensibiliser sur cette maladie en passe de devenir, chez nous aussi, un réel problème de santé publique.

La drépanocytose est une maladie génétique dans laquelle l'hémoglobine A normale est remplacée par l'hémoglobine S, en forme de faucille² ; ce mot désigne l'aspect que les globules rouges drépanocytaires peuvent prendre en se déformant et donne son autre nom à la maladie : anémie falciforme. Normalement, l'hémoglobine contenue dans les globules rouges permet le transport de l'oxygène des poumons jusqu'à tous les tissus du corps. Dans la drépanocytose, l'hémoglobine S peut aussi transporter l'oxygène mais a tendance à devenir rigide et à bloquer la circulation du sang dans les petits vaisseaux. Cela crée des problèmes de circulation qui se traduisent par des crises douloureuses et de multiples complications qui vont des problèmes

d'anémie aiguë, d'infections pulmonaires à répétition, jusqu'à des accidents vaso-occlusifs graves. Les crises vaso-occlusives, provoquées par des petits infarctus consécutifs à l'occlusion de vaisseaux sanguins, peuvent toucher tous les organes mais sont le plus souvent osseuses³ (os longs, bassin), moins souvent thoraciques ou abdominales. Ces crises constituent les complications les plus invalidantes de la drépanocytose, par l'intensité de la douleur et les conséquences sur la vie des malades.

Bien qu'en Europe on commence à voir des adultes drépanocytaires atteindre la cinquantaine, la maladie affecte cruellement les enfants car elle entraîne souvent des infections pulmonaires à répétition et peut même provoquer un retard de croissance si ces enfants ne sont pas traités correctement. C'est pourquoi, depuis de très nombreuses années, les maternités bruxelloises procèdent à un test universel automatique chez tous les nouveau-nés. Dépistage universel car la capitale, à l'instar d'autres capitales européennes, est devenue une ville hautement multiculturelle favorisant les mariages mixtes.

Vivre avec la drépanocytose

«Un drépanocytaire n'est pas l'autre : il existe une forte variabilité entre les individus», explique le Dr Didier N'Gay, Président de l'association Action Drépanocytose. «Certains font une crise par mois alors que d'autres en font une par an ; certains vont nécessiter une hospitalisation mensuelle, d'autres une hospitalisation exceptionnelle ; certains ont besoin d'une transfusion simple, d'autres d'un échange transfusionnel plus élaboré.» Mais, pour les enfants touchés par une forme grave de cette affection, cela signifie des hospitalisations à répétition. Leur scolarité est alors mise à rude épreuve et des retards plus ou moins importants peuvent survenir, que certains Services PSE aident ces enfants à combler. Du moins quand les parents ont fait le choix de parler de la maladie de

leur enfant. Mais il arrive aussi qu'ils ne veuillent pas ou n'osent pas le dire, ni à leur entourage, ni à l'école. Dès lors la scolarité de leur enfant devient plus problématique. L'adolescence représente également une période délicate pour de nombreux jeunes, qui peuvent faire un déni de leur maladie à cause du traitement qu'ils doivent suivre (médicaments) et des diverses recommandations qu'ils doivent respecter pour mener une vie plus ou moins normale.

Le système de soins de santé et la sécurité sociale permettent une bonne prise en charge des patients drépanocytaires qui vivent sous nos latitudes. Ailleurs, dans les pays pauvres, ces patients et leur famille doivent faire face à d'énormes coûts pour assurer les soins de santé. Les associations africaines partenaires d'Action Drépanocytose avancent les chiffres de 1.000 à 1.500 dollars par an. Mais l'anémie falciforme entraîne des coûts que l'on ne peut pas toujours chiffrer. Didier N'Gay : " *On parle souvent des coûts thérapeutiques précis, mais on tient rarement compte de la réorganisation de la famille. Ce sont des coûts que, personnellement, je ne peux pas estimer en vérité. Certains parents d'un enfant malade chronique n'arrivent plus à faire le travail qu'ils effectuaient auparavant, ils doivent parfois changer de métier. Il y a des villes, des villages où ils ne peuvent pas se rendre parce que ceux-ci sont très éloignés des moyens de transports communs, de certains hôpitaux. Leurs choix doivent s'opérer en fonction de l'enfant malade. Quelquefois il faut envisager tout un réaménagement au sein de la maison si l'enfant présente des problèmes au niveau de la hanche et qu'il ne sait plus bien marcher. Il faut en outre compter les séances de kiné qui doivent être poursuivies, etc. Tout cela est très lourd. Je n'ose pas imaginer combien cela coûte. J'ai vu des familles où l'un des parents avait dû arrêter de travailler pour s'occuper de l'enfant, et les revenus de la famille ont chuté.* "

Maladie chronique, la drépanocytose continue à poser, selon les cas, les mêmes difficultés à l'âge adulte et elle a, inévitablement, des répercussions sur la vie active. «*Nous n'avons pas une évaluation de ces données, souligne Didier N'Gay, mais de manière empirique nous voyons différents cas de figure : certaines personnes travaillent et ont arrêté leur traitement. Il leur arrive de faire des petites crises qu'ils gèrent eux-mêmes. D'autres sont plus ou moins*

stables. Ils suivent bien leur traitement, ont une bonne hygiène de vie et travaillent comme tout un chacun. Souvent ces personnes ne veulent pas parler de leur maladie pour ne pas se sentir différentes des autres, pour ne pas être discriminées.»

Une maladie encore taboue

Dans la communauté africaine de Belgique, qui est la plus touchée par la drépanocytose, un trop grand tabou entoure encore cette maladie : «*Certains parents ne veulent pas en parler parce qu'ils la considèrent comme appartenant à leur sphère privée. C'est un problème qui les concerne et qu'ils doivent gérer ; c'est une maladie, un handicap, un déficit dont ils n'ont pas besoin de faire étalage devant les gens. D'autres pensent qu'il ne faut pas en parler pour protéger leur enfant car cela est mal perçu par l'entourage. Il y a une connotation péjorative par rapport à la maladie ou au handicap. Ils ont comme un sentiment de culpabilité et quelquefois de honte d'avoir un enfant dont la santé est fragile. Ils se le reprochent ou craignent que leur entourage ne le leur reproche*». C'est pour briser ce tabou et sortir de l'isolement certaines familles que l'association Action Drépanocytose a été créée par Christian Maketete Temuna ; il souffrait lui-même de cette affection, qui a fini par vaincre ses fragiles résistances en 2002. Aujourd'hui, une équipe de bénévoles dynamiques continue à faire vivre son projet.

L'association favorise le développement de services pour informer et soutenir les patients et leur famille. Elle les aide tant sur le plan médico-psychosocial que juridique et administratif. Action Drépanocytose fait également la promotion de projets et d'événements à caractère scientifique ou pédagogique et soutient toute initiative de recherche et de dépistage. Actuellement, l'association vise essentiellement à informer et sensibiliser aussi bien les communautés touchées que le grand public ou les professionnels de la santé. Elle entretient des partenariats avec diverses associations de patients à travers le monde et fait partie de plusieurs réseaux tels que le Réseau intégré de prévention, de diagnostic et de traitement des hémoglobinopathies (Bruxelles) ou encore l'Alliance des Maladies et des Handicaps Rares des Régions Francophone et Germanophone.

Le Makutano

Une de ses activités les plus caractéristiques est le *Makutano*, qui se déroule chaque premier samedi du mois. *Makutano* est un mot swahili qui veut dire «rencontre», «discussion», «intersection», «foule», «jonction»... «*C'est tout cela que nous représentons à la fois, commente le Dr N'Gay, nous ne pouvons pas nommer autrement ce que nous étions en train de faire. Ce sont des rencontres mensuelles qui ne sont pas des groupes de parole car une rencontre ne ressemble jamais à l'autre. Le principe est qu'il n'y a ni dominant ni dominé, chacun partage son expertise : le vécu quotidien de la maladie, la souffrance maternelle, la meilleure manière de communiquer.*» On peut y inviter aussi bien le rédacteur d'une loi sur les allocations majorées pour qu'il vienne expliquer celle-ci qu'une mère de famille ou des patients adultes qui viennent témoigner.

En mai 2004, le *Makutano* a pris la forme d'un jeu de rôles : «*Nous avons transformé pour quelques heures la Maison Africaine en une salle d'urgences avec un accueil, des infirmières, des médecins et des malades. La seule condition était que personne ne devait jouer son propre rôle. Le but était de parler des urgences et de la douleur. Pour moi, qui travaille aussi aux urgences, cela m'a semblé fidèle à la réalité : l'incompréhension, la tension, le burn-out. Au terme de cette expérience, il est apparu important d'avoir un cahier reprenant l'historique de la maladie. Cela permettait de ne pas perdre de temps en examens inutiles ; le professionnel de la santé pouvait rapidement savoir à qui il avait affaire et à qui en référer. Il est aussi apparu important que les malades se rendent autant que possible dans le même centre de référence et que, dans le cas contraire, ils portent en permanence ce cahier sur eux.*»

Mieux vivre avec la drépanocytose

Il n'existe actuellement pas de traitement qui permette de guérir de la drépanocytose, sauf la greffe de la moelle dans les cas les plus graves. La médecine met néanmoins à la disposition des malades différents moyens thérapeutiques qui permettent à ceux-ci de mener une vie un peu moins douloureuse. Mais la prévention reste la meilleure des armes, en encourageant les couples qui ont un désir d'enfant à faire le test de dépistage. «Le

traitement principal, insiste le Dr N'Gay, est d'avoir une très bonne hygiène de vie. Il faut veiller à bien s'hydrater, éviter les exercices intenses ou violents, éviter les extrêmes (trop chaud, trop froid), éviter l'alcool et le tabac; veiller à ce que les enfants reçoivent convenablement tous leurs vaccins et leur donner régulièrement des antibiotiques dans la petite enfance.» Des conseils qui valent pour tout un chacun mais qui prennent toute leur importance pour les personnes drépanocytaires car leur santé est à ce prix.

Action drépanocytose
Dr Didier N'Gay Munungi,
tél. : 0496.79.97.11,
actiondrepanocytose@yahoo.fr



- 1 Au Brésil, dans les Antilles et aux Etats-Unis, les maladies de l'hémoglobine sont également présentes.
- 2 Le S vient du mot anglais sickle qui veut dire faucille.
- 3 Douleurs ou crises osseuses. En Afrique occidentale, on parle de la maladie des os. Les patients disent ressentir «une morsure répétitive et implacable» au niveau des articulations, dans les os.

Forest Quartiers Santé : un partenariat sur les abus et dépendances aux benzodiazépines

L'acteur social (individu ou groupe) sait qu'il a besoin des autres pour être efficace sur le terrain. L'association Forest Quartiers Santé ne déroge pas à cette règle. Le travail sur l'identification, la sensibilisation et la mesure de l'étendue de la problématique concernant la consommation du Rohypnol a fait l'objet d'un large partenariat avec les acteurs sociaux à Forest.

Le flunitrazepam, commercialisé sous le nom de Rohypnol, est une benzodiazépine très puissante. Illégal en Amérique du Nord, il est utilisé dans 64 pays du monde pour le traitement de l'insomnie et de l'anxiété. Cette drogue est peu dispendieuse et facilement accessible sur le marché noir. Ce sédatif provoque des périodes d'amnésie totale, ce qui lui a rapidement fait gagner la réputation de " drogue du viol ". Consommé avec de l'alcool ou de la marijuana, il en augmente et prolonge l'action par un effet de synergie. C'est donc un produit dangereux.

Du mécontentement à l'origine du partenariat

Tout est parti des éducateurs de rue et des travailleurs sociaux. Inquiets de l'ampleur croissante de la circulation et de la consommation du Rohypnol, ils ont interpellé l'ASBL Forest Quartiers Santé (FQS). Un éducateur de rue, écoeuré, raconte : " Ça fait des mois que ça traîne cette histoire, personne ne veut rien entendre, ne veut rien faire. On sait les problèmes que ça fait, mais tout le monde s'en fout ! " D'autres sources rapportent que de nombreuses traces de consommation de Rohypnol ont été trouvées dans différents espaces publics de la commune (Bempt, Messidor, Abbaye). La consommation, qui touche un public jeune, est publique et renvoie à des poly-toxicomanies (alcool, cannabis et Rohypnol). Un autre éducateur mentionne le cas d'un médecin prescripteur abusif, décrit un quartier " sens dessus-

dessous " avec des violences, un climat d'abandon, des intervenants qui ont peur, etc. C'est dans ce contexte qu'en 2004, FQS a pris l'initiative d'organiser une rencontre pour circonscrire le problème, jetant ainsi les bases du futur partenariat.

Mais pourquoi décider de s'organiser en partenariat ? Il nous est apparu évident que, devant un phénomène à la croisée de plusieurs secteurs d'intervention – le social, la santé, l'insertion, la sécurité –, nous ne pouvions rester seuls. Par définition, le partenariat est une relation dans laquelle des individus ou des groupes d'individus, ayant des intérêts compatibles, s'entendent pour travailler ensemble et atteindre des objectifs communs. Cette transaction est généralement l'objet d'une entente officielle entre parties et peut prendre diverses formes. C'est précisément parce que FQS tente une approche globale, positive et permanente de la santé que l'association a été interpellée et qu'une approche collective du problème a pu voir le jour : ce qui, jusque là, n'était le problème de personne a pu devenir un problème devant lequel chacun pouvait avoir un rôle à jouer.

Mettre en commun les points de vue...

Un membre de l'équipe de FQS rencontre des travailleurs de rue de Forest. Ceux-ci décrivent les problèmes qu'ils observent. FQS propose de recueillir auprès d'autres institutions locales leur connaissance de la situation; une rencontre est organisée avec des représentants de l'ASBL Le Cairn, de la Maison médicale de Forest, de la Mission locale de Forest, de Forest Contacts Drogues, du Réseau d'Aide aux Toxicomanes et des pharmaciens de la commune, afin d'essayer d'agir sur ce phénomène. L'intérêt de ce partenariat réside dans le fait que des parties, différentes au départ, travaillent ensemble avec

l'idée que chacune tirera profit de l'expérience, des compétences et des connaissances des autres.

Plusieurs des contacts pris confirment les propos des éducateurs de rue et des travailleurs sociaux. Mais ce qui ressort aussi, c'est le désarroi devant un phénomène qui touche plusieurs secteurs d'intervention. Le travailleur de terrain a besoin des compétences, des connaissances et de l'expérience des autres pour cerner, comprendre et agir sur des problèmes sociaux. Le partenariat suppose une collaboration dans laquelle les parties acceptent un partage des ressources et des risques et la prise en commun des décisions. Une telle conception offre aux parties concernées l'opportunité d'élargir leurs visions des questions traitées grâce à une approche pluridisciplinaire et de trouver, *in fine*, des solutions originales.

Mais quelques questions méritent d'être posées. D'où proviennent les médicaments : des grands prescripteurs, des trafics intercommunaux et internationaux? Quelles stratégies adopter pour faire face aux problèmes? Faut-il supprimer ces produits des rayons des pharmacies?

..... **...et les ressources.**

Pour chercher à répondre à ces questions, il a fallu déterminer le rôle de chaque acteur dans le groupe. Pour avoir initié le groupe, il a été demandé à FOS d'en assurer l'animation. Le Service de Prévention a proposé d'assurer, entre autres choses, le secrétariat des rencontres. La Maison médicale s'est chargée de la présentation des effets et de la prise en charge des consommateurs. La première chose a été d'entrer en contact avec les usagers du produit et de s'informer sur d'autres expériences. Ensuite, des séances d'information ont eu lieu à destination des intervenants du social et de la santé, mais aussi des échevins de la santé et de la prévention à Forest.

Dès le début, le partenariat s'est fixé trois objectifs : mettre en commun les expériences et les points de vue, faire le point de la situation sur le quartier, dégager des pistes d'action possibles. La méthode "boule-de-neige" a été envisagée. Ce que l'on appelle opération Boule-de-Neige est un programme de prévention du sida, des

hépatites et des risques analogues basé sur la participation active des usagers de drogues. Bien qu'attrayant, ce projet a été abandonné, car il nous est apparu très difficile à mettre en oeuvre.

Mais un partenariat présente aussi des inconvénients. Lorsqu'il y a moins d'implication des partenaires, que l'on perd de vue les objectifs et la raison d'être du partenariat, ou que l'on a des attentes déraisonnables, cela risque de tourner à une foire d'empoigne. C'est pourquoi l'évaluation est importante. Les partenaires doivent être capables de juger les progrès accomplis et de mesurer les chances de réussite tout au long du cheminement. Dans cet ordre d'idée, il est apparu que les usagers échappaient en grande partie aux centres d'aide et que les groupes étaient mobiles : il était difficile d'identifier les lieux spécifiques de consommation. Tout cela compliquait l'identification et la mesure de l'ampleur du problème. Nous avons dû accepter que le travail de terrain, même mené en partenariat, se situait dans la complexité et devait être envisagé dans toutes ses dimensions.

Enfin, soulignons que des institutions qui ne font pas partie du partenariat peuvent avoir une action déterminante sur une part du problème traité. Dans notre cas, un médecin grand prescripteur du médicament a cessé de prescrire grâce à l'intervention d'une institution publique locale. Aujourd'hui ce partenariat existe toujours et est devenu ressource pour d'autres intervenants auxquels des événements similaires se présentaient.

Gilbert Mubangi Bet'ukany et Bruno Vankelegom

Bibliographie

- Marc Jamoule, *Etre en Roche*, rapport de recherche édité par le Collectif de Santé de Gilly-Haies, septembre 1995.
- COCOF, *Partenariat et négociation*, Cahier pédagogique n° 2, 1^{ère} éd. 1996.
- COCOF, *Vade-mecum des principaux programmes en partenariat dans la Région de Bruxelles-Capitale*, annexe au Cahier pédagogique n°2, 1^{ère} éd. 1996.

Ceci n'est pas une cigarette... ou Rodin au pays des surréalistes

Sous le Gouvernement fédéral précédent, la verte Ministre Aelvoet obtenait la création d'un fonds public pour lutter contre le tabagisme tandis que M. Reynders acceptait la création d'un fonds privé contre le tabagisme, la Fondation Rodin, financé par les cigarettiers. A croire que ces cigarettiers étaient devenus des anges, alors que, dans le même temps, ils continuaient à ajouter des additifs pour mieux accroître, par l'assuétude, la fidélisation des fumeurs !

La médiatique et cossue " Fondation Rodin " naissait pour assurer la gestion de ce fonds privé. A l'origine de campagnes anti-tabac, elle veut maintenant aller plus loin, en faisant de l'accompagnement de personnes souffrant d'assuétude au jeu, à l'alcool et au tabac, ce pour quoi elle crée une ASBL et demande ...le statut d'organisme d'utilité publique !

Ecolo a interrogé la Ministre de la Justice, Mme Onkelinx, quant au sort à réserver à cette demande. Après consultation de son collègue de la Santé, accord fut donné à condition que le nom porté par l'ASBL ne prête pas à confusion avec la Fondation Rodin et, comme cette ASBL ne recevrait pas ses moyens financiers DIRECTEMENT des cigarettiers (mais via l'ASBL Fondation Rodin), il n'y avait pas de problème ! Cette reconnaissance n'est pas que symbolique car elle lui permettra de recevoir des subventions publiques et d'offrir aux donateurs la déductibilité fiscale. C'est ainsi que la " Fondation Rodin " a décidé de porter sur les fonts baptismaux l'ASBL " CREEA ".

Ecolo (qui continue à s'opposer à cela au niveau fédéral, par la voix de Muriel Gerken) est consterné par l'attitude des Ministres de la Justice et de la Santé. Comment peuvent-ils être naïfs au point de donner ce statut à une ASBL " société écran " et de croire que changer son nom suffit pour se conformer aux conventions de l'OMS que la Belgique a ratifiées ? La Fondation Rodin, tant controversée, voit son rôle non pas supprimé mais bien renforcé et ce, au détriment

des associations actives et compétentes depuis de nombreuses années.

Une histoire qui vaut son pesant de fumée...

*Dominique Braeckman
Présidente du groupe Ecolo à la Cocof*

.....
Plaidoyer pour une campagne électorale vers des " Communes en santé "

Fort d'une expérience d'une vingtaine d'années et face à son nécessaire développement, le mouvement des Villes-Santé de l'OMS a identifié comme premier défi¹ le fait d'assurer une large diffusion du concept de Ville-Santé. L'échéance des prochaines élections communales peut constituer une opportunité de participer activement à la diffusion de ce concept auprès des milliers de candidats qui s'apprentent à défendre des programmes pétris de proximité.

Les déclinaisons de la santé communautaire à travers les nombreux projets locaux offrent aujourd'hui de belles occasions de découvrir, expériences à l'appui, les enjeux de la participation, de la transversalité des compétences ou encore du partage du pouvoir et des ressources. Au-delà de ces projets, l'annonce par l'Observatoire de la Santé et du Social de l'édition imminente d'un nouvel outil intitulé " Statistiques sanitaires et sociales ", composé de 19 fiches, soit une par commune, est une excellente nouvelle. Car c'est au départ de ces données objectives que chaque responsable communal pourra saisir, fiches et cartes à l'appui, les caractéristiques de santé de la population, quartier par quartier.

En séance publique de l'Assemblée Communautaire Commune, le cdH a plaidé pour la tenue d'une journée consacrée à la présentation de ces fiches. Journée à laquelle tout mandataire, tout candidat aux prochaines élections doit pouvoir être invité. De façon à s'appropriier les logiques rigoureuses de la promotion

de la santé au niveau communal. Une demande à laquelle le Ministre de la Santé a répondu favorablement. Reste à chaque formation politique le soin de traduire dans son programme électoral ces déclinaisons de la santé. Avec, à la clé, un échevin de la santé par commune, une commission de la santé, des logiques participatives... Pari impossible ?

André du Bus
Député bruxellois
Président du groupe cdH au PFB

1 Lacombe Real, in " Univers des Villes ", Milieux de vie, Milieux de santé, 7^{ème} Colloque francophone des Villes-Santé de l'OMS et des Villes et Villages en Santé, mars 2004.

Personnes handicapées de grande dépendance cherchent hébergement... désespérément

Depuis le mois d'octobre, chaque premier vendredi du mois, qu'il pleuve ou qu'il vente, les parents de personnes handicapées de grande dépendance vivant en région bruxelloise, accompagnés des assistants sociaux des institutions et des associations concernées, manifestent devant les Cabinets ministériels pour dire leur désarroi face au manque de places d'accueil et d'hébergement. En effet, les familles rencontrent actuellement d'énormes difficultés pour trouver des lieux d'hébergement adaptés pour leur enfant. Les structures d'accueil font cruellement défaut : les places subsidiées sont à l'heure actuelle toutes occupées, et les listes d'attentes extrêmement longues. La conséquence de ce déséquilibre entre l'offre et la demande et du manque de personnel encadrant ? L'inscription des cas les plus difficiles est trop souvent refusée et l'exclusion en cours de séjour de personnes lourdement handicapées plonge les familles dans une profonde détresse. Les parents, parfois une maman ou un papa isolé, sont contraints de reprendre et de garder

chez eux, 24 heures sur 24, leur enfant, adulte parfois violent ou physiquement fort handicapé.

Les raisons principales de cette situation sont les progrès de la médecine et des techniques de réanimation qui permettent le vieillissement et le maintien en vie, mais avec parfois des lésions psychomotrices irréversibles, le sous-financement de la COCOF et le manque de dialogue, de projets communs entre la Région wallonne et Bruxelles pour tous les francophones.

Le manque de structures d'accueil adéquates est extrêmement dommageable pour les jeunes adultes. Les enfants de grande dépendance qui ont pu, dès leur plus jeune âge, bénéficier d'un encadrement et d'un suivi pédagogique adapté, parviennent souvent à progresser. Pourtant, l'âge adulte atteint, ces personnes doivent faire face à un vide, à un manque de soutien et de suivi susceptible de réduire à néant tous les efforts et les investissements qui ont été fournis tout au long de son enfance par l'enfant lui-même, ses parents et le personnel qui l'a encadré.

Fort sensibilisées à ce problème, Caroline Persoons et Nathalie Gilson, députées bruxelloises MR, ont déposé au Parlement francophone bruxellois une proposition de résolution au sujet de ce manque de places. Pour remédier à ce problème, la proposition pointe plusieurs pistes : une concertation entre la Région wallonne et la COCOF, la création d'une cellule de crise au sein de l'administration, la mise en place du Budget d'Assistance personnalisée, le développement de logements supervisés, un subventionnement des places encore disponibles... Les solutions ne manquent donc pas, mais encore faut-il qu'il y ait une volonté politique pour les soutenir.

Pour obtenir le texte ou pour tout autre contact :

Caroline Persoons
Présidente du groupe MR
au Parlement francophone
tél. 02.549.66.24
Caroline.persoons@skynet.be

Annonces

► Best-seller réédité !

Deuxième réédition du premier numéro spécial de Bruxelles Santé (1997) qui, à nouveau épuisé, nous était toujours demandé bien qu'il fût téléchargeable sur le site www.questionsante.org. Rappelons que ce petit guide propose un "digest" (10 pages) du concept de promotion de la santé, qu'il met également en rapport avec la prévention et l'éducation pour la santé. Ainsi qu'un guide méthodologique en trois étapes – de la plus élémentaire à la plus complète – pour construire un projet de promotion de la santé, et ce à partir de trois exemples réels empruntés au "terrain".



Disponible sur demande au secrétariat de Question Santé, 72 rue du Viaduc, 1050 Bruxelles, en indiquant vos nom et adresse et en joignant trois timbres Prior à 0,52 €.

► Epilepsie : conférences et rencontres

La Ligue francophone belge contre l'épilepsie organise un cycle de conférences-débats à Bruxelles, Charleroi, Liège et Namur (programme complet sur www.ligueepilepsie.be).

A Bruxelles, le **jeudi 18 mai, à 20h00** : "L'épilepsie au quotidien", par Claire GILLIS, assistante sociale.

Il est également possible de participer à des cycles de rencontres pour parents, adultes, jeunes.

Renseignements et inscriptions à la LFBE, 135 avenue Albert, 1190 Bruxelles, 02 344 32 63 (mardis et jeudis après-midi), epilepsie.lfbe@skynet.be

► De Blanche Neige à Lara Croft

Colloque international, Liège, 27 et 28 avril

Le sous-titre du colloque est explicite : "Quand la sexualité des jeunes en difficulté bouscule les professionnels". Ceux-ci manquent de repères pour appréhender de nouveaux phénomènes tels que l'accès illimité à la pornographie via Internet ou la cybersexualité... De nombreuses questions se posent. Qu'est-ce qui fait partie du développement sexuel normal ?

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

Quelle réaction les adultes doivent-ils avoir ? Comment respecter l'intimité du jeune tout en restant attentif à ce qui pourrait le mettre en danger ou mettre en danger les autres ?... Une autre série de questions porte sur les abus sexuels. Les adolescents et adolescentes qui ont été victimes peuvent être amenés à développer des conduites sexuelles allant de l'abstinence à l'hypersexualisation. Qu'est-ce qui a été altéré en eux et qu'est-ce qui peut être reconstruit ? Enfin, quel regard doit-on porter sur les adolescents qui ont commis des abus sexuels ?...

JEUDI 27 AVRIL

09h30 : Ouverture

09h45 : Jean-Yves HAYEZ, "Sexualité normale et préoccupante chez l'enfant avant l'adolescence"

11h00 : Pause

11h30 : Bruno HUMBEECK, "Apprentissage implicite de la sexualité chez l'adolescent en famille. Apprentissage illicite de la sexualité en institution"

12h30 : Déjeuner

14h00 : Samira BOURHABA, "Dans abus sexuel, il y a ..."

15h00 : Jean-Yves FRAPPIER, "L'intervention au bénéfice des adolescents agressés sexuellement par des tiers"

16h15 : Laurent ARMAND, "Vivre avec le VIH pendant l'adolescence"

17h15 : Fin

VENDREDI 28 AVRIL

09h30 : Carole STEVENS et Bérengère DE KETELE, "L'expérience d'un planning familial pour jeunes"

10h30 : Pause

10h45 : Véronique SION et Stéphanie BLONDEAU, "Quand la sexualité des ados dérape... une prise en charge spécifique"

12h15 : Déjeuner

13h45 : Xavier POMMEREAU, "Violences et conduites sexuelles à risque"

15h30 : David LE BRETON, "L'entrée dans la sexualité à l'adolescence : Internet et la pornographie"

17h00 : Fin

Secrétariat de rédaction :
Alain Cherbonnier
Anoucha Lualaba

Comité de rédaction :
Dr Robert Bontemps
Alain Cherbonnier
Myriam De Spiegelaere
Thierry Lahaye
Dr Roger Lonfils
Anoucha Lualaba
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 : question.sante@skynet.be
<http://www.questionsante.org>



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