

BRUXELLES SANTÉ

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°40 - octobre - novembre - décembre 2005 - ISSN 1371 - 2519

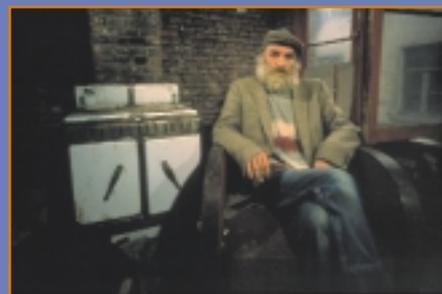


N°40

Sans-abri, SDF:

l'errance aujourd'hui

1ère partie



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

BUREAU DE DÉPÔT :
BRUXELLES X

En direct de...

Le quartier de la Gare du Midi
(1ère partie)pages 2 à 5

Bouquins malinspages 6 et 7

Dossier

Sans-abri, SDF...
l'errance aujourd'huipages 8 à 15

Hors rubrique

Evaluation et réseauxpages 16 et 17

Initiative

Le film, outil d'animationpages 18 et 19

L'écho du CLPS

Créer c'est bon pour la santé ? C'est bon, bon...?
Participons. Les conférences locales du CLPS de
Bruxellespages 20 et 21

Bruxelles Ville Santé

Belfast, Bruxelles, Lyon, Milan : «Voisins
d'Europe»page 22

Elargissons le débatpage 23

Annoncespage 24

Le quartier de la Gare du Midi

Pour ceux qui connaissent bien Bruxelles, l'évocation du quartier de la Gare du Midi est loin de refléter le paysage voulu et imaginé par les autorités bruxelloises. Dans la «Carte blanche» du journal *Le Soir* du 6 juillet dernier, sept spécialistes de la ville rappelaient que, dans la perspective de l'arrivée du TGV, d'importants travaux de transformations de la gare et de ses environs avaient été entamés depuis plus de quinze ans. Si, au niveau de la gare, les avancées sont indéniables, on peut difficilement en dire autant de ses environs immédiats. En effet, le quartier souffre depuis 20 ans de différents traumatismes spéculatifs et urbanistiques. Et cela au détriment des habitants, déjà largement précarisés comme c'est le cas dans le bas de la commune de Saint-Gilles. Ces problèmes n'empêchent nullement les associations du quartier d'être dynamiques et de se battre jour après jour pour tenter d'améliorer l'ordinaire des personnes qui y vivent. Nous avons été à la rencontre de deux d'entre elles : le Centre médical Galilée et l'ASBL Hispano-Belga.

Créée en 1964, Hispano-Belga est la plus ancienne des trois. Et le nom de l'association rappelle combien cette partie de la commune saint-gilloise est multiculturelle par nature, marquée par les communautés juive, espagnole, grecque et portugaise, maghrébine, puis polonaise. De fait, la population a depuis fort longtemps été majoritairement constituée de migrants, souvent en situation de grande précarité. Des conditions de vie difficiles que l'association Hispano-Belga ne connaît que trop bien, puisque cela fait plusieurs décennies que ses différentes activités ont pour but de favoriser au mieux l'intégration de ces personnes, tout en mettant l'accent sur leur collaboration avec les citoyens belges.

Tout commence avec les Espagnols qui se sont installés pour partie à proximité de la Gare du Midi. À l'initiative de deux religieuses espagnoles, l'association voit le jour afin d'aider les nouveaux arrivants à s'insérer dans leur pays d'adoption. Les Espagnols s'intègrent, émigrent vers

d'autres communes et régions, laissant la place à d'autres arrivants. Aujourd'hui, explique Yvan Salazar, assistant social à Hispano-Belga, ce sont les Brésiliens, les Equatoriens, les Maghrébins et les Européens de l'Est qui fréquentent l'association. Si 60 % du public sont latino-américains, l'association travaille pour tous les migrants, essentiellement pour les primo-arrivants quelle que soit leur origine. Des Espagnols, il en vient désormais très peu. Seules quelques dames âgées (fondatrices) viennent encore pour s'y rencontrer ou participer à l'une ou l'autre des activités.

Les conditions matérielles difficiles dans lesquelles vivent de nombreuses familles du quartier de la Gare du Midi entraînent souvent des conséquences au niveau de la santé, accentuant par là une situation déjà précaire. Cependant, plusieurs mères de familles ou grands-mères conscientes de ces problèmes et désirant en savoir plus sur la prévention se sont adressées à l'association de la chaussée de Forest. C'est ainsi que Hispano-Belga a démarré en octobre dernier un cycle de conférences sur la santé et le bien-être. Chaque semaine, durant un après-midi, ces femmes viennent participer aux échanges animés par un professionnel de la santé. Lors de ce dernier trimestre 2005, l'accent a surtout été mis sur les problèmes de communication. Les premières conférences ont porté sur les situations conflictuelles chez l'adulte (santé mentale), les difficultés de communication entre les parents et les enfants et les problèmes intergénérationnels, mais aussi sur les moyens d'améliorer cette communication. D'autres sujets ont été abordés puisqu'un médecin est venu parler des infections et des vaccins et une kinésithérapeute de la colonne vertébrale et des moyens de rester en bonne santé.

Voilà pour la prévention, mais la santé mentale n'est pas oubliée. Un suivi psychothérapeutique sur rendez-vous est proposé à quiconque souhaite parler de ses difficultés, de ses malaises, des conflits familiaux ou des souffrances liées à la migration.

Au service des migrants

Véritable maison de quartier, l'association a adapté ses activités aux besoins de son public : des personnes

qui vivent en général dans le voisinage, mais aussi dans d'autres communes bruxelloises. Ainsi, Hispano-Belga s'est mise au service des jeunes en ouvrant une école des devoirs et en leur proposant des activités extrascolaires durant les mercredis après-midi et les vacances de carnaval, de Pâques, de l'été et de la Toussaint. L'association ouvre ses portes durant ces périodes aux adolescents de 11 à 16 ans qui désirent faire des stages photo. Chaque stage est placé sous un thème bien précis, mais l'objectif est toujours d'éveiller la créativité et la liberté d'expression de chacun. Une exposition accessible à tous vient généralement clôturer la fin du stage. Une activité qui, selon Yvan Salazar, rencontre un vif succès auprès des jeunes : *«Une partie de la formation a lieu dans nos locaux, où nous disposons d'un labo photo, et une autre se déroule à l'extérieur pour permettre aux jeunes d'aller prendre des photos. Ce qui est intéressant, c'est qu'ils jeunes découvrent la ville autrement et apprennent à se rencontrer, à vivre ensemble.»*

Dans le cadre de l'éducation permanente, l'association organise également des cours de français langue étrangère et des cours d'alphabétisation destinés aux adultes. *«Nous avons huit classes et organisons quotidiennement des cours pour deux d'entre elles : une pour les débutants et une autre pour ceux qui sont à un niveau intermédiaire. Une fois par mois, nous leur proposons un cours sur la citoyenneté. Il est important pour eux de comprendre les rouages du fonctionnement de la société belge dont ils feront un jour pleinement partie. Nous leur expliquons également le système social belge qu'ils peuvent être conduits à fréquenter dans leur parcours.»* Et justement, les besoins dans ce domaine sont énormes et ont poussé l'équipe de l'association à mettre sur pied un service social dont les missions peuvent sommairement se résumer à l'accueil et à l'orientation même si elles sont beaucoup plus étendues : *«Nous avons un public constitué fondamentalement de primo-arrivants. Souvent, ce sont des personnes qui ne maîtrisent pas le français et qui sont dans des situations d'exclusion, émargent aux CPAS ou sont tout simplement des familles pauvres du quartier. Elles ont besoin d'un accompagnement pour assurer la traduction dans leurs différentes démarches administratives, pour être orientées vers les bons services ou administrations. Nous les guidons dans les démarches juridiques ou auprès des médecins, des hôpitaux, etc.»*

Les sans-papiers, qui constituent aussi une partie du public de l'ASBL, viennent souvent solliciter son concours pour l'aide médicale urgente. *«Comme ces personnes sont en situation précaire, elles n'appliquent généralement pas de mesures de prévention : c'est toujours quand elles sont malades qu'elles s'adressent dans l'urgence à une maison de santé ou se rendent à l'hôpital parce qu'elles n'ont pas d'autre possibilité. Elles viennent alors nous voir pour que nous exercions un rôle de médiation auprès du CPAS ou de l'hôpital»*, déplore Yvan Salazar. C'est pour éviter de telles situations d'urgence que l'équipe de la Maison médicale Galilée, située non loin de là, mène depuis plusieurs années deux projets de santé communautaire.

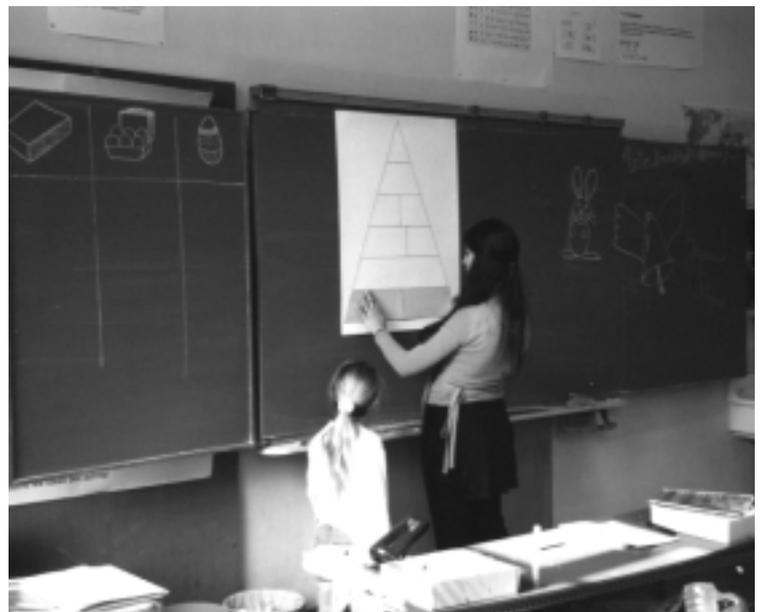
Un réel problème de santé dentaire

Un programme de prévention de la carie dentaire a été lancé en 1994 à l'initiative d'un instituteur qui s'inquiétait du mauvais état des dents de ses élèves. Voulant montrer à ces derniers comment se déroulait une visite chez le dentiste, l'enseignant a pris contact avec le Dr Hafida Bakioui, généraliste à la maison médicale, qui a immédiatement été séduite par le projet. Entre-temps, l'instituteur, devenu directeur de l'école n° 4 à la place de Bethléem, a décidé d'intégrer tout son établissement dans ce projet de prévention ; et le Dr Bakioui s'est entourée de trois autres professionnelles pour mener à bien ce travail, qui s'est étendu à l'école Sainte-Marie du Parvis de Saint-Gilles et à l'école Victor Horta. En pratique, en quoi consiste le projet ?

Edwige Godeau, assistante sociale : *«A chaque rentrée scolaire, nous recevons des classes de la première à la sixième primaire (et, depuis peu, des classes de maternelle) avec lesquelles nous faisons une petite animation d'une demi-heure. Au cours de celle-ci, nous leur expliquons ce qu'est la dent, comment il faut se soigner, se brosser les dents, et nous leur demandons comment eux vivent la santé dentaire, etc.»*. Plutôt que d'apporter une information toute faite, de leur imposer des choses de l'extérieur, précise Nicole Baillet, psychologue, il faut essayer de partir de leur vécu. Imane Chahib, diététicienne, leur explique comment fonctionne la carie : *«Nous leur disons qu'il y a toujours du sucre dans la nourriture et que des petites bactéries vivent dans la bouche (en général, ils se les*

représentent sous forme de microbes). Sucre et bactéries deviennent copains et forment des caries. À ce moment-là, cela fait très mal.» Les informations, souligne l'équipe, sont très basiques et adaptées en fonction de l'âge des élèves. Le but poursuivi est de les rassurer par rapport à la visite chez le dentiste, de dédramatiser celle-ci, qui fait toujours peur aux enfants.

L'objectif essentiel consiste à effectuer un dépistage chez le dentiste. *«Il y a beaucoup d'enfants qui n'ont jamais été chez le dentiste. Nous insistons sur le fait qu'il est important de soigner les caries. Pour cela, nous nous servons de l'image d'un fruit qui commence à pourrir et qui va de ce fait contaminer les autres fruits. Les enfants n'en ont pas conscience et cela leur ouvre un peu les yeux sur l'importance d'une bonne hygiène dentaire»*, poursuit Imane Chahib. Car le problème est sérieux. Edwige Godeau : *«On trouve en moyenne 5 ou 6 caries, mais il n'est pas rare d'en voir 10 ou 12 dans une petite bouche de 6 ou 8 ans ! Dans cette partie de Saint-Gilles, beaucoup de personnes sont des primo-arrivants qui ne sont pas en ordre de mutuelle, sont un peu à l'écart du système administratif, travaillent au noir, n'ont pas de statut social. Dans ce contexte, la priorité des parents n'est pas d'aller préventivement chez le dentiste : c'est de se loger, d'avoir de quoi manger. Comme les enfants sont fortement atteints au niveau des dents, nous essayons, en fonction de leur âge, de leur expliquer qu'il est possible d'avoir des réquisitoires au CPAS pour soigner les dents. Mais certains parents ont peur d'aller vers ces institutions parce qu'ils sont réfugiés, sans papiers, et ont peur d'être dénoncés.*



Nous expliquons cela également aux enseignants qui accompagnent les élèves pour qu'ils fassent le relais auprès des parents, pour au moins rassurer ceux-ci : il est important de soigner les dents, et cela peut se faire gratuitement !

À la suite de cette visite, une fiche est établie et sera reprise lors d'une seconde visite : «six mois plus tard, nous vérifions s'ils en ont parlé à leurs parents et si ceux-ci ont procédé aux soins requis». Malheureusement, les statistiques établies en la matière sont souvent peu encourageantes, comme l'indique Nicole Baillet : «Quand nous voyons que les enfants ont en moyenne davantage de caries lors de la seconde visite, nous nous demandons ce qu'il y a lieu de faire. Nous trouvons important de faire un dépistage mais nous avons parfois l'impression que ce n'est pas grand-chose.» D'où l'idée de réunir les parents, «mais c'est vraiment très dur. C'est le parcours du combattant. Nous continuons bien que les parents ne réagissent pas toujours. Les enfants, eux, sont toujours contents de venir. De bonnes relations se sont établies entre eux et nous. C'est quelque chose de positif.» Cependant, le faible taux de participation des parents à de tels projets représente un réel souci pour les membres de l'équipe. Pour de Dr Bakioui, c'est la difficulté majeure : «C'est vrai pour tous les projets, mais je pense que, dans les familles défavorisées, c'est encore plus difficile de faire intervenir les parents : ils ont déjà tellement de gros problèmes à gérer qu'ils ont beaucoup de mal à s'investir dans l'école en général et dans un programme de santé dentaire en particulier. Si l'enfant ne pleure pas, cela veut dire qu'il n'a pas mal. Cela ne devient un problème que s'il souffre.»

Prévenir l'obésité

L'alimentation pose également de grosses difficultés. «De plus en plus d'enfants sont gros parce qu'ils mangent mal», souligne le médecin. Ce constat explique que l'équipe ait démarré en 2004 un programme de prévention au niveau de l'alimentation. «Le projet a démarré parallèlement au sein d'une école de Molenbeek et à l'école n° 4 de Saint-Gilles. Dans chacune de ces écoles, nous avons choisi deux classes pilotes (une troisième maternelle et une troisième primaire) et, dans chacune d'elles, nous avons fait deux animations. Dans la première, nous leur avons remis un questionnaire, que nous avons rempli avec eux ; nous voyions ensemble quelles étaient leurs manières de s'alimenter, ce qu'ils aimaient ou n'aimaient

pas manger. Dans la seconde animation, nous leur donnions des informations», raconte Nicole Baillet.

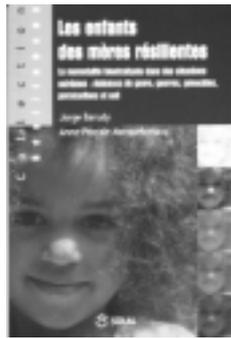
À Molenbeek, l'équipe a même organisé deux rencontres enrichissantes avec les mamans, qui sont au cœur d'une nouvelle réflexion, comme l'indique Hafida Bakioui : «Cela nous a incitées à réorienter le projet car la plupart des mamans venues à ces réunions avaient des représentations vraiment paradoxales : un tajine avec des légumes était perçu comme un repas lourd, qui a tendance à faire grossir, alors qu'un steak-frites était un plat "léger" ! Elles ne comprenaient pas très bien pourquoi leurs enfants avaient des problèmes de poids. Nous avons aussi pu remarquer que les repas étaient déstructurés : les enfants prenaient par exemple un repas chaud à 16 h, en rentrant de l'école. Ensuite, avant d'aller se coucher, ils allaient regarder la télévision en mangeant des chips, des biscuits, en buvant des sodas ! Et les distributeurs de confiseries et de boissons sucrées présents au sein des écoles ne contribuent pas à résoudre le problème. Bref, un travail de longue haleine reste à faire. Mais nous avons bien pris note que les mamans désiraient réellement avoir des informations, elles voulaient savoir quoi faire. Voilà pourquoi nous pensons réorienter notre projet vers elles. Il faut réaliser des actions de proximité : les programmes nationaux de prévention conviennent parfaitement pour donner les grandes orientations, mais un travail en petits groupes de gens qui se connaissent et qui développent ensemble des projets est nécessaire.»

Malheureusement, si les besoins sont importants, l'équipe du Dr Bakioui dispose de moyens limités – notamment en temps salarié – pour mener à bien l'entreprise. Il a fallu définir des priorités. Cette année, l'équipe s'est donc essentiellement attachée à la prévention dans le domaine alimentaire au sein de l'école n° 4.

Centre médical Galilée
Rue Emile Féron, 27
Tél. : 02 539 29 58
Fax : 02 539 27 78
maisonmedicalegalilee@skynet.be

Hispano-Belga
Chaussée de Forest, 244
Tél. : 02 539 19 39
hispano-belga@skynet.be

Les enfants des mères résilientes
Jorge Barudy
et Anne-Pascale Marquebreucq
Marseille, Solal Editeurs, 2005



Le Dr Barudy est l'un des fondateurs (à Bruxelles, en 1976) et le directeur du centre Exil, centre médico-psychosocial pour exilés et victimes de la torture; il a lui-même été victime de la dictature militaire chilienne. Mme Marquebreucq, psychologue, est psychothérapeute au centre Exil. Les auteurs affirment d'emblée *«appartenir à la communauté de penseurs et de scientifiques qui soutiennent et donnent des arguments pour affirmer que la caractéristique de l'animal humain n'est pas la violence mais l'altruisme et l'amour»*. Une conviction forte qu'ils étayent dans le premier chapitre et qui fonde leur pari sur la capacité des parents – et particulièrement des mères – de maintenir la «bientraitance» de leurs enfants dans des contextes d'une extrême brutalité tels que violence conjugale, violence d'Etat (persécutions, tortures, viols, meurtres, disparitions), exil (déracinement et perte de repères affectifs, sociaux, culturels). Dans ces contextes de solitude, de stress intense, d'agression physique et environnementale, il est d'autant plus important que les professionnels du soin dont la responsabilité est d'aider ces familles ne s'engagent pas à leur insu dans un processus de maltraitance, fût-ce passivement.

Ici on ne se gargarise pas du terme «promotion de la santé», on le met en œuvre en (s')appuyant (sur) les compétences parentales : capacité d'attachement, empathie et intelligence émotionnelle, croyances et modèles de soins transmis culturellement, capacité d'utiliser les ressources communautaires et de s'adapter à l'évolution de l'enfant et des besoins de celui-ci. Il est impossible de résumer cet ouvrage, et nous ne tenterons pas de le faire. Mais, fidèle aux conseils de Daniel Pennac, qui ne sont pas valables que pour le roman, nous vous proposons un parcours «pas sage» : faites l'impasse sur les 18 pages de présentation, avant-propos et remerciements, arrêtez-vous pour lire l'introduction puis allez directement aux pages 54 à 67 : «rencontre avec une famille survivante» (vous pourrez revenir ensuite sur les aspects plus théoriques). Ces douze pages vous plongeront directement dans la réalité vécue par une de ces familles et dans le type d'intervention que construit autour de celle-ci l'équipe d'Exil, avec pour objectif de *«contrecarrer l'isolement social en créant de nouvelles formes*

d'appartenance fondées sur la solidarité et l'espoir». Des partenariats avec des services sociaux, des écoles, etc., y contribuent notablement.

D'autres «analyses de cas» émaillent le livre et sont accessibles à tout lecteur qui n'est ni «psy» ni confronté à ce type de situations, notamment parce que le jargon est évité autant que possible. Le dernier chapitre expose le modèle d'intervention proposé pour soutenir la bientraitance des familles en exil, et une postface de Boris Cyrulnik (qui d'autre ?) montre les apports du travail d'Exil à la notion de résilience.

**Penser autrement
la pratique infirmière
Pour une créativité éthique**
Armelle de Bouvet
et Monique Sauvaige (dir.)
Bruxelles, De Boeck Université,
2005



Le questionnement éthique dans les soins de santé n'est pas neuf, mais le développement accéléré du secteur des soins qui est allé de pair avec l'évolution technique, scientifique et sociologique de nos sociétés amène les auteurs à le reprendre, ou plutôt à le prendre sous un autre angle. Ils partent en effet de la souffrance exprimée par les soignants, qui souvent aboutit soit à la poursuite du travail infirmier, malgré les coûts personnels, familiaux et professionnels que cela implique, soit – de plus en plus – à l'abandon du métier : comment expliquer autrement la pénurie de soignants ?...

L'ouvrage trouve sa source dans les travaux du Centre d'Éthique médicale de l'Université catholique de Lille; il part de la parole des soignants, se donne clairement des objectifs d'action (et non de recherche académique), il cherche à résoudre des problèmes professionnels et à contribuer au bien-être des soignants. Un constat le parcourt tout du long : l'écart entre, d'une part, l'idéal infirmier et le désir de prendre soin du patient et, d'autre part, les conditions d'exercice de la profession. A la dureté de ce décalage s'ajoute la non reconnaissance de celui-ci, tant par les administratifs que par les médecins ou l'équipe soignante et, au bout du compte, par la société en général : *«Le malaise, dit une infirmière, vient aussi d'une distance culturelle entre nous et la société. Il n'est pas facile, par le contact que nous avons journalièrement avec la vie et la mort, de rappeler la précarité et la*

fragilité humaines à une société hédoniste qui joue de plus en plus la carte de la jouvence éternelle.»

Cela démarre avec six «photographies du malaise infirmier», portant sur l'identité professionnelle et l'idéal éthique infirmier; la relation avec le patient; les relations avec l'équipe soignante et les médecins; les structures (moyens disponibles, exigences administratives, de rentabilité et de qualité tout à la fois, orientation prioritaire du système de santé); les changements auxquels doit faire face la profession infirmière; et le temps : le temps qui manque et, paradoxalement, le temps qui «bouffe» les soignants. Le chapitre 2 est consacré à des situations de soin concrétisant ces diverses dimensions. Chaque situation est racontée par un témoin et/ou acteur, commentée par une infirmière selon une grille d'analyse choisie par celle-ci, puis traduite en termes de questionnement éthique.

Dans un troisième temps, les auteurs procèdent à une analyse critique des discours philosophiques contemporains sur le soin de santé. Philosophiques voire idéologiques car privilégiant tantôt l'aspect relationnel du travail infirmier, tantôt les savoirs cliniques, tantôt le contexte socio-institutionnel, sans prendre en compte *«la complexité de la situation de soin telle qu'elle est occupée concrètement par les infirmières»*. De cette analyse découle une réflexion théorique – mais toujours branchée sur la pratique – que l'on ne pourrait résumer sans l'appauvrir. Disons simplement qu'il s'agit d'articuler trois aspects de la situation de soin : technique, relationnel, organisationnel ; trois «temporalités» : celle du soin, celle du patient, celle de l'institution ; et de les intégrer dans un contexte professionnel (les soins de santé), institutionnel (l'hôpital) et sociétal (l'évolution de la société occidentale depuis une soixantaine d'années). Bref, il s'agit d'une vision *«systémique»* de «l'art infirmier», afin de permettre à l'infirmière de construire son identité professionnelle : ni avatar de la religieuse, ni pure auxiliaire du médecin, ni pure technicienne du soin.

Se réfugier en Belgique
Laurent Marquis et Céline Rémy
Cahiers Migrations n° 34,
Academia-Bruylant, LLN, 2005

Comme son titre l'indique, l'ouvrage s'intéresse à ce qui se déroule derrière les murs des centres d'accueil pour demandeurs d'asile.



Qui sont ces derniers ? Pourquoi quittent-ils leur pays et comment en arrivent-ils un jour à frapper aux portes de la Belgique pour demander l'asile (politique) ? Et surtout comment la Belgique les reçoit-elle, elle qui a signé en 1951 la Convention de Genève, s'engageant par là à les accueillir ? Pour répondre à ces questions, les auteurs ont mené une étude minutieuse auprès des demandeurs d'asile – désignés communément sous le terme de réfugiés – et des travailleurs de différents centres d'accueil. Le premier chapitre du livre se penche ainsi sur le trajet d'exil de ces personnes en mettant en exergue les moyens humains et financiers mobilisés pour entamer le voyage de l'exil et les circonstances du départ jusqu'à l'arrivée en Belgique. Et cela au travers des récits de quelques-uns de ces réfugiés qui, dans cette étude, viennent en grande partie de l'Afrique Noire.

Le deuxième chapitre aborde le fonctionnement institutionnel au travers de deux centres ouverts (Rendeux, Bovigny) et d'un centre fermé (Vottem). La distinction est importante car elle conditionne le mode de fonctionnement : les premiers recueillent les demandeurs d'asile qui ont introduit une demande à leur arrivée sur le territoire, alors que le second incarcère les illégaux. L. Marquis et C. Rémy montrent comment ces institutions se sont organisées pour assurer les besoins biologiques (alimentation, logement, habillement) et les besoins caractéristiques de la situation (assistance médicale, assistance sociale et éducative) de ces personnes. Et si, comme dans toute institution, il existe des règles, des contraintes qui sont plus ou moins acceptées par les uns et les autres, elles ne font jamais oublier que ces lieux sont particuliers, différents du monde extérieur.

Dans le dernier chapitre, les auteurs étudient la manière dont les demandeurs d'asile placés dans ces centres vivent l'attente d'une décision concernant leur avenir en Belgique. Comment occupent-ils leur temps ? Se projettent-ils dans l'avenir ? Les inquiétudes qu'ils entretiennent par rapport à la réponse qui sera donnée à leur demande d'asile viennent renforcer tant la nostalgie de la vie menée au pays que le traumatisme découlant des conditions qui ont suscité leur départ. Ce livre permet d'en savoir un peu plus sur le parcours de ces personnes dont les médias parlent finalement si peu, de mieux comprendre à quoi ressemble leur vie dans les centres d'accueil belges. Et peut-être de se défaire de certaines idées reçues.

Sans-abri, SDF : l'errance aujourd'hui (1ère partie)



© Photo : Véronique Vercheval/Question Santé

En 1995, rappelle Bernard Franca dans un rapport de recherche auquel nous ferons plusieurs emprunts¹, le quotidien Le Soir titrait que Bruxelles, capitale de l'Europe, était « honteuse de ses pauvres ». Ce qui énonce d'emblée le premier socle sur lequel se construit le phénomène de l'errance : la pauvreté. Et indique un ressort collectif : la honte. Non seulement celle que peuvent vivre au quotidien les personnes sans abri mais celle que suscite leur simple présence dans l'espace public auprès des « passants honnêtes »². Le SDF nous renvoie une image peu flatteuse de notre société et de nous-mêmes : « Dans un pays si riche, comment est-ce possible ?... » Et il éveille l'angoisse quand nous lisons ou entendons dire

que l'un d'eux était auparavant cadre dans une entreprise : « Et si c'était moi ? »...

Mais pourquoi parler d'errance et ne pas recourir au terme de SDF ou à celui de sans-abri ? Essentiellement pour ne pas focaliser l'attention sur les individus. Car, même si c'est toujours un parcours individuel (fait de manques fondamentaux, de violence, d'échecs répétés, de ruptures) qui conditionne l'errance, il s'agit aussi – on ne peut plus se le cacher – d'une problématique collective, d'une « question de société » liée à des conditions structurelles d'ordre politique, économique et institutionnel. La seconde raison est plus anecdotique : ce choix permet d'éviter le terme de « sans-abrisme », que non seulement le dictionnaire de l'ordinateur souligne en rouge mais qui s'inscrit dans la litanie de néologismes fatigants que l'époque fabrique en continu. Notons enfin que certains auteurs – notamment Danielle Laberge et Shirley Roy³ – parlent aussi d'itinérance, que le dictionnaire refuse également,

ou de précarité résidentielle, expression qui pointe à l'excès, pensons-nous, le lieu de résidence (or on verra que le problème est beaucoup plus complexe).

L'errance humaine existe certes depuis toujours, à commencer par les sociétés de pasteurs et chasseurs nomades. Mais il s'agit alors du mode de vie même de la collectivité, qui permet à celle-ci de survivre. Dès le Moyen âge (laissons de côté l'Antiquité) l'errance prend deux visages différents. Laberge et Roy, citant P. Robert, soulignent qu'il faut bien distinguer les migrations saisonnières, liées à la recherche d'un travail et fortement encadrées par la culture villageoise, et les déracinements dus à la famine, la guerre ou la pauvreté, qui jettent sur les routes et dans les faubourgs des villes des personnes sans plus d'attache communautaire, réduites à la misère, à la mendicité, à la délinquance. La figure du vagabond parcourt toute l'époque moderne (la littérature en fait foi, des personnages de Dickens au Jean Valjean de Victor Hugo), elle recoupe celle du voleur, du coupe-jarret, de l'émeutier. Le vagabondage est criminalisé et les vagabonds sont rejetés voire pourchassés, jetés en prison ou enfermés à l'asile, et parfois frappés de lourdes sanctions pénales.

L'errance des «gens sans aveu» et «demeurant partout» est donc à l'époque éminemment suspecte et la société du temps identifie marginalité et criminalité. Si toutefois dans une ville les mendiants ne constituent pas plus de 3 ou 4 p. 100 du nombre des habitants, l'inquiétude ne sera pas grande. Mais s'ils franchissent le seuil de 10 p. 100, alors la population s'alarme et risque de verser dans des gestes de panique. Or, dans l'Europe des XVIe-XVIIIe siècles, cette proportion a été souvent dépassée. (...) les vagabonds sont représentés comme formant une contre-société argotique avec organisation corporative, autorité monarchique au sommet et langue mystérieuse. Une contre-société ainsi décrite ne pouvait manquer d'être identifiée comme une menace pour l'ordre public.

La législation anglaise des XVe-XVIIe siècles est, plus que toute autre, révélatrice de cette peur de la

subversion par les vagabonds qui s'empara des classes dirigeantes. Le statut de 1531 prévoit qu'ils seront pourchassés, transférés aux justices de paix, fouettés jusqu'au sang puis renvoyés aux lieux de leur naissance ou dans les localités où ils ont habité durant au moins trois mois. L'acte de 1547, encore plus dur, stipule que tout homme qui reste trois jours sans travailler sera marqué au fer rouge, puis donné en servitude pour deux ans soit au dénonciateur, soit à sa commune d'origine, la fuite étant punie la première fois par l'esclavage perpétuel, et la seconde fois par la mort. (...) Dans le seul Devon, 74 vagabonds sont mis à mort en 1598. En Angleterre comme sur le continent, les autorités conjuguent dans leurs luttes contre la mendicité assistance et répression, enfermement et expulsion, et le XVIIe siècle opte de plus en plus pour les maisons de travail (et de correction) et les hôpitaux généraux. Il s'agit alors de socialiser de force des marginaux qui parfois préfèrent les galères à ces lugubres prisons.

Jean Delumeau, La Peur en Occident, Fayard, 1978, éd. de poche Pluriel, pp. 252-254.

Au XXe siècle, deux nouvelles figures apparaissent; la première se situe dans le registre du collectif : c'est le réfugié, l'apatride, victime des déplacements massifs de population qui se sont produits depuis la Première guerre mondiale; la seconde peint un destin plus individuel : c'est le clochard, qui prendra place dans l'imaginaire populaire à travers le roman (p. ex. chez Simenon), le cinéma (*Boudu sauvé des eaux*, avec Michel Simon...), la chanson (*Sous les ponts de Paris*, etc.). Dans les dernières décennies du siècle, toutefois, cette image tantôt truculente, tantôt tragique, se lézarde puis s'effondre avec l'explosion du phénomène. Notre compatriote Patrick Declerck y aura contribué par son ouvrage sans fard, *Les Naufragés*⁴, basé sur quinze années (1982-1997) de travail avec les clochards de Paris. C'est maintenant la figure du SDF qui domine et revit chaque année à l'entrée de l'hiver.

L'errance contemporaine

Mais ceux qui sont «à la rue», s'ils excitent la pitié, inspirent aussi la méfiance sinon la crainte (pas toujours injustifiée, d'ailleurs : voir le Théâtre de Toone qui a récemment pris feu suite à l'incendie involontaire d'un abri de fortune dans ses environs immédiats). La mendicité est à nouveau associée à la délinquance; on parle de 'mafias' tziganes ou roumaines; on évoque de jeunes mendiants attendus par un homme au volant d'une BMW... Au romanesque clochard succède un nouvel avatar du bohémien, du romanichel cher au XIXe et jusqu'au début du XXe siècle – qui, cette fois, n'est plus censé voler les enfants des autres mais exploiter les siens. De même, le réfugié pitoyable fait place au «sans papiers» entouré de soupçon : est-ce bien une victime de violences collectives dans son pays, ou plutôt un personnage sans scrupules attiré par la richesse et les «facilités» qu'offre l'Occident ?...

Cependant, il n'y a pas si longtemps de cela, des militants surgissent, qui contestent par l'action commune ces représentations, revendiquent le droit au logement et attaquent de front les politiques urbaines en matière d'habitat. A Bruxelles, des collectifs de personnes sans abri, manifestent ainsi, en «squattant» des bâtiments publics inoccupés (on se rappellera l'odyssée du «Château de la Solitude» à Auderghem, propriété de la Communauté française), que les pouvoirs publics eux-mêmes sont en porte-à-faux avec la loi Onkelinx de 1993, qui se proposait de mettre à disposition de la puissance publique des logements privés abandonnés ou inoccupés depuis au moins six mois.

La loi Onkelinx est liée à l'abolition de la loi de 1891 sur le vagabondage et la mendicité : la réquisition d'immeubles est conditionnée par la présence de sans-abri sur le territoire communal et à la nécessité de leur trouver un logement, toutes les autres possibilités ou ressources locales ayant été épuisées. Le sans-abri étant défini comme «la personne qui n'a pas de résidence

habitable, qui ne peut, par ses propres moyens, disposer d'une telle résidence et qui se trouve dès lors sans résidence ou dans une résidence collective où elle séjourne de manière transitoire, passagère, en attendant de pouvoir disposer d'une résidence personnelle». Sur requête motivée du président du conseil de l'aide sociale du CPAS, le bourgmestre peut, à partir de la mise en demeure du propriétaire, réquisitionner tout immeuble abandonné depuis plus de six mois afin de le mettre à la disposition de personnes sans abri, après avoir adressé un avertissement au propriétaire et moyennant dédommagement.

Cette législation a fait l'objet de plusieurs critiques :

- il est peu vraisemblable qu'un bourgmestre ait envie de «se mettre à dos» des électeurs propriétaires;
- un arrêté prévoit divers mécanismes de protection du propriétaire, qui rendent la procédure longue et incertaine sur le plan juridique;
- les obstacles ne sont pas négligeables sur le plan financier, car il ne faut pas que l'état de délabrement du bâtiment requière des travaux trop onéreux pour la commune;
- aucune sanction n'est prévue en cas de non respect de la loi;
- «on a fait valoir aussi que cette loi était inadaptée au problème à résoudre en matière d'aide sociale et surtout d'accompagnement des sans-abri et qu'elle suscitait dans le chef des élus locaux une crainte de voir arriver des " flux " de sans-abri réclamant un logement d'urgence.» (B. Francq).

Ce qui donne du poids à ces critiques, c'est qu'une seule commune belge a effectivement appliqué cette loi...

Mais l'errance n'est pas que l'absence de toit due à la pauvreté. C'est aussi la rupture puis l'absence des relations sociales, l'isolement, la «désaffiliation» (R. Castel). Pour Laberge et Roy, le phénomène ne peut être lu à travers un modèle linéaire. Ce que ces auteurs nomment itinérance se construit plutôt sur la combinaison de facteurs sociaux et individuels. Du côté de ces derniers, on trouve souvent un cumul de problèmes relationnels, des carences de l'apprentissage socio-

affectif liées à un ou plusieurs traumatismes : deuil, rupture familiale, violence conjugale, abus sexuel, maltraitance, placements répétés, désengagement parental. Mais il faut aussi prendre en compte les facteurs structurels, d'ordre social, économique et politique, en particulier la crise du logement, la réorientation des politiques sociales, l'instabilité et la rareté des emplois : *«Il faut comprendre que l'on parle d'une multiplicité de facteurs interagissants. Le processus d'appauvrissement qui s'accroît depuis les vingt dernières années, engendré par les modifications des politiques publiques et du marché de l'emploi, en dessine la toile de fond. Cette pauvreté, qui atteint une part croissante de la population, est directement responsable de la vulnérabilité et de la précarisation en regard du logement.»*

Les politiques de restriction budgétaire appliquées tant en Amérique du Nord qu'en Europe occidentale ont abouti à la suppression ou à la diminution des prestations sociales pour un nombre croissant de bénéficiaires. A la limite, la lutte contre la pauvreté peut devenir une lutte contre les pauvres, notamment par l'effet des mesures de contrôle qui distinguent les allocataires "méritants" et les "profiteurs". Entre le début des années 1980 et l'aube des années 2000, Laberge épingle trois changements importants. Tout d'abord, le phénomène de l'errance s'est accru quantitativement : ainsi, il a pratiquement doublé à Montréal (il suffit de se promener dans le centre de Bruxelles pour se convaincre que cette évolution n'est en rien typiquement québécoise). Et les grandes villes ne sont pas les seules touchées (sur ce point aussi, on peut faire le même constat en Europe). *«D'ailleurs, la frénésie manifestée par de nombreuses municipalités, tentant par divers moyens réglementaires d'expulser les personnes itinérantes de leur territoire, souligne une présence perçue comme dérangeante.»*

En 1994, le nouveau Code pénal a dépénalisé les délits de vagabondage et de mendicité. Cela n'empêche pas les maires d'édicter depuis 1996 des arrêtés anti-

mendicité qui jusqu'à 2002 interdisaient la mendicité dans les centres-villes. Bon nombre de ces arrêtés ont d'ailleurs été annulés par des tribunaux, à la demande des associations. Les juges ont en effet estimé que les municipalités n'avaient pas réussi au préalable à démontrer le trouble à l'ordre public que constituait le fait de mendier. En réaction, les municipalités ont sophistiqué leur approche et combattu la présence même des personnes à la rue. Celle de Bordeaux a interdit de se livrer à «une occupation prolongée de l'espace public en centre ville», ainsi que «le regroupement de chiens, même tenus en laisse et accompagnés de leur maître». La mairie de Grenoble a pour sa part prohibé «le stationnement manifeste d'une ou plusieurs personnes avec la réunion de plus de deux chiens même tenus en laisse». Il est clair que les citoyens ordinaires de ces villes ne risquent pas de se faire verbaliser en promenant leur animal de compagnie (...).

Nathalie Simonnot, de la Mission France de Médecins du Monde, au séminaire «Santé, Inégalités, Ruptures Sociales en Ile-de-France», 16/01/03.

Deuxième changement important : la diversification des caractéristiques des personnes sans abri s'est accélérée, notamment sur le plan de l'âge et du sexe. Quant aux jeunes, il est évident aujourd'hui que la thèse de la «fugue momentanée» ne tient que pour un petit nombre d'entre eux et que le mouvement est plus large, plus grave et plus profond qu'un syndrome adolescent. *«Bien que moins visible, le phénomène du vieillissement des personnes itinérantes est une donnée avec laquelle on devra dorénavant composer : on retrouve de plus en plus de personnes âgées dans les ressources d'hébergement. De même, la population itinérante s'est féminisée à une vitesse surprenante»*. A titre d'exemple, dans une enquête parisienne de l'INED⁵, 37% des jeunes sans domicile de 16 à 24 ans sont des filles. Celles-ci sont même fortement majoritaires dans la tranche des 16-18 ans.

Enfin, les problèmes associés au phénomène se sont aggravés. A ceux qui sont déjà bien connus – problèmes graves de santé physique ou mentale, dépendances (alcool, drogues), problèmes judiciaires – s’ajoutent les infections (VIH, hépatites, tuberculose), les poly-toxicomanies, la violence et le suicide. Dans l’enquête française déjà citée, plus d’un jeune sans domicile sur deux se plaint d’un problème de santé, principalement respiratoire, dermatologique ou psychique. Nombreux sont ceux qui restent en marge du système d’assurance maladie (à l’époque de l’enquête – 1998 – la Couverture Maladie Universelle n’est pas encore en place) alors qu’ils recourent davantage aux soins que les autres Franciliens du même âge. La proportion d’entre eux qui déclarent avoir fait une ou plusieurs tentatives de suicide est nettement plus importante que dans la population générale (ce qui est confirmé par d’autres enquêtes sur les adolescents socialement précarisés). Tous ces problèmes ne font pas que s’additionner, ils se combinent et rongent chez les personnes en errance la dynamique même de la vie.

Dans notre pratique quotidienne, nous observons une prédominance ou une aggravation de certains problèmes de santé en lien direct avec la situation de non ou mal logement. Les maladies dermatologiques sont, selon nos statistiques, les plus fréquentes, puisqu’on en trouve deux fois plus chez les SDF que chez les personnes qui bénéficient d’un logement fixe. (...) La traumatologie traitée dans nos centres est trois fois plus importante chez les personnes qui vivent à la rue que chez celles qui vivent en logement fixe. Les SDF nous consultent pour des accidents de la voie publique, des morsures d’animaux, des agressions, des chutes. Tout cela nous montre à quel point la vie dans la rue expose quotidiennement à la violence. (...) Les infections ORL et respiratoires sont aussi nettement plus fréquentes chez les SDF, puisqu’elles représentent 12 % des diagnostics, contre 8 % pour les personnes qui sont en logement fixe. (...)

La souffrance psychique est exprimée ou constatée deux fois plus souvent chez les SDF que chez les personnes qui ont un logement fixe, sachant que ces dernières

sont aussi en situation sociale précaire. (...) Les pathologies psychiatriques sont chez nous deux fois plus fréquentes chez les SDF (6 %) que chez les personnes qui ont un logement fixe (3 %). Leur fréquence est encore plus importante pour les femmes sans logement. (...) On observe extrêmement souvent des sorties prématurées de l’hôpital, sans qu’aucun lieu de convalescence n’ait jamais été trouvé ni même recherché et malgré le fait que les patients sont sans abri. Comment cicatriser dans ces conditions ? Comment se remettre des suites d’une intervention quand on dort dehors ? Comment prendre un traitement à heure fixe ? Comment refaire régulièrement un pansement ? C’est impossible quand on vit sur un trottoir ou dans un centre d’hébergement, étant entendu que les centres d’hébergement n’accueillent les personnes que pour quelques nuits.

Nathalie Simonnot, Mission France de Médecins du Monde, 2003.

L’errance n’est pas seulement l’absence de toit ou d’abri mais aussi la privation d’espace privé, avec pour corollaire une sorte de condamnation à fréquenter l’espace public sans pour autant y trouver sa place. Pour Laberge et Roy, l’accès à l’espace privé est, paradoxalement, une condition indispensable à la jouissance de l’espace public tandis que *« la présence obligée dans des espaces publics place les personnes dans des situations de transgressions diverses, transgressions toujours susceptibles d’être observées et réprimées. La dynamique de répression qui s’enclenche alors vient accroître la vulnérabilité, l’intensité de l’exclusion et les difficultés de réinsertion. »*

Espace public, espace privé

A première vue, espace privé et espace public s’opposent. Mais, à l’examen, on s’aperçoit que cette opposition est moins simple et non dépourvue de



© Photo : Marc Pierret/Question Santé

contradictions. L'espace public apparaît tantôt comme lieu de liberté, d'expression, de mobilisation, tantôt comme lieu dont l'usage exige le respect de normes et de règles sociales. L'espace privé serait le lieu de la liberté individuelle. Pourtant, *«la construction graduelle de pratiques de protection par l'Etat a consacré un mouvement concomitant d'intervention dans ce qui était conçu jusque-là comme la juridiction exclusive du privé : la protection des enfants, la protection des travailleurs, la protection des femmes supposent l'introduction de nouvelles contraintes qui s'affirment sur le plan juridique. C'est ainsi qu'espace public et espace privé apparaissent comme des espaces de liberté soumis à des contraintes et à des négociations.»*

En outre, il faut considérer les «espaces privés à usage public» qui se sont multipliés au cours du XXe siècle : grandes surfaces et centres commerciaux, stations de métro, gares et aéroports, hôpitaux, campus universitaires, bibliothèques publiques, centres sportifs et culturels... Mais, pour les personnes en errance, il existe encore une autre catégorie d'espaces : *«lieux oubliés, invisibles, difficilement accessibles et peu fréquentés ; des "non-lieux". Nous pensons ici aux couloirs de métro, gares de triage, terrains vagues des centres-villes, terrains qui bordent les ponts, les autoroutes, les voies ferrées, édifices abandonnés, bouches d'aération... Ces non-lieux, s'ils correspondent*

à certains égards à l'une ou l'autre des catégories précédentes, s'en distinguent néanmoins en raison même du fait qu'ils ne sont pas de prime abord destinés aux activités humaines. Par conséquent, ils ne font pas l'objet d'une surveillance systématique (...) : contrairement aux espaces privés, l'usage de ces non-lieux n'est pas protégé.» En occupant ces lieux, les personnes en errance échappent à la fois aux règles d'accès, aux normes d'usage, à la surveillance – et à la protection, la sécurité.

Dans le cadre d'un travail de recherche que nous avons dirigé, Françoise Bocken s'est posé la question de la visibilité des «sans domicile fixe» dans les espaces publics. On sait que cette visibilité ne va pas sans problèmes tant au niveau des passants qu'à celui des autorités publiques sur le mode de la ville «envahie» par la pauvreté. (...) L'hypothèse de travail était la suivante : les SDF mènent une vie particulière qui est censée s'organiser selon certaines structures, ils se voient obligés d'investir l'espace public ; pour ce faire ils doivent développer certaines stratégies afin de gérer au moins mal leur survie. Il s'agissait donc de repérer les épreuves que rencontrent ces derniers lorsqu'ils pénètrent et investissent l'espace public. Cet espace est défini comme «le fruit des interactions entre les individus, (...) les relations créées en public présentant un caractère tout à fait instable» même s'ils «répondent à un système structuré d'échanges et de regards, de gestion de la visibilité».

Cette gestion de la visibilité, F. Bocken va chercher à l'appréhender à partir de son expérience de passante ou de promeneuse dans la ville de Bruxelles en sillonnant pendant deux mois les rues et les différents quartiers afin de détecter les endroits les plus fréquentés par les SDF. Cette observation non-participante permet de passer en revue les lieux où les SDF s'agrègent soit dans des espaces fréquentés pour pratiquer leur travail, lieux considérés et sélectionnés comme rentables – rues commerçantes, sortie des grandes surfaces, guichets automatiques des parkings souterrains, halls de gare et de métro, sorties de cinéma et d'églises –, soit dans des espaces marqués par «la recherche de la

quiétude» : coins et recoins caractérisés par une certaine discrétion, «pseudo logis» abrités et retirés, loin des regards des passants : galeries désertées la nuit, parcs, parkings souterrains, zones de repos qui permettent de «zoner» pendant quelques heures sans être dérangé... L'appropriation de ces différents espaces est difficile pour plusieurs raisons : d'abord, de par la confrontation avec les normes véhiculées par la société, les SDF n'étant pas dérangeants «tant qu'ils adoptent un comportement qui s'accorde avec les lieux qu'ils fréquentent» ; ensuite, du fait des conditions internes propres au monde des SDF, présentant certaines rigidités qui se manifestent par rapport au respect du territoire de l'autre, que ce soit le logement ou l'espace de travail ; enfin, parce que l'appropriation de l'espace public est éphémère du fait du caractère de mobilité forcée du SDF et de la difficulté à pouvoir construire un espace personnel stable. «C'est d'ailleurs du ressort de l'utopie : le SDF doit se former un espace personnel mobile lié aux

saisons, aux fluctuations des étapes par lesquelles il est passé. Sa vie est totalement imprévisible et c'est en ce sens que les lieux qu'il investit ne le sont qu'à court terme».

Bernard Francoq, op. cit.

Plus qu'un toit : un lieu à soi

Malgré les expressions «sans abri» ou «sans domicile fixe», dans notre société les personnes totalement dépourvues de toute forme d'abri pendant une longue période sont relativement rares. Il existe en effet des abris de nature et de statut divers, accessibles pendant des périodes variables. C'est ainsi que certains auteurs ont pu parler des *unvisible homeless* pour parler de ceux qui développent des stratégies pour utiliser ces abris, ce qui les dérobe au regard des passants. Mais l'occupation de ces lieux ne leur est jamais garantie ; elle est même illicite dans un certain nombre de cas. Et elle assure rarement la protection de leur santé, de leur sécurité et de leurs maigres biens.

Un abri n'est pas un logement. Il ne permet pas de réaliser le travail d'appropriation, de «modelage» auquel on se livre, à travers la décoration, l'agencement du mobilier, etc., quand on occupe un nouvel appartement. Il ne peut jouer le rôle d'enveloppe, de peau, le rôle identitaire que revêt le logement – au sens où l'on «habite» un logement que l'on a choisi et où celui-ci nous «habille». Laberge et Roy recourent au terme de domiciliation qu'elles définissent comme «*l'accès et l'usage continu, sécuritaire, intime, exclusif et souverain d'un espace (privé) de vie privée. Cet espace constitue le lieu de référence à la fois concret et symbolique pour l'individu qui y réside et pour ceux avec qui il est en interaction.*»

De là découlent les modes de propriété et de bail, les formes d'engagement contractuel, les obligations légales liées à la jouissance d'un logement, la possibilité d'avoir une adresse, un numéro de téléphone, un compte bancaire – conditions nécessaires pour pouvoir



© Photo : Marc Pierret/Question Santé

accéder à certains services ou activités (permis de conduire, assurance maladie-invalidité, affiliation à une association...). Et surtout, «à l'intérieur de leur lieu d'habitation, les individus sont libres d'organiser leurs activités comme bon leur semble. Ils peuvent déterminer l'état de propreté ou d'ordre qu'ils souhaitent, choisir l'emplacement des objets, déterminer leur moment de sommeil, choisir leurs invités, leurs activités, les aliments qu'ils consomment...» Toutes choses interdites à la personne sans domicile. Si les lieux d'accueil institutionnalisés peuvent leur offrir une certaine protection, ils ne leur permettent ni autonomie ni intimité.

Les comportements dans l'espace public sont limités ou encadrés sur plusieurs plans :

- réglementaire (maintien de l'ordre, hygiène publique...);
- matériel (architecture et urbanisme);
- social (normes sociales concernant la fréquentation de l'espace public);
- symbolique (représentation de l'espace public comme lieu partagé par la collectivité et investi des valeurs communes).

Ces différentes normes, les SDF les transgressent parce que, contraints de passer beaucoup de temps dans les lieux publics, ils sont amenés à s'y livrer à des activités de nature et/ou de durée et/ou d'intensité choquantes voire insupportables aux yeux des autres usagers de l'espace public. «Les transgressions apparaissent alors comme des provocations ou des menaces à un certain ordre, à la paix publique, aux bonnes manières, au respect des autres... Peu importe que les transgresseurs n'aient aucune intention de contester ces valeurs, leur seule et inévitable présence constitue en elle-même une remise en cause de la cohésion du nous commun. La présence des personnes SDF apparaît ainsi comme une source de menaces, d'insécurité, de danger. Les personnes SDF constituent la figure emblématique de toutes les craintes et les échecs anticipés : plus que pauvres, sans biens, isolées, ne pouvant se cacher du regard des autres, ne pouvant prendre soin correctement de leur corps, toujours soumises au danger de l'exclusion, du renvoi, de l'arrestation, de la mort.»

Cette menace symbolique se traduit très concrètement par des mesures répressives. L'action publique vis-à-vis des SDF peut relever de quatre types de rationalité :

- la logique humanitaire, visant la prévention des dommages pour les sans-abri eux-mêmes;
- le maintien de l'ordre, qui pourra aller jusqu'à la procédure judiciaire;
- les pressions exercées par des citoyens pour que les personnes "dérangeantes" soient contrôlées voire déplacées;
- l'identification du SDF à un récidiviste du point de vue pénal, les sanctions devenant alors souvent plus rapides et plus lourdes.

Et nos auteurs d'ajouter : «Il nous semble que, dans la plupart des pays occidentaux, le déploiement des ressources se fait sur le mode de la réponse à l'urgence. (...) Cette centration de l'action autour des besoins de la survie – un lit, un repas, une douche – ne peut en aucune façon être conçue comme l'amorce d'une véritable politique de lutte à l'exclusion. Elle se situe dans les faits sur un tout autre registre, celui de l'humanité la plus élémentaire.»

Mais qu'en est-il chez nous des politiques publiques vis-à-vis des personnes sans abri ? C'est ce que nous aborderons dans la seconde partie de ce dossier.

1 Insertion sociale des sans-abri, Politique scientifique 2003.

2 Brassens, Les Amoureux des bancs publics.

3 Cf. " Pour être, il faut être quelque part : la domiciliation comme condition d'accès à l'espace public ", dans Sociologie et sociétés, vol. XXXIII.2, pp. 115-131 (non daté, sans doute 2000 ou 2001).

4 Editions Plon, collection Terre Humaine, 2001 (Pocket n° 11 846).

5 Cf. " Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire ", dans Questions d'économie de la santé n° 40, septembre 2001, Paris, CREDES éd.

Evaluation et réseaux

L'Unité APES (Appui en Promotion et Education Santé) de l'École de Santé publique de l'Université de Liège, fêtait en 2005 ses 25 ans et, à cette occasion, organisait une journée de colloque le 22 novembre dernier. Le thème en était – **quoi de plus logique, connaissant la spécialité de l'APES ? – l'évaluation. Invité à un atelier centré sur l'évaluation des projets de santé communautaire, j'ai choisi de me limiter à un des aspects des pratiques communautaires : les réseaux. Pourquoi ce choix ? Il est vrai que les réseaux ne sont pas spécifiques de l'action communautaire, mais ils n'en sont jamais absents dans leur dimension informelle (qu'il s'agisse des réseaux primaires¹ ou des réseaux interpersonnels des professionnels) et ils sont souvent présents dans une dimension plus formalisée (partenariat, convention, protocole de collaboration...) voire institutionnalisée (statut d'ASBL...). C'est en préparant cette intervention que j'ai trouvé deux articles fort intéressants dans le n° 369 de *La Santé de l'Homme* (2004), entièrement consacré aux réseaux.**

Dans «Et si l'on parlait efficacité des réseaux ?», Francis Nock, consultant en santé publique, traite des réseaux nationaux (p. ex. celui des comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé ou celui des services départementaux de la Fédération nationale de la Mutualité française). Ils présentent selon lui deux grands intérêts : leur fonction de porte-parole et de promoteurs de l'éducation pour la santé au niveau national ; et la possibilité de mettre en place à travers eux une politique coordonnée sur l'ensemble du territoire ou d'une région. Les réseaux locaux (quartier, commune...) ne peuvent évidemment prétendre à ces avantages. Par contre, dans une certaine mesure, ils présentent peut-être les mêmes limites. La plus importante, écrit l'auteur, est certainement celle de la place qui leur est accordée dans le système de santé, «ou plutôt celle de la place accordée à la prévention

dès lors qu'il ne s'agit pas de vaccination ou de dépistage, c'est-à-dire dès qu'elle sort des chemins balisés par l'épidémiologie. Les décideurs de santé doutent. Ils aimeraient bien avoir la preuve, absolue, irréfutable, en un mot scientifique, de l'efficacité de la prévention et de la promotion de la santé. Hélas, le modèle qui peut apporter ce type de preuve est conçu pour les expérimentations en laboratoire, et la vraie vie est malheureusement une grande pourvoyeuse de biais méthodologiques qui empêchent les données d'être vraiment probantes (...). La posture du doute me semble contre-productive, surtout si elle sert d'argument pour expliquer la faiblesse des crédits consacrés à la promotion de la santé. Ce qui pâtit en premier des budgets trop serrés, c'est toujours la qualité. Peu de moyens financiers, cela veut dire peu de rencontres, peu d'échanges, peu de formations, peu de temps consacré à ce qui n'est pas directement productif, et donc moins de qualité, et sans doute moins d'efficacité, et par conséquent moins de crédits...»

Dans la plupart des cas, l'éducation pour la santé vise des changements de comportement ; or il est rarement possible d'établir avec certitude qu'une amélioration observée est directement liée à tel programme éducatif, ni que celui-ci produira le même effet si on le reproduit ailleurs. Pourtant, en médecine curative, les consensus ne s'appuient pas toujours sur des preuves irréfutables de l'efficacité de telle pratique, et ils sont régulièrement remis en question. Pourquoi ne procède-t-on pas de même dans le domaine de la prévention, en construisant un consensus sur les modalités d'intervention, à la fois acceptables sur le plan éthique et susceptibles d'aider vraiment les personnes à modifier leur comportement dans l'intérêt de leur santé ? Peut-être en raison d'un problème culturel ou, si l'on préfère, théorique : en gros, dit Nock, les interventions se fondent soit sur la psychanalyse, qui s'intéresse au «pourquoi» des comportements, soit sur la psychologie sociale, qui se demande avant tout «comment faire». L'auteur plaide pour la réflexion sur les fondements théoriques des actions d'éducation pour la santé et pour la recherche d'un consensus sur les pratiques des intervenants (sans trop se faire d'illusions, semble-t-il, tant il reconnaît que recherche et terrain font rarement bon ménage). Il déplore aussi que «*le petit monde de la promotion de la santé*», au lieu de s'unir contre le désintérêt, le scepticisme voire l'hostilité qu'on lui manifeste trop souvent, s'entredéchire

par exemple dans *«la grande bataille de l'approche thématique contre l'approche transversale ou (...) d'interminables querelles sémantiques sur les noms à donner à telle ou telle approche de la prévention»*².

Dans «La difficile évaluation des réseaux de santé», Fernando Bertolotto, sociologue spécialisé en santé publique, souligne que la question de l'évaluation se pose aux promoteurs des réseaux au niveau méthodologique mais aussi au niveau institutionnel. En effet, on peut fréquemment constater, chez les acteurs de terrain, une maîtrise relativement faible des outils méthodologiques de santé publique, notamment sur le plan de l'évaluation. Plus largement, leur manque de «culture» de santé publique ne leur permet pas souvent de formuler et d'argumenter leurs projets ou leur expérience en des termes accessibles et convaincants pour les décideurs. Ces difficultés, souligne Bertolotto, *«ont des conséquences graves pour certains réseaux pourtant très intéressants et novateurs – qui peuvent, il est vrai, parfois être situés aux marges des pratiques dominantes – car elles conduisent souvent à leur disqualification au sein des instances “compétentes”. Ces dernières, faute de courage expérimental ou de volonté politique de remettre en cause l'ordre institutionnel établi, renoncent à considérer la valeur de ces expériences en les jugeant sur leur conformité organisationnelle et méthodologique à un référentiel qui n'est autre chose que le reflet du système (qui les interroge).»*

C'est bien d'un choc à la fois culturel et institutionnel qu'il s'agit, entre le modèle dominant (biomédical, épidémiologique), dont les repères sont clairs et reconnus, et des pratiques qui se réfèrent à un modèle (global, médico-psycho-social) dont les repères sont jugés flous et qui ne bénéficie pas véritablement d'une reconnaissance. Par conséquent, l'évaluation a tendance à bénéficier aux réseaux prioritairement centrés sur les soins, sur les patients et sur l'approche médicale des problèmes de santé ; et à tourner au désavantage de ceux qui sont axés sur la promotion de la santé, sur des citoyens acteurs et sur une approche *«développant des activités mal reconnues, considérées trop souvent et trop vite comme inefficaces, voire inutiles, parce que complexes et difficiles à appréhender par les instruments classiques de gestion utilisés dans le secteur»*. Il faut, ajoute l'auteur, *«prendre la mesure des effets concrets de cette situation, qui pénalise notamment les réseaux qui s'intéressent*

aux publics défavorisés, particulièrement aux questions d'accès à la prévention et aux soins, ainsi qu'à des problématiques de santé émergentes, à forte composante sociale et culturelle, qui ne sont pas toujours considérées par le système de soins».

Ne pas soutenir de tels réseaux signifie faire disparaître des espaces où s'élaborent des questions centrales pour la qualité du système de santé, telles que la relation entre celui-ci et ses usagers ou la construction de pratiques professionnelles et institutionnelles ancrées dans la réalité sanitaire et sociale d'un territoire. Pour Bertolotto, au cœur de ce débat sur l'évaluation des réseaux, il y a un enjeu fondamental : la question de l'orientation du système de santé. Celui-ci doit-il être centré davantage sur la prévention et la promotion de la santé ou sur les soins et leur gestion ?... L'ouverture réformatrice qu'offrent les expériences de réseau semble être neutralisée par les mécanismes institutionnels en place et par l'occultation de l'enjeu politique. A travers l'évaluation, le système dominant impose son propre référentiel aux réseaux, les obligeant à s'y conformer ou les disqualifiant parce qu'ils ne s'y conforment pas. Ce qui lui permet de ne pas remettre en question son mode de fonctionnement et ses finalités.

Comment les acteurs des réseaux peuvent-ils relever ce défi, sinon en *«élaborant de manière rigoureuse et éclairée le référentiel technique correspondant à leur «projet» politique initial. Cela leur permettrait de préserver une fonction, vitale dans une société démocratique : questionner les finalités sociales et politiques d'un système de santé tiraillé par une demande sociale en «santé» de plus en plus exigeante poussant à la surenchère technologique et l'obsession gestionnaire de ceux qui le dirigent.»*

Alain Cherbonnier

1 On parle couramment de réseau primaire pour désigner l'ensemble des liens informels que nous avons tous tissés à titre privé (membres de la famille, amis, connaissances, collègues de travail...) et que nous activons souvent bien avant de recourir à une aide professionnelle.

2 Sur ce dernier point, on pourra penser, à propos de l'usage de drogues (licites et illicites), à l'opposition parfois farouche entre prévention primaire et réduction des risques.

Le film, outil d'animation

Le Centre Vidéo de Bruxelles, le Groupe Santé Josaphat et la Fédération Laïque de Centres de Planning Familial proposaient, le 13 septembre, au Petit Théâtre Mercelis, une matinée autour de six films ou extraits de films traitant des relations familiales, des relations amoureuses, de la parentalité, des familles immigrées, de l'identité sexuelle, de la marginalité (notamment la prostitution mais aussi le handicap). Et donc aussi : du désir, de la peur, de la colère, de la gêne, des limites, des rêves, des questions sur soi, de l'histoire et de la construction personnelles.

Un point commun à tous ces films est le regard sur soi et sur les autres. Un autre point commun, c'est que toutes ces réalisations, diverses dans la durée comme dans l'intention, étaient considérées du point de vue de l'animation : qu'en font, que peuvent en faire les animateurs en éducation sexuelle et affective ou, plus largement, en éducation pour la santé ? C'est ainsi que, si chaque film était brièvement présenté par son ou ses réalisateurs, le commentaire suivant la projection était confié à une animatrice qui s'était déjà servie de ce film comme outil de travail. Une excellente idée, à retenir pour une prochaine fois...

Plusieurs de ces productions sont l'aboutissement d'ateliers d'expression vidéo, dont la devise est de réaliser des films avec les gens et non sur eux-ci : acteurs et non objets. Il ne s'agit pas non plus – dira Christian Van Cutsem, l'un des animateurs de ces ateliers – d'enseignement artistique : «*On part de cette question : qu'avons-nous à dire, qu'avons-nous envie de dire aux autres ? Le film se construit sur la force de l'intention. On part de cette force motrice de dire et on apprend en faisant.*» Ainsi, à l'origine du vidéogramme **Le Grand Frère** (20', Atouts Jeunes & VIDEP, 2004), il y a un «fait divers» : Samira se fait interdire l'accès à un Service

AMO par son grand frère. Un groupe de jeunes explore la question, interroge d'autres jeunes, des adultes, des personnes plus âgées dans le quartier. Une scène onirique (les grands frères emballés comme des momies et entreposés dans un coin) répond par une violence symbolique à la violence réelle que représente la «possessivité» des aînés. En même temps, l'intervention d'une des personnes interrogées rappelle la protection réelle qu'assurent les frangins... Pas forcément si simple !

Isabelle de Ville (Free Clinic) évoque les possibilités d'animation à partir de ce film avec des jeunes du secondaire : rejouer des situations en essayant d'améliorer les choses (cf. le théâtre forum), s'interroger sur l'ambiguïté des rapports frères/sœurs, sur la place et le rôle des parents. On peut d'ailleurs aussi utiliser le film avec un groupe de parents. Enfin, le débat peut déboucher sur les rapports filles/garçons en général car, au-delà du stéréotype du «grand frère maghrébin», le film vise tous les jeunes «mecs»... mais aussi le simple rapport de pouvoir puisque, dans une des séquences, une jeune fille endosse le personnage de la grande sœur et fait montre d'un aussi grand arbitraire que les mâles !

Bonheur sexuellement transmissible (13', X. Dubois, F. Loos, C. Michotte, 2004) se situe dans une autre perspective : c'est un travail de fin d'études (IHECS) et il a été pensé comme un outil d'animation; il a d'ailleurs été réalisé avec le Centre de planning familial de Genval. En fait, les auteurs sont partis de leurs propres mauvais souvenirs d'animations en «éducation sexuelle», qui se résumaient à des exposés sur la biologie et la physiologie de la reproduction ! Ils ont voulu se centrer sur les aspects affectifs et relationnels de la sexualité. Le film n'est donc pas issu d'un atelier, les jeunes acteurs n'ont pas participé à sa conception. Il comprend quatre volets qui sont autant de «starters»: un jeune amoureux se fait sonner les cloches par sa copine parce qu'il a regardé une fille qui passait; dans le duo que forment Aurore et Manu, cette dernière «n'est pas celui qu'on pense»; parmi les aînés – la

génération des parents – coexistent plusieurs conceptions du couple; et la séduction c'est aussi accepter de (s'entendre) dire non !... Françoise De Thysebaert, animatrice au CPF de Genval, utilise surtout les deux premiers volets, ainsi que le quatrième. Les saynètes sont courtes, variées, elles facilitent le débat : *«ces petites scènes amorcent une série de questions; ce sont des "pavés dans la mare" au bon sens du terme.»*

Dans **Fait maison** (52', La Cathode/Télésonne, 2001), Marinca Villanova a travaillé avec un groupe d'alpha en Seine/Saint-Denis. Des femmes qui avaient peur de la caméra. *«Je voulais donner la parole à des gens qui n'y avaient pas accès et qui avaient envie de s'exprimer. J'ai passé des mois à rencontrer des animateurs, à participer à des ateliers de couture ou de cuisine, avant de devenir quelqu'un qui ne fait plus peur. Je parie sur le temps et la sincérité pour arriver, je l'espère, à la confiance.»* La proposition de participer à un film engendre chez ces femmes craintes et questions mais, en fait, la caméra devient vite un déclencheur, à tel point qu'elles «déballent» des choses assez intimes, parmi lesquelles la réalisatrice a dû faire un tri, histoire de ne pas les mettre en difficulté.

Le film présente en parallèle deux générations : des mères de 45 à 65 ans et leurs filles. Nuran Çicekçeler (Groupe Santé Josaphat) utilise cette production surtout avec des adultes, hommes ou femmes. Pour ces personnes, l'enjeu est moins l'information que l'expression et la communication : elles ont trop souvent l'impression d'être les seules à avoir vécu ce qu'elles ont vécu. Le fait de partager – autour de la parentalité, des genres, de l'histoire de chacun/e, de la migration – les aide à se remettre en mouvement.

De prime abord (16', CIFA/CVB, 2005) fait partie d'une série qui s'attache aux stéréotypes : handicapé, SDF, prostituée... Cette séquence présente quatre jeunes (deux filles, deux garçons) face à une femme prostituée. Et face à la caméra : leurs visages à eux sont seuls visibles – et très parlants, comme leurs attitudes. Bien sûr, il s'agit d'une prostituée indépendante, sans «protecteur» ni réseau organisé; elle n'est pas représentative d'une certaine réalité sociologique récente. Mais le film se place sur un autre plan, celui de la rencontre : *«si je ne*

vous avais pas rencontrée, je ne saurais pas ce que c'est», dit l'un des jeunes.

D'où une réflexion plus générale sur les animations, lancée par Isabelle de Ville : *«Au début, dans les années 70, nous avons débarqué avec des valisettes de produits contraceptifs. Ensuite nous nous sommes présentés "mains libres". Aujourd'hui il existe chez les animateurs une grande recherche d'outils. Mais un outil ne montre qu'une partie. Il ne faut pas fermer, il faut laisser une ouverture. Cela ne peut pas être parfait, cela ne doit pas être complet.»*

Y a pas honte (70', FRAJE/Respect/CVB/Question Santé, 1998) porte sur la construction de l'identité sexuelle ; il est utilisable par séquences, en fonction notamment de l'âge de l'enfant ou du statut du public (parents ou enfants). Certains animateurs le passent en entier à l'ensemble des classes d'une école et s'en servent pour présenter les sujets qu'il est possible d'aborder ensuite en animation. Le FRAJE, commanditaire du film, visait plutôt les professionnels, mais après coup il est apparu que cela «marchait» aussi avec les parents. Ici encore, les exploitations sont multiples : p. ex. rejouer des scènes, etc.

Le dernier film et le plus court, **Mon secret** (6', SOS Jeunes/CVB, 2005) est aussi celui qui a été le plus controversé. En deux mots : une jeune «handicapée» (mentale) flashe sur le film *Podium* et en particulier sur les Claudettes. Son rêve : danser. Au début la caméra peine à la suivre traversant la cour de l'école, en silence (silences et gros plans ne manquent d'ailleurs pas). A la fin elle danse, et plutôt bien. Et on se dit qu'après tout voilà simplement une jeune fille qui a un rêve et cherche à le réaliser.

Informations, achat et location :

CENTRE VIDÉO DE BRUXELLES, tél. 02 221 10 50,
info@cvb-vidép.be – sauf *Fait maison*, qui n'est
disponible qu'à la Médiathèque
de la Communauté française.

Par ailleurs, tous les films se trouvent au CEDIF,
centre de documentation de la Fédération laïque de
centres de planning familial, tél. 02 502 68 00,
cedif@planningfamilial.net.

Créer, c'est bon pour la santé ? C'est bon, bon ?... Participons...

Les Conférences locales du CLPS de Bruxelles

Les Conférences locales sont une nouvelle mission des Centres Locaux de Promotion de la Santé. Elles ont pour objectif de mettre en place des projets locaux intersectoriels dans une approche de dynamique durable qui repose sur des partenariats, afin notamment de dégager des besoins de la population de manière à faire remonter cette information à la Communauté française. Les Conférences locales doivent également veiller à travailler l'aspect des réductions des inégalités sociales et la dimension de la participation.

Notre hypothèse : l'approche artistique est un axe mobilisateur et qui stimule l'esprit critique. «Je suis persuadé que l'art est l'expression d'une organisation sociale, de la société dans son ensemble, de ses croyances, de l'image qu'elle se fait d'elle-même et du monde» (Georges Duby, historien, *L'Art et la société*, Gallimard, Quarto).

En 1945, Jean Dubuffet introduit le vocable d'Art brut et radicalise le propos. L'Art brut s'oppose à «l'art culturel», celui des musées et des marchands, de la norme académique, de la culture ambiante ou dominante. Il est anti-institutionnel, indifférent à toute approbation sociale ou à tout projet mercantile. L'invention artistique est à la portée de tout un chacun. Toute l'histoire de l'Art brut est jalonnée par des artistes qui font connaître une forme d'expression artistique qui s'épanouit dans les institutions psychiatriques. A aucun moment l'Art brut ne se soucie de thérapie ; la question thérapeutique n'est pas éludée, elle n'est simplement pas posée. Dans ce sens, l'art est une «positivation» du négatif, de ce qui est exclu. Créer n'est pas s'exprimer soi, comme s'exprimer soi n'est pas se connaître. Créer, c'est exprimer quelque chose au travers de soi. La démarche artistique nous donne accès à notre propre subjectivité.

La culture n'est-elle pas un des déterminants de la santé ? La promotion de la santé, n'est-ce pas aussi prendre en compte la subjectivité que revêt pour chacun la notion de «santé» ?

Notre proposition de travail : la création artistique, un moyen d'expression et une dynamique d'action où le langage (non seulement la parole) tient une place. Entendons par langage tout moyen d'expression et donc prise de position. Créer et s'exprimer au travers de techniques artistiques, qu'elles soient picturales, orales, sculpturales, musicales ou autres, amène plus qu'une production d'œuvres. Le créateur est interprète et s'efface dans son œuvre en y laissant une trace : sa voix, son ton, son monde, son style...

L'approche artistique serait un moyen facilitant l'accession de l'individu à son émancipation, concourant à son bien-être et donc à sa qualité de vie. Elle permet de lui donner des moyens, de lui offrir une place et de tenir compte de ce qui est dit autrement. La pratique de la musique, celle de l'art en général, constitue un lieu privilégié à l'intérieur duquel les choses ne sont pas dites, désignées, mais se disent, d'elles-mêmes. Peut-être est-ce là aussi le nouveau pari du débat démocratique.

Le processus

Pour réfléchir avec nous, nous avons interpellé des institutions, des artistes, attentifs dans leurs pratiques à ouvrir un espace d'expression auprès de leur public et à y inscrire la dimension du collectif. Un groupe de travail s'est réuni pendant deux ans de manière régulière la première année (une fois par mois) et de manière plus espacée la seconde. Nous avons tenu à être dans une dynamique elle-même très participative, à ce que les participants puissent s'approprier ce projet et, par nos échanges, ébaucher des pistes. Des pistes que nous souhaitons dans un deuxième temps partager avec d'autres afin d'enrichir notre réflexion et construire des prolongements lors de deux journées, les 13 et 14 décembre 2005. Le CLPS a désiré être accompagné

d'un comité de pilotage pour assurer un regard extérieur par rapport au travail mis en place, tant dans son contenu que dans la dynamique du groupe.

Première journée

La première journée met les participants en situation, ils vont expérimenter l'expression artistique en lien avec la promotion de la santé dans un atelier. L'idée est de faire vivre notre hypothèse: s'intéresser aux espaces où émerge une autre parole et pouvoir constater que certaines participations permettent une autre façon de s'exprimer. Chacun aura un lieu pour se décaler de ses pratiques habituelles, pour enrichir le sens de son travail.

Cette journée invite les participants à s'impliquer dans un des huit ateliers artistiques proposés : Chant, Musique, Théâtre, Ecriture, Carnets de route, Photo, Danse, Fresque. Chacun de ces ateliers est animé par des artistes bruxellois rodés dans l'animation et soucieux de susciter la participation. L'accent est mis surtout sur le processus et sur ce qui se joue dans ce type d'espace.

Deuxième journée

Le matin, se tiennent des ateliers d'échanges qui, en regard de l'expérience de la veille, visent à revisiter le sens des pratiques des participants et les bénéfices de ces approches auprès de leur «public». L'animateur a lui même participé, la veille, à un des ateliers artistiques.

Le travail s'appuie sur différentes questions :

- Y a-t-il des contextes favorables à l'expression ?
- Ouvrir un espace d'expression, est-ce un risque ?
- Que faisons-nous, professionnels, en récoltant l'expression ?
- La place de l'intervenant dans un processus participatif, en dehors, en dedans ? Comment penser son rôle ?
- Si la participation est une prise de parole, elle devrait se traduire par une mobilisation politique. Objectif ou utopie ?
- Lorsque la participation est commanditée par les politiques, comment travailler ensemble ?

Chacun des ces six ateliers d'échanges tentera de formuler les questions qui auront fait débat, à l'intention des intervenants de la plénière.

L'après-midi, dans le souci de mettre en exergue la dimension intersectorielle de la promotion de la santé, des intervenants représentant des secteurs différents (culture, promotion de la santé, social, logement...) sont conviés à croiser leur regard en interaction avec la salle autour de cette question : «la création artistique suscite-t-elle des compétences qui améliorent la qualité de vie et la santé des gens?» Ces intervenants seront également interpellés par les questions émanant des ateliers.

La suite des Conférences locales

La démarche des Conférences locales est appelée à se poursuivre avec les acteurs bruxellois. En effet, différentes demandes, des besoins, des constats auront émergé durant ces deux journées et seront répercutés dans des Actes. Chacun pourra s'en emparer, voir ce qui fait écho dans sa pratique professionnelle et envisager une poursuite du travail entamé..

Nos partenaires dans le groupe de travail

Laurence Adam : Article 27 ; Patricia Balletti : Théâtre des Tanneurs ; Nazira El Maoufik : Forest Quartiers Santé ; Damien Favresse : ULB PROMES ; Luc Fonteyn : Théâtre... à suivre ; Bartolome Gomila Somar : Club Antonin Artaud ; Stéfano Guida : Centre social du Béguinage ; Myriam Herickx : ONE Education Santé ; Marcel de Munninck : Zinneke Parade ; Alain Lapiower : Fondation Jacques Gueux ; Patricia Piron : Repères ASBL ; Khadija Ounchif : SIREAS ; Dimitri Phukan : Habitat et Rénovation ; Virginie Pierreux : Article 27 ; Cecile Plas : FARES ; Anne-Françoise Raedemaeker : Dune ASBL ; Sonia Saurer, scénographe ; Quentin Smolders, peintre, sculpteur ; Patricia Thiébaud : CLPS de Bruxelles ; Elga Van Hauten : Home Pacheco, CPAS de Bruxelles ; Béatrice Van Leuven : le Méridien ; Marion Van Oosten : Maison de la Création ; Sabine Verhelst : Culture et Démocratie.

Avec le soutien de la Communauté française, la COCOF, le Ministre Benoît Cerexhe, le Collège des Bourgmestres et Echevins de la Commune d'Ixelles.

*L'équipe du Centre Local
de Promotion de la Santé de Bruxelles
Tél. : 02 639 66 88. Courriel : info@clps-bxl.org*

Belfast, Bruxelles, Lyon, Milan : «Voisins d'Europe»

Quatre années d'existence pour l'ASBL et le projet «Bruxelles Ville-Région en Santé» dont la mission est de décloisonner la santé, de l'aborder dans sa dimension transversale, en portant le regard sur les facteurs économiques, urbanistiques, environnementaux, sociaux qui déterminent l'état de bien-être, de réunir autour de projets communs une variété d'acteurs institutionnels, politiques, académiques, sociaux, citoyens. Des dynamiques à plusieurs vitesses se mettent en place qui invitent à sortir des «descriptions de fonction», des «cahiers des charges» habituels et bousculent les traditions de fonctionnement institutionnel avec l'assentiment du pouvoir régional et l'assistance d'un vaste partenariat public. Ceci dans le souci de garantir à Bruxelles le statut de Ville en Santé tel que défini par l'OMS et reconnu à notre capitale en octobre 2002.

Parmi les critères d'une Ville en Santé on trouve bien entendu l'accès aux services de santé publique, des aspects environnementaux, économiques, mais aussi des critères de solidarité communautaire, de patrimoine culturel, de participation citoyenne, ainsi que la diversité et la synergie des expériences et des ressources. Trente-deux indicateurs viennent renforcer ces critères, touchant au logement, à l'emploi, aux transports publics, aux pistes cyclables, aux espaces verts, etc. Plusieurs numéros précédents de *Bruxelles Santé* (28, 31, 33) ont détaillé les projets bruxellois accompagnés dans le cadre de Bruxelles Ville-Région en Santé, et ont expliqué la logique de travail de l'association.

En juin dernier, Bruxelles Ville-Région en Santé a eu confirmation de l'approbation d'un financement du FEDER, Fonds Européen de Développement Régional pour son projet de partenariat régional Voisins d'Europe. L'expérience n'est pas neuve : Bruxelles Ville-Région en Santé est rodée aux partages d'expériences, aux visites d'échanges et à la mobilité de citoyens. Le programme Voisins d'Europe – dont Bruxelles est chef de file – rassemble cette fois Belfast, Milan et Lyon. L'objectif est de revitaliser l'espace public, d'améliorer les conditions de vie dans des quartiers dits «sensibles». Cela va de la restauration de parcs publics à Belfast, rendus inhospitaliers par des attitudes anti-sociales et des dégradations, à la participation d'habitants de

banlieues lyonnaises à la revitalisation de leur espace de vie.

La démarche rejoint celle des Villes en Santé. Des habitants informés et motivés prennent une part active aux actions de planification urbaine, débattent avec leurs représentants locaux et les administrations compétentes de l'avenir de l'espace public, de leur qualité de vie. Les dimensions de ce projet sont à la fois extrêmement locales – dans les quatre villes des processus de participation de citoyens sont mis en place pour influencer sur les politiques de gestion de la ville – et internationale : comment nos voisins d'Europe procèdent-ils, quelles sont leurs «recettes», quels résultats obtiennent-ils ?

Ces outils et pratiques sont partagés lors de rencontres de terrain. Sur une durée de vie de deux ans, le projet comprend la visite de chaque ville par les trois autres – pour les habitants et par les habitants. Chacune des visites s'articule autour d'un thème spécifique, se prépare par une série de formations qui aident à diagnostiquer la problématique chez soi, à la mettre en relation avec la façon dont elle se vit par-delà les frontières. Ainsi, Belfast a choisi le thème du sentiment de sécurité : qu'est-ce qui fait que l'on se sent – ou non – en sécurité dans un quartier, quels sont les facteurs déterminants ? Lyon se penche sur la fonction de garant du bien vivre de l'habitant. Milan s'interroge sur les conditions d'une cohabitation interculturelle harmonieuse. Quant à Bruxelles, passée maître dans les dispositifs de concertation, elle mettra en avant les bénéfices de la participation citoyenne.

A pousser la porte de ces rencontres d'habitants sur des sujets qui les rassemblent et touchent à l'aménagement de l'espace public, on entre dans des «harmoniques» porteuses de vibrations. La dimension européenne ajoutée à ce besoin d'agir localement permet de relativiser les défis que nous offrent nos villes occidentales, de partager et de développer conjointement – et de mettre à l'épreuve – des outils de gestion de la vie en société. Nous vous en relaterons les gains et les bonheurs dans une prochaine édition de *Bruxelles Santé*.

Pour toute information relative à Bruxelles, Ville-Région en Santé ou à Voisins d'Europe : Nicole Purnode ou Claire Terlinden, ville.sante@oms.irisnet.be

Des outils pour les sourds

La langue des signes est reconnue depuis 2003 en Communauté française. Dans la foulée, un outil pédagogique en lien avec l'identité même des enfants sourds, respectant leur culture et leur langage, vient d'être réalisé par le Centre Francophone de la Langue des Signes. Baptisé " Vivre et signer avec Igor ", il permet aux enfants sourds, de la 3ème maternelle à la 2ème primaire, d'apprendre de façon ludique à signer des mots courants et à dialoguer avec d'autres enfants dans un langage gestuel. Il les aide à communiquer au quotidien et à intégrer des notions scolaires essentielles à leur développement intellectuel et culturel. Après cette étape vient la question du coût et de la diffusion. Ecolo se positionne à la Communauté française pour diffuser gratuitement cette méthode auprès des enfants malentendants et des étudiants normaliens.

Pendant ce temps, à la COCOF, Ecolo demande un renforcement des moyens pour l'enseignement de promotion sociale bilingue langue des signes/français. En effet, la communauté sourde comporte trop de personnes proches de l'analphabétisme. Or, la surdité n'est due qu'à des lésions de l'oreille et elle n'est pas le reflet d'une infirmité intellectuelle. Quel gaspillage par rapport aux potentiels des sourds et notamment leur aptitude à prendre la parole hors du sonore, dans la modalité gestuelle ! Pour bien comprendre la détresse d'une grande partie de cette communauté, rappelons-nous que la radio et la majorité des programmes TV ne leur sont pas accessibles. Sans la lecture et la compréhension de ce qui est lu, ces personnes sont pour la plupart quasiment rejetées en marge de la société, alors qu'il aurait suffi au départ d'un enseignement adapté !

À Alpha-Signes, le projet consiste à mettre la langue des signes au cœur des apprentissages et à développer une méthodologie bilingue pour l'acquisition ou le perfectionnement du français écrit, à partir de la langue des signes. Car avec la maîtrise du français écrit peut venir la maîtrise d'autres matières et de nouvelles connaissances. Donc des formations et enfin l'intégration socio-professionnelle. Un beau retournement de situation par rapport aux carences d'antan de l'enseignement.

Grâce à cette approche d'enseignement bilingue qui lui convient mieux, la communauté sourde peut commencer à relever la tête et prendre sa vraie place dans la société. Une occasion plus que légitime de

rattraper les échecs d'antan, pour autant bien entendu que des moyens suffisants soient accordés à ce type d'enseignement.

Dominique Braeckman
Présidente du groupe ECOLO à la CCF

Pour une meilleure évaluation de la santé des Bruxellois

Dans le cadre des débats relatifs à l'évaluation des décrets santé mentale et toxicomanie, il est apparu qu'il existait une série d'études financées à différents niveaux de pouvoir par les pouvoirs publics et portant sur la santé des Bruxellois et sur une série de déterminants de la santé des Bruxellois.

Or l'accès à ces études n'est pas systématique en raison du manque de coordination et d'information. C'est donc à l'unanimité que les membres de la Commission Santé du PFB ont adopté, le 8 novembre dernier, la proposition de résolution visant à coordonner et rendre accessibles les études relatives à la santé des Bruxellois aux organismes chargés de la collecte de données. La proposition de résolution a pour objectif, dans un souci de coordination, de cohérence et de valorisation des études ayant en région bruxelloise un impact sur la santé, de permettre aux différents organismes, dont l'Observatoire de la Santé et du Social, de prendre connaissance des études financées par les différents pouvoirs publics et concernant la santé des Bruxellois.

Il est nécessaire de définir des politiques coordonnées qui ont du sens. Cela n'est possible que si l'on dispose de l'ensemble des études réalisées dans ce domaine. A Bruxelles, l'Observatoire de la Santé et du Social est le lieu le plus approprié pour rassembler ces informations et donner un point de vue intégré des différentes facettes de la santé des bruxellois.

C'est pourquoi, il a été demandé de saisir la Conférence Interministérielle de la Santé afin d'évoquer la problématique de l'accès aux études financées par les pouvoirs publics aux différents niveaux de pouvoir et d'établir le plus rapidement possible un protocole de coopération entre la COCOF, la CCC et la VGC concernant l'Observatoire de la Santé et du Social.

André du Bus
Député bruxellois
Président du groupe CDH au PFB

Annonces

► Jeudi 9 mars 2006 : Comment vivre avec des globules rouges en faucille ?

La drépanocytose est aujourd'hui la première maladie génétique dans la région bruxelloise. Le Réseau des Hémoglobinopathies organise une journée de colloque qui se tiendra à l'auditoire P. P. Lambert du CHU Brugmann, 4 place Van Gehuchten à Bruxelles (<http://www.chu-brugmann.be/fr/virtu/horta-go.asp>, choisir " Plan d'accès au site Horta ").

9h00-12h00 : Les complications cliniques

- Le Réseau des hémoglobinopathies, Dr A. Ferster (HUDERF) et Dr B. Gulbis (CUB Erasme)
- Les complications rénales chez l'enfant, Dr J. Leuris (HUDERF)
- Les complications ophtalmologiques, Dr F. Roulez et E. Kadz (HUDERF)
- Les complications cérébro-vasculaires, Dr A. Ferster (HUDERF)
- La défaillance hépatique chez l'adulte, Dr D. Bachir (Hôpital Henri Mondor, Créteil)
- L'hypertension artérielle pulmonaire, Dr J.-L. Vachiery (CUB Erasme)

13h30-16h30 : Les facettes psychosociale

- Représentations socioculturelles de la drépanocytose, Mlle S. Biwasa (UCL)
- L'enfant drépanocytaire et l'école
- Les parents et leurs besoins: témoignages
- La solidarité, une mentalité à développer, M. E. Noël (Action Drépanocytose)
- Le rôle des associations

Le colloque se terminera par une allocution de la Secrétaire d'Etat à la Famille, Mme G. Mandaila. L'accréditation a été demandée pour cette journée. Le nombre de places étant limité, il est impératif de s'inscrire auprès du secrétariat. Tél. & fax : 02 477 26 78. Courriel : nicole.van_heddegem@huderf.be
Tarif: 25 EUR (déjeuner compris), à verser sur le compte: 091-0120443-95, en mentionnant en communication «Journée drépanocytose» et le nom du participant. L'inscription est gratuite pour les étudiants, les technologues et les membres d'associations.

► Samedi 28 janvier 2006 : 5^{ème} édition de l'école de la sclérose en plaques

La Ligue Belge de la Sclérose en Plaques – Communauté Française ASBL organise un cycle de

quatre matinées d'information réservé aux personnes ayant reçu un diagnostic de sclérose en plaques depuis moins de 2 ans et à leur entourage proche. Une séance d'information concernant cette cinquième édition de l'école de la SEP aura lieu le samedi 28 janvier 2006 de 10h à 12h à Naninne (inscription préalable souhaitée).

Le diagnostic de sclérose en plaques soulève souvent de nombreuses questions, tant chez la personne atteinte de la maladie que dans son entourage. Il n'est pas aisé, pour les personnes concernées, de trouver des réponses aux questions qu'elles se posent et de rencontrer des interlocuteurs disposant des connaissances et du temps nécessaires à une information de qualité prenant en compte leur sensibilité. Un échange d'expériences avec d'autres personnes vivant une situation similaire est également largement souhaité.

Les quatre matinées d'information (9h30-12h30) prévues les samedis 4 février, 18 février, 11 mars et 25 mars 2006 au Centre de Rencontre de la Ligue, à Naninne (autoroute Bruxelles – Luxembourg, sortie n° 16).

Les personnes intéressées sont invitées à contacter la Ligue par téléphone au 081 40 15 55 ou via son site Internet www.ms-sep.be, rubrique Agenda. (fax : 081 40 06 02 ; courriel : ligue.sep@ms-sep.be).

► Samedi 11 mars 2006 : Les enjeux psychosocio-culturels et médicaux de la période autour de la ménopause

Colloque organisé par Femmes et Santé dans les locaux d'Amazone, 10 rue du Méridien, 1210 Bruxelles. Parmi les intervenantes, Rina Nissim, fondatrice du centre Prévention et Santé à Genève.

Renseignements : 02 734 45 17 ou femmesetsante@skynet.be

Secrétariat de rédaction :
Anoutcha Lualaba

Comité de rédaction :
Dr Robert Bontemps
Alain Cherbonnier
Myriam De Spiegelaere
Thierry Lahaye
Dr Roger Lonfils
Anoutcha 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

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