

BRUXELLES SANTÉ

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°17 - mars 2000

N°17



Sommaire

- 2 à 7** **En direct de...**
L'hôpital des enfants
- 8 à 14** **Dossier**
Santé en exil
- 15** **A la recherche de...**
Les fiches Sanomètre
- 16 à 17** **Autant le savoir**
*Répartition des compétences
en matière de logement*
- 18 à 20** **Initiatives**
– *L'asbl Relais Enfants-Parents*
– *La prévention et les drogues en
débat*
- 21** **Annonces**
- 22 à 23** **A propos de...**
Réfugiés : à quand un nouveau statut ?
- 24** **Documentation**



Bureau de dépôt
Bruxelles 5

BELGIQUE
P.P.
1050 BRUXELLES 5
1/6233

L'exil: une épreuve qu'on ne choisit pas

Qu'il soit volontaire ou imposé, l'exil ne résulte jamais d'un choix véritable. C'est une épreuve que la personne subit. Seul ou en famille, l'exilé quitte en effet ses racines, ses repères pour un «ailleurs» qu'il ne connaît pas.

Défenseurs anonymes des libertés démocratiques ou dissidents célèbres, certains exilés ont parfois bénéficié d'une certaine reconnaissance. Mais ces cas exceptionnels ne peuvent être représentatifs de la réalité vécue par la plupart des exilés.

Aujourd'hui, alors que famines, conflits et massacres ravagent le Tiers-Monde, alors que la guerre et l'épuration ethnique ont refait leur apparition au sein même de l'Europe, ils sont de plus en plus nombreux à n'avoir d'autre possibilité que de frapper à nos portes. Plus que de nobles causes, ces exilés arrivent dans nos pays avant tout porteurs d'une immense détresse. Et sur la longue route de l'exil, c'est malheureusement encore trop souvent à la suspicion qu'ils vont se heurter. La froideur des contrôles administratifs ne laisse en effet, généralement, que peu de place à la dimension strictement humaine.

La Belgique ne peut-elle plus être cette terre d'accueil qui ouvrit ses portes aux orphelins de la guerre d'Espagne, aux Chiliens victimes des exactions du régime Pinochet et à bien d'autres ? C'est ce que ne cessent de répéter ceux qui utilisent la peur de l'autre, de sa culture, de ses coutumes pour diffuser une propagande xénophobe, pour défendre une politique basée essentiellement sur l'exclusion.

Représentants les plus proches du citoyen, les élus communaux ont un rôle fondamental à jouer pour lutter contre ces dérives. Pour permettre un échange constructif entre la population déjà installée sur le territoire communal et les nouveaux arrivants, ils se doivent de tisser des réseaux d'accueil, de contact, de solidarité adaptés aux attentes de tous.

C'est cette politique volontariste que nous avons choisi de mener dans ma commune. C'est cette politique que nous devons poursuivre si nous voulons garantir des valeurs telles que la liberté, la tolérance, la fraternité et la solidarité.

*Philippe Moureaux
Bourgmestre de Molenbeek-Saint-Jean*

L'Hôpital des enfants

Le souci d'une approche spécifique des enfants hospitalisés est relativement récent — alors que depuis un demi-siècle des travaux ont été publiés, concernant la nécessité de prendre en compte l'incompréhension, l'angoisse et la souffrance que provoquaient chez un jeune enfant l'hôpital, la douleur, la disparition de toutes ses références et, au premier chef, de ses parents.

Aujourd'hui, dans notre pays, l'accueil des enfants — et de leurs parents — s'est considérablement amélioré, même si la préparation à l'hospitalisation, notamment, laisse encore à désirer¹. Comme souvent, ce sont surtout des associations qui sont à l'origine de cette évolution : c'est le cas, en France, de Sparadrap (voir encadré).

A Bruxelles, nous avons rencontré des membres de deux associations qui, à l'Hôpital des enfants (Brugmann), bataillent pour que, au-delà des soins et des traitements, les besoins des enfants victimes de maladies graves soient rencontrés.

Le Dr Françoise Janssen est vice-présidente de l'asbl ADEMAR (Amis Des Enfants MALades Rénaux), c'est-à-dire, médicalement parlant, les enfants souffrant d'insuffisance rénale), qui aura dix ans cette année : «Je suis responsable, à l'Hôpital des enfants, de ceux qui sont en dialyse parce qu'en attente d'une greffe

de rein. C'est un traitement extrêmement contraignant : 3 séances de trois à quatre heures par semaine, la plupart du temps à l'hôpital, parce qu'il est difficile pour les parents de prendre en charge un traitement médical aussi lourd. Les familles viennent parfois de loin, puisque c'est le seul centre d'hémodialyse pour la partie francophone du pays; cela leur prend donc beaucoup de temps. En dehors des séances d'épuration du sang, le régime alimentaire est très sévère : limitation en protéines (lait, viande, oeufs, poisson), en sel, en potassium (donc en fruits et en légumes), en boissons.

Nous essayons de faire vivre à ces enfants, malgré tout, la vie la plus normale possible, notamment en les aidant à récupérer une partie de leur absentéisme

scolaire pendant les séances de dialyse. Il faut donc une institutrice, une éducatrice, et parfois des professeurs du secondaire. En outre, nous essayons de les dialyser les mercredis après-midi et samedis. Ils ont besoin aussi, comme tous les enfants, d'avoir des loisirs, de faire un peu de sport, d'aller en vacances.

Le meilleur gage de devenir plus tard des adultes autonomes, c'est d'avoir une vie aussi proche que possible de celle des autres enfants. Car il faut savoir que ces enfants transplantés ont une excellente survie : j'ai commencé il y a 30 ans ce programme de dialyse et de transplantations pour lequel nous avons réalisé 115 greffes, et ces enfants, je les revois dix ou vingt ans plus tard, devenus adultes.

La longue marche vers une hospitalisation plus humaine des enfants

Aujourd'hui, il arrive que des clowns ou des musiciens soient présents auprès des enfants hospitalisés. Mais on vient de loin. C'est depuis quelques décennies seulement que s'impose lentement l'idée «que l'enfant est un être humain en développement, dont les besoins relationnels ne peuvent être ignorés sous peine de graves dommages», selon les termes de Didier Cohen-Salmon*. Pourtant, dès 1945, des travaux montrent les conséquences désastreuses de la séparation et de la privation de relations émotionnelles chez les jeunes enfants en institution. Spitz forge le terme d'hospitalisme pour désigner le phénomène. On constate, après hospitalisation, un risque accru de troubles du comportement : anxiété générale, régression (retour de l'énurésie), troubles relationnels (apathie, retrait, passivité, dépendance), troubles de l'alimentation et du sommeil, perte d'acquisitions motrices ou langagières, etc.

De sérieux progrès ont été réalisés : «Sont apparus successivement la libéralisation des visites, les chambres mères-enfants, les éducatrices de jeunes enfants, l'école à l'hôpital, les ludothèques et salles de jeux...

Mais la spontanéité et la créativité des années 70 se sont heurtées à des limites institutionnelles et à une évolution vers l'hypertechnicité. Actuellement l'hôpital moderne, avec sa durée de séjour de plus en plus brève, sa parcellisation des tâches empêchant le lien personnel, sa surcharge de travail, sa pénurie en soignants et l'idéologie productiviste qui sous-tend tout cela, est peut-être en train de générer un nouveau type d'hospitalisme.»

Parmi les approches permettant de diminuer les risques :

- l'information des enfants par brochures ou vidéos... mais ces médias «n'ont de valeur que comme support du dialogue, un dialogue qui est souvent l'occasion de repérer les angoisses des familles»;



Photo © : Delphine Duprez/Question Santé

- la visite des lieux, permettant aux enfants de se familiariser avec l'hôpital, de manipuler le matériel d'anesthésie, et surtout de dire ses angoisses et de nouer une relation avec l'équipe soignante;
- l'accompagnement des parents, et particulièrement de la mère : une étude de 1965 (!) montre qu'une action relationnelle orientée exclusivement vers la mère, en présence de l'enfant, est bénéfique pour les deux;
- le jeu : dès 1965 toujours, une expérience en pédiatrie fait découvrir aux soignants que «les enfants hospitalisés aiment jouer, et que cela peut être thérapeutique (...) Oui, en pédiatrie, le jeu est la voie royale du soin, car c'est le mode d'activité naturel par lequel l'enfant appréhende le monde».

** Médecin anesthésiste pédiatrique et président de l'association Sparadrap. Nous recommandons la lecture de son article : Humaniser l'hospitalisation des enfants, Education Santé, 1997, n° 115, pp. 15-20, disponible au centre de documentation du CLPS.*

A cause du traitement et du régime, il est très difficile pour eux de prendre des vacances normales avec leurs parents. Nous avons donc décidé d'organiser des vacances à l'étranger — dans les environs de Bordeaux, où se trouve un village avec un centre d'auto-dialyse. Nous partons avec toute l'équipe : un pédiatre néphrologue, des infirmières, notre diététicien, l'éducatrice, la psychologue... L'asbl paie entièrement ces vacances, à tous ces patients, pour éviter une discrimination socio-économique : j'ignore pourquoi, mais beaucoup d'enfants malades rénaux proviennent de milieux défavorisés. Ainsi, ils ont dix jours de vacances pendant ces deux longs mois où l'école Dubois (école de la ville de Bruxelles, située dans l'hôpital) est fermée et où il ne se passe pas grand-chose à l'hôpital puisqu'une bonne partie du personnel est en congé scolaire. C'est pourquoi nous organisons encore chaque semaine une activité de loisirs : les grands sont allés dans les capitales d'Europe (Paris, Amsterdam, Londres...), ou bien ils font un stage de sport. Ces activités sont «para-hospitalières» mais elles sont ô combien importantes pour qu'ils s'épanouissent un peu, qu'ils sortent de ce carcan de contraintes lié à leurs traitements.

Cette année, nous avons six enfants de moins de 5 ans en hémodialyse en attente d'une transplantation : une véritable crèche ! Mais c'est exceptionnel : d'habitude, la plupart des enfants ont entre 6 et 14 ans. Sur les 115 greffes pédiatriques que nous avons réalisées jusqu'ici, deux tiers des enfants avaient entre 5 et 12 ans. C'est donc pendant leur période de croissance et leur scolarité primaire que ce lourd

traitement a lieu. En moyenne, la période d'attente pour une greffe de rein est d'un an. Les enfants sont prioritaires par rapport aux adultes (les priorités d'Euro-transplant étant calculées en fonction de critères assez complexes), mais les listes d'attente sont très longues. Nous essayons de plus en plus d'organiser une greffe avec donneur vivant, c'est-à-dire avec un parent. Mais il n'y a pas toujours compatibilité, ni santé parfaite des parents.

Un des buts de l'asbl est donc d'organiser des activités avec les enfants, afin qu'ils soient aussi autonomes que possible. Un autre objectif est de favoriser leur future insertion socio-professionnelle, notamment par la formation scolaire. Il est important qu'ils aient un diplôme et s'engagent dans la vie active plus tard : légalement, ils pourraient obtenir une pension à vie mais, pour un jeune, être pensionné à 18 ans, c'est l'horreur ! Etant donné la chronicité de la maladie, ces adolescents et jeunes adultes ont très peu de projets d'avenir. Pour réussir leur insertion socio-professionnelle, il faut qu'un travailleur social discute avec eux, avec leurs professeurs d'école, les oriente et collabore avec leur famille.

La psychologue est aussi très importante pour être à l'écoute de ces enfants, dont l'imaginaire est parfois restreint à cause des limites que le traitement leur impose.

Toutes ces activités sont ou seront couvertes par notre asbl². Nous sommes soutenus financièrement par la COCOF depuis trois ans, et par la Région wallonne depuis deux ans, le tout à la hauteur d'environ un million par an. Mais notre budget, qui est pour

l'instant de 4 à 4,5 millions, est surtout assuré par le mécénat : des banques, des associations, des entreprises. Nous souhaiterions l'augmenter de 4 millions, qui seraient affectés au salaire d'un médecin et à l'achat de l'outil informatique indispensable pour rassembler des données en vue d'un Registre pédiatrique de l'insuffisance rénale.

Nous projetons aussi d'aménager un local plus convivial que ce petit bureau ou les couloirs de l'hôpital, pour que les parents puissent se reposer, exprimer leurs craintes, discuter entre eux ou avec nous. Si nous voulons que ça se passe avant d'être pensionnés, il faudra que l'asbl finance le projet!

Et, à côté des enfants dialysés, il y a une grosse consultation d'enfants en insuffisance rénale chronique. Ces patients ne nécessitent pas, dans l'immédiat, de traitement par dialyse (nous essayons au contraire de les y amener le plus tard possible), mais ils ont également besoin du diététicien, du travailleur social ou de la psychologue. Ces enfants en traitement conservateur sont plus d'une centaine...»

Du côté des parents

L'asbl Jour après Jour³ s'occupe des enfants atteints de cancer. Elle existe depuis quinze ans, mais elle a pris un nouveau visage depuis quelques années: une attitude plus revendicative vis-à-vis de l'hôpital et des pouvoirs publics. Fabienne Malandise : «Nous nous battons d'abord pour que l'Etat reconnaisse la maladie, ce qui n'est pas le cas pour l'instant. L'Etat ne prend en charge qu'une partie des frais liés au traitement, et la charge des parents est énorme. La Belgique est à la traîne par rapport à la prise en charge. Les médicaments contre le cancer progressent tout le temps, mais l'INAMI met un à deux ans avant de les reconnaître. Ils sont pourtant utilisés! Donc ils sont entièrement payés par les familles.

Des mères prennent des pauses-carrières, d'autres trichent avec le système du congé-maladie pour pouvoir s'occuper des enfants et garder quand même

un revenu. C'est aberrant en Belgique : avec le même enfant malade, on aura 12.000 francs/mois pour une pause-carrière si on est francophone, 20.000 si on est flamand. Pourquoi cette différence? Notre combat est là, en fait : un enfant égale un enfant.

Jusqu'à présent, la COCOF nous aide en payant une psychologue : 1.200.000 francs. L'asbl a besoin de 10 à 15 millions par an pour fonctionner. Nous obtenons l'argent grâce à des dons, des manifestations. Notre chance, c'est d'être bien soutenus par les médias. Mais nous terminons chaque année en nous demandant de quoi demain sera fait. Nous venons d'engager une institutrice :on verra. Pourtant nous savons que c'est nécessaire !

En fait, nous ne rentrons dans aucun cadre légal régulier. Pour la COCOF, nous faisons partie des «initiatives en santé» : on nous a déjà dit que, depuis deux ans que ça durait, ce n'était plus une initiative... Il va falloir qu'on nous trouve un cadre quelque part, parce que nous innovons beaucoup, c'est vrai, mais nous ne pouvons pas passer notre temps à chercher de l'argent.

Notre tâche, c'est d'essayer que l'hôpital offre de meilleures conditions d'accueil. On doit se battre, parce que les locaux sont indécentes : pas de douche, une salle de jeu de quelques mètres carrés... Imaginez quinze enfants hospitalisés; s'il y en a trois avec un pied à perfusion, il n'y a plus de place ! Dans chaque chambre il y a deux enfants et, tous les soirs, on tire au sort pour savoir quelle maman va dormir avec son petit. Je ne vous dis pas les drames, tant pour les enfants que pour les familles.

Donc nous avons ouvert, tout près d'ici, une maison pour les parents qui viennent de loin; ils y sont logés gratuitement. Comme la maladie coûte très cher, on ne peut pas se permettre de faire tous les jours Charleroi-Bruxelles...

Tous les mardis, nous offrons le petit déjeuner au personnel soignant, aux médecins, aux parents et aux enfants. C'est devenu un moment important, parce que c'est le seul où tout le monde est autour de la

table : on ne parle pas de maladie, mais on apprend à se connaître. Ça met un climat de confiance qui est important, je pense : on a besoin de se connaître mieux puisqu'on va être ensemble pendant deux ou trois ans.

Il faut aussi savoir que c'est un hôpital public. Certains enfants sont très défavorisés : nous achetons des pyjamas, par exemple. Nous avons installé des TV et vidéos dans les chambres, parce que les enfants doivent y rester longtemps.

Nous envisageons d'installer Internet pour les enfants greffés, parce qu'ils sont tellement isolés que cela peut être un relais de communication avec leur classe. Nous n'avons pas toujours les autorisations, mais nous passons au-dessus : c'est l'enfant d'abord, et l'administratif après. C'est vrai qu'il y a parfois beaucoup de problèmes avec la direction, nous rouspétons beaucoup !

La maison des enfants

La maison des enfants est ouverte depuis un mois. Pendant deux ans et demi, ces enfants sont très isolés : ils ne peuvent pas retourner dans leur école habituelle ; à la limite, les familles ne reçoivent plus leurs amis parce que l'enfant est fragile... Mais, quand on veut préserver les enfants à ce point, on les coupe de toute relation sociale, de toute vie d'enfant. Déjà, avec cette maladie, la maman ou le papa (ou les deux) entrent en fusion avec l'enfant... Les isoler comme ça, même si c'est inévitable, ce n'est bon ni pour les enfants ni pour les parents. Ça ne permet pas de prendre de la distance, on est tout le temps dedans.

Actuellement il y a ici six enfants — bien entendu, ça fluctue selon leur état de santé. La majorité ont entre 2 et 6 ans. Ce qui est gai, c'est que les mêmes enfants qui sont arrivés en pleurant dans les jupes de leurs mamans, aujourd'hui sont pressés de venir ici le matin. Nous sortons avec eux, même si en hiver on reste davantage à l'intérieur. Il y a beaucoup d'activités culturelles, ils font des tas de choses. Pour l'instant

ils sont journalistes! Les petits vont interviewer Bla-Bla jeudi... Ça demande quinze jours de travail : préparer les questions, apprendre à dessiner, à parler au téléphone. Après ça, il faudra écrire, illustrer. C'est une façon de travailler différemment. Les grands, eux, partent à Paris au début de la semaine prochaine. Ils vont interviewer des stars, rencontrer le maire, etc.

Ces enfants sont coupés du monde et ils n'ont plus de projets à court terme. Pour les faire avancer, pour les faire se battre, il faut leur donner des projets à un, deux ou trois mois. Tous les trimestres, il y a une grosse activité. Les petits partent à Disneyland un week-end, les grands vont aux sports d'hiver. On part quel que soit le stade de la maladie. C'est vrai que nous prenons beaucoup de risques, mais je crois qu'il faut leur faire vivre tout ce qu'on peut leur donner. La première fois que nous sommes partis, on m'a dit : «Mais tu es folle, déjà ils ne sont pas bien, il y a des enfants en soins palliatifs... Et tu vas les mettre sur des skis!?» Ça fait quatre ans que nous partons, et il n'y a pas de problème. Au contraire : l'air fait remonter le taux des globules, et il faut moins de transfusions ! C'est nous qui sommes fatigués en rentrant, eux ils sont en forme. C'est aller à la découverte du monde, en fait.

Cette maison, à Bruxelles, connaît un trop-plein, parce que tous les enfants de Charleroi, Mons, La Louvière, Tournai, sont envoyés ici. L'idéal serait d'ouvrir des maisons semblables à Charleroi, Mons et Namur. Evidemment, c'est une question de moyens. Et ce n'est pas facile. Autant nous sommes reconnus à l'étranger (nous recevons des dons du Japon!), autant en Belgique c'est catastrophique. Nous recevons davantage de dons de l'étranger que de chez nous. Mais je crois que c'est comme ça pour tout : quand on innove...

Nous payons le salaire d'un médecin à l'Hôpital des enfants, pour s'occuper des greffes : rien que ça, c'est 3.600.000 francs. Il y a l'institutrice. Il y a le personnel d'entretien des deux maisons : des contrats ACS, heureusement. Et il faut voir les lois sociales qu'on paie en tant qu'ASBL.

Nous payons aussi les médicaments aux parents qui ne peuvent pas se les payer. Il y a un seul centre européen reconnu pour les nouveaux traitements. Qui dit nouveaux traitements dit cobayes : c'est clair, nous en sommes conscients, mais il faut tenter toutes les chances, donc nous y allons. Mais la mutuelle ne paie qu'au tarif belge, et elle n'intervient pas dans le transport en ambulance (car, quand on envoie un enfant à Paris, c'est qu'il va très mal). Il faut aussi loger la maman là-bas. L'ASBL prend tous ces frais en charge... Depuis trois ans, un poste «funérailles» apparaît dans nos bilans : certaines familles, épuisées financièrement, ne pouvaient plus enterrer décemment leur enfant.

C'est vrai : ce n'est pas à une association de pallier toutes ces carences. Mais qu'est-ce qu'il faut faire quand c'est votre enfant? Jusqu'à présent, nous avons fait le choix de pallier. Mais maintenant que toute une structure est en place, nous allons nous battre pour que l'Etat intervienne davantage.»

Prenons un peu de distance...

Les revendications exprimées par cette association peuvent paraître d'autant plus fondées qu'il s'agit de jeunes enfants et d'une maladie mortelle : une situation qui nous émeut tous profondément. Cependant, les derniers propos de Mme Malandise montrent bien qu'une «question de société» est ainsi posée. Face au risque d'une nouvelle forme d'hospitalisme, dont parle plus haut Didier Cohen-Salmon (voir encadré), est-il sain que la réponse sociale soit essentiellement formulée par des organisations privées et en termes palliatifs ? Dans un premier temps, certes, nous l'avons dit, il est fréquent et même encourageant que la «société civile» se mobilise et interpelle les pouvoirs publics et les institutions de soins. Mais faut-il que le palliatif, le provisoire s'installe tant bien que mal - aboutissant peut-être à éluder de nécessaires remises en question institutionnelles et politiques ? Prenons l'exemple du bénévolat en milieu hospitalier : qu'est-ce que cela

signifierait, d'un point de vue sociétal, de soutenir le développement de projets qui viseraient à pallier le manque de personnel salarié par du travail bénévole?... Une telle option pose des questions sur les plans organisationnel et relationnel (relation médecin-patient, par ex.), mais aussi en termes de conflits de pouvoir au sein des institutions (d'éventuels conflits salariés/bénévoles n'étant qu'un exemple parmi d'autres). Et surtout, on doit se demander si on ne risque pas d'amplifier une dérive devenue fréquente en Belgique : celle qui consiste à laisser le secteur associatif «boucher les trous» d'une mission de service public, puis, via une institutionnalisation d'ailleurs souvent lente et précaire, se substituer partiellement au secteur public, cautionnant ainsi le système et ses failles.

Enfin, dans la mesure où des associations interviennent dans les lieux de soins (ce dont il faut aussi, répétons-le, se féliciter), leurs interventions ne devraient-elles pas être sinon globalisées, du moins concertées? ■

*Propos recueillis par Françoise Kinna
et Alain Cherbonnier*

1. Voir p. ex. l'enquête de Test Santé, n° 23, janvier 1998.
2. L'asbl édite un bulletin d'information : ADEMAR, 30 drève des Lignages, 1083 Bruxelles.
3. Jour après Jour, rue des Artistes 22, 1020 Bruxelles.

Santé en exil

Exilé. Un mot riche de résonances tragiques, dans toutes les cultures. Les pérégrinations d’Ulysse ont laissé dans nos mémoires l’expression «une odyssée», désignant un voyage long et périlleux vers un but incertain. La tradition chrétienne fait de l’Homme un exclu du Paradis terrestre.

Le mythe du Juif errant inspire toujours les écrivains¹. La Genèse, dit Fethi Benslama², conte «l’errance d’Agar avec son fils, renvoyé dans le désert par Abraham, quand sur le point de mourir de soif, Dieu fit surgir sous le talon de l’enfant Ismaël la source d’eau. Nous savons que le mythe des Musulmans fit de cette source l’emplacement de leur cité même, de leur cité sacrée.»

Le lien avec la santé ? Joëlle Conrotte, psychologue (Le Méridien), considère que la notion d’exil est particulièrement adéquate dans la clinique : «C’est à la fois une catégorie universelle, qui définit l’existence humaine (ex-ister, se tenir hors de), et un des gestes fondateurs de l’islam (l’exil du Prophète). Cela nous paraît plus riche de prendre en compte les effets psychiques du déplacement, plutôt que la différence culturelle en soi : les différences culturelles existent aussi chez nous; chaque milieu social a sa propre culture. C’est aussi plus respectueux : on essaie de ne pas figer les gens, de ne pas les faire coller à leur origine nationale, culturelle, ou que sais-je encore.»³

A part cela, pourquoi parler d’exilés ? Pourquoi ne pas employer le terme de migrants ou de demandeurs d’asile ?... Dans un premier temps, ce choix nous semblait propre à refléter l’aspect «vécu» de la question, plutôt que ses aspects socio-politique ou juridique (l’actualité récente a surtout privilégié ces derniers). Cependant, le brouillage bénéfique que l’emploi du mot exil pouvait entraîner par rapport aux représentations les plus courantes, a aussi débouché sur une certaine confusion. De quoi parlait-on, finalement ?

Déjà, quand on dit «migrants», on embrasse d’un seul mot une grande diversité de réalités sociales et historiques : migrations intérieures (p. ex. de la Flandre vers la Wallonie, et vice-versa), migrations des Belges vers l’étranger (France, Etats-Unis...), des étrangers vers la Belgique. Et, parmi ces derniers, on a le choix parmi une large palette, même en se limitant au XXe siècle et aux flux migratoires les plus importants : réfugiés d’Europe centrale dans l’entre-deux-guerres, Italiens peu après 1945, Espagnols, puis Marocains, Grecs, Turcs, et aujourd’hui Polonais et autres ressortissants des pays de l’Est. Contexte politique et économique, nationalité, culture, religion, langue... tout est différent. Comment parler de cette diversité avec un minimum de pertinence, sans trop de superficialité — en six pages ? Et d’autant plus que la documentation sur les migrants est extrêmement abondante.

Nos lectures se doublant de rencontres-interviews, ce sont nos premiers interlocuteurs qui nous ont conduits à resserrer notre angle de vue et à nous intéresser plus particulièrement aux réfugiés. Pourtant, ici aussi le mot risque de figer les représentations : réfugiés = Petit Château... Ou peut-être Kosovo, Tchétchénie (mais c’est loin). Qui pense encore, entendant ce mot, aux camps de Palestiniens ? Ou bien, plus près de nous dans l’espace sinon dans le temps, aux Belges ou aux Français sur les routes de l’exode, en 1940 ?

Car l'exil est d'abord synonyme de départ forcé. Depuis l'Antiquité, c'est une sanction pénale politique — encore d'application récemment, comme p. ex. dans le cas de Pablo Neruda. La déportation est aussi une des grandes caractéristiques de l'histoire du dernier siècle. Pour Eric Hobsbawm, le XXe siècle ne s'est pas seulement caractérisé par les massacres de masse mais par les expulsions massives de population, et ce depuis la Première Guerre mondiale et la révolution russe : «Grosso modo, les années 1914-1922 ont engendré entre quatre et cinq millions de réfugiés. Ce premier flot d'épaves humaines n'était rien en comparaison de ce qui suivit la Seconde Guerre mondiale, ou de l'inhumanité du sort réservé aux populations déplacées. On a pu estimer qu'en mai 1945 l'Europe comptait 40,5 millions de déracinés, sans compter les non-Allemands astreints au travail obligatoire et les Allemands qui fuyaient devant la progression des armées soviétiques (...). Et il ne s'agit là que des seuls réfugiés de l'Europe. En 1947, la décolonisation de l'Inde en produisit quinze millions, obligés de franchir les nouvelles frontières entre l'Inde et le Pakistan (...). Autre sous-produit de la Seconde Guerre mondiale, la guerre de Corée déplaça peut-être cinq millions de Coréens. Après la création d'Israël — encore un effet de la guerre — près de 1 million de Palestiniens furent enregistrés à l'Office de travaux et de secours des Nations unies (...).»⁴

Le statut de réfugié politique est défini par la Convention de Genève (1951), mais, écrit Jean-Michel Decroly, «cette définition exclut d'une part les personnes qui ont fui des conflits politiques internationaux ou des guerres civiles (...). En outre, elle ne tient pas compte des réfugiés économiques. Ceux-ci constituent une catégorie très particulière de migrants puisqu'ils s'apparentent aux migrants économiques par les causes du déplacement (crise de subsistance, cataclysmes) et aux réfugiés politiques par la nature de ce déplacement (migration involontaire ou forcée).»⁵

La distinction entre migrants socio-économiques et réfugiés n'est donc pas si nette. Nous avons tendance à voir les premiers comme attirés vers nos pays par la perspec-

tive d'un meilleur revenu, de meilleures conditions de travail, etc., et à considérer les seconds comme repoussés par la situation politique (ou économique) de leur pays. Ces représentations recourent la distinction classique entre causes attractives et causes répulsives. Mais cette distinction est au fond très réductrice : «en général, les migrations sont le résultat de plusieurs facteurs, les uns répulsifs, les autres attractifs, exerçant une action conjointe».⁶

La distinction entre migrants socio-économiques et réfugiés pourrait reposer sur un autre couple de concepts : migrations spontanées/migrations provoquées. Mais les migrations provoquées ne résultent pas toujours de l'emploi de la force — comme dans la déportation des forçats ou des condamnés politiques vers les colonies (Guyane, Algérie, Australie...) —, mais aussi de celui de la persuasion, comme on en trouve de nombreux exemples en Europe depuis plusieurs siècles. Sans parler des compagnies de transport et des agences d'immigration, les gouvernements eux-mêmes ont multiplié les efforts publicitaires et les mesures économiques pour attirer dans leur pays une main-d'œuvre de peuplement.

Exil et santé

Tracer une ligne nette entre migrants socio-économiques et réfugiés n'est pas toujours simple non plus sur le plan de la santé (dans la triple dimension physique, psychique et sociale). On trouve chez ces deux types de population des spécificités mais aussi des points communs. Parmi ceux-ci, citons les trois grandes catégories de pathologies caractéristiques de la santé des migrants en général :

- les pathologies d'apport (ou d'importation), p. ex. les parasitoses et autres maladies tropicales;
- les pathologies d'acquisition, avec en tête la tuberculose, liée aux conditions de vie et d'hébergement;
- les pathologies d'adaptation, troubles psychiques (dépression, anxiété...) et psychosomatiques (ulcères, maux de tête, lombalgies...). Ces pathologies sont à mettre en relation avec ce que l'on a coutume d'appeler stress, et qui n'est peut-être rien d'autre que l'inadaptation sociale. Nous y reviendrons plus loin.

Deuxième point commun : un choc interculturel particulier, l'acculturation. On entend par là, non la perte de tous repères culturels (a-culturation), mais l'ad-culturation, c'est-à-dire le «changement dans la culture qui résulte du contact entre deux groupes culturels autonomes et distincts» (Redfield et coll., 1956, cités par Young 7).

Chez les réfugiés comme chez les autres migrants, nous dit Agnès Claes (Cultures & Santé, asbl), «dans les premiers mois, il y a toujours ce choc qu'on appelle l'acculturation. Une deuxième phase, qui peut durer des années et même toute une vie, est la transculturation, pour aller vers l'endoculturation, c'est-à-dire la création d'une nouvelle culture qui intègre ce que l'on garde du passé et ce que l'on choisit de la société-hôte.»⁸ A cet égard, le tableau qui suit permet de classer les «stratégies» adaptatives que l'on trouve chez les migrants.

Modèle bidimensionnel de l'acculturation psychologique

(d'après Berry, 1980, 1987, cité par Young)

	Désire/parvient à faire partie de la société-hôte	Ne désire/ne peut pas faire partie de la société-hôte
Désire/parvient à maintenir une identité ethnique distincte	INTÉGRATION	SÉPARATION
Ne désire/ne peut pas maintenir une identité ethnique distincte	ASSIMILATION	MARGINALISATION

Dans l'article déjà cité⁷, Marta Young commente : «Un grand nombre d'études élaborées à partir du modèle de Berry ont été menées au Canada et ailleurs. Les résultats démontrent systématiquement que l'intégration est le mode d'acculturation préféré. (...) Des quatre modes, l'intégration est celui qui a tendance à être associé à une meilleure santé mentale. Les individus qui endossent la marginalité ont souvent le niveau de stress acculturatif le plus élevé, suivi par ceux qui optent pour la séparation et l'assimilation (...).»

Inutile de dire que la marginalisation, au sens où ce concept est défini ici, est le lot des réfugiés en situation illégale, c'est-à-dire au moins 90% de ceux qui sont arrivés chez nous.

Ce qui nous mène à un troisième problème commun (dans une liste évidemment non exhaustive) : trouver sa place dans la société-hôte. Chez les immigrés économiques, les hommes du moins, cette place semble en grande partie liée au travail, au corps qui travaille : c'est pour travailler dans l'industrie que l'on a fait appel à eux, c'est pour cela qu'ils sont venus. D'où la honte et le désarroi que peut représenter le chômage, en particulier pour les pères.

En quête d'un statut

Le sort des demandeurs d'asile est tout autre. A partir d'ici, nous allons donc nous attacher spécifiquement à leur situation. Encore faut-il distinguer les candidats au statut de réfugié, ceux qui ont obtenu ce statut, et les candidats déboutés. Ces derniers sont condamnés à tenter leur chance dans un autre pays ou à vivre dans la clandestinité. Pour les demandeurs d'asile, trouver une place dans la société belge signifie bien évidemment, au premier chef, l'acquisition du statut, qui ouvre le droit au minimex, à la possibilité d'un emploi, d'un logement. Or, avant d'obtenir — éventuellement — ce statut, s'ouvre une longue période d'incertitude et de démarches administratives (un à trois ans, en moyenne).

Agnès Claes : «Les réfugiés vivent un énorme stress. Il faut essayer de se mettre à leur place. Vous quittez votre pays, toutes vos attaches, toutes vos racines : il faut déjà une motivation profonde pour franchir ce pas... Vous partez avec l'idée d'un Eden, parce qu'on n'émigre pas si on ne croit pas qu'on va vers un mieux. Vous arrivez, et on vous fourre dans un camp, au Petit Château ou ailleurs. Dans l'anonymat le plus complet. Dans une langue que vous ne maîtrisez pas, ou mal. Dans une culture qui vous est inconnue. Vous ne connaissez pas l'endroit où vous allez vivre. Vous n'êtes pas accueillis à bras ouverts; on vous dit : «on ne sait pas si on va vous garder». Donc ces gens sont dans un état... Ils sont extrêmement seuls. Ils ont tout quitté, ils ne peuvent plus faire demi-tour car ils risqueraient leur vie. Or ils risquent d'être renvoyés d'où ils viennent! Il faut se rendre compte de l'état de stress de quelqu'un qui vient, pour le dire de façon schématique, d'échapper à la mort. Il croit être arrivé dans un endroit où il pourra souffler, et on lui dit : «attendez, vous allez peut-être devoir y

retourner». Et cette attente va durer des semaines, des mois. Pendant ce temps, évidemment, ils commencent à faire connaissance avec des gens de leur culture, de leur pays, à connaître les filières clandestines. La seule chose qu'ils puissent faire est d'explorer toutes les alternatives qui s'offrent à eux...»

Cette obsession, parfaitement compréhensible, de l'immédiat, du lendemain, empêche tout autre projet à court terme, comme l'explique Yves Lambrechts, psychiatre au service de santé mentale Le Méridien : «Nous avons rencontré une assistante sociale du Petit Château, qui avait pour mission de créer des projets d'insertion sociale pour les demandeurs d'asile. Elle avait eu l'idée de réaliser ces projets en créant des ponts avec l'extérieur. Frappée par la souffrance qu'elle sentait chez ces réfugiés, elle cherchait une approche plus «psy», ou des groupes de parole, etc. Nous avons commencé au début de 1999 à faire des ateliers avec cette population, et cela continue aujourd'hui. Mais ce n'est pas évident! Le gros problème est la continuité. On peut dire que la fonction «groupe de parole» est très importante. Il y a quelque chose de l'ordre de la catharsis : avoir pu exprimer les choses, avoir pu échanger, avoir été reconnu, avoir eu la parole... C'est après que cela coïncide, par rapport à la réalité à laquelle ils sont confrontés quotidiennement : avoir un revenu, un logement, une aide pour leurs papiers. Il y a un gros décalage entre ces besoins primordiaux et un travail sur soi. Les gens sont dans une position de repli sur eux-mêmes; participer régulièrement à une activité leur demande une énergie folle. Ils ne sont pas là-dedans, ce n'est pas cela qu'ils recherchent... Par exemple, ils sont très centrés sur le logement, avec tous les problèmes administratifs mais aussi les réactions de rejet, le racisme ordinaire qu'on peut imaginer.»³

La procédure elle-même (voir schéma p. 14) génère des souffrances. Dominique Daniel, médecin au service de santé mentale Exil : «Il ne faut pas oublier que ces gens ont dû déployer une énergie incroyable pour arriver, vivants, en Belgique. Le séjour en prison, les tortures, la fuite, trois semaines dans la cale d'un bateau, l'arrivée à Anvers... ou bien à Zaventem, où parfois ils se retrouvent directement enfermés. Ils ont une histoire proprement incroyable ! Et c'est justement ce qui les empêche de s'en sortir : ils sont sans cesse confrontés à leur histoire.

A chaque étape de la procédure, ce qu'ils disent, ce qu'ils ont vécu est remis en doute. Peut-être certains d'entre eux inventent-ils des choses, mais pour celui qui a vraiment vécu ce qu'il raconte, s'entendre dire : «écoutez, les viols, ce n'est pas de ça qu'il s'agit, je veux savoir à quelle date vous avez perdu vos parents»... C'est extrêmement pénible, ils n'arrivent pas à faire le deuil de ce qu'ils ont perdu, à se refaire une vie, tant qu'ils n'ont pas le statut de réfugié. Ce qui peut prendre deux ans, trois ans. Notre rôle est de les accompagner dans ce processus. Quand ils sont convoqués, souvent ils viennent en consultation avant — et après, parce qu'ils vont encore plus mal qu'avant. Ces souffrances sont induites par le système qui existe en Belgique. Si le système était plus accueillant (comme à l'époque où les Chiliens sont arrivés, dans les années 70), l'adaptation ne serait certes pas facile, mais elle serait au moins soutenue. Tandis qu'aujourd'hui, tout au long de la procédure, c'est très dur. D'ailleurs, quand ils ont leur statut de réfugié, on voit bien qu'ils vont beaucoup mieux, ou on les voit moins souvent, ou ils viennent juste dire bonjour.

C'est souvent à partir du moment où ils ont reçu le statut de réfugié qu'ils commencent à s'intégrer dans un quartier : le CPAS de référence devient celui de la commune où ils vivent, on peut commencer à travailler avec une maison médicale ou un médecin du quartier. La consultation a un aspect social très marqué; il faut interpellier le CPAS - qui est parfois au fin fond de la Belgique -, faire des lettres aux administrations, vérifier que le patient a les moyens de payer les médicaments, demander des réquisitoires. On travaille en réseau avec plusieurs organisations. Il est particulièrement important de suivre ceux qui sont devenus clandestins, parce qu'ils ne sont plus dans aucune filière médicale. On reste un point d'ancrage pour eux : ils reviennent quand il y a un problème, ou quand ils se sont stabilisés.»⁹

Retrouver une appartenance

L'optique de l'asbl Exil est résolument multidisciplinaire. Anne Maskens, psychologue : «Les gens ne viennent pas avec une demande de traitement psychothérapeutique pour avoir été torturés ou violés. Ils disent «je ne dors pas», ou «j'ai mal au ventre», «je manque d'appétit»,

«j'ai des maux de tête», etc. C'est donc la consultation médicale qui est la première porte d'entrée, et c'est le médecin qui va petit à petit suggérer un lien entre les plaintes somatiques et les expériences vécues au pays. Nous avons tendance à éviter de «psychologiser» ces situations. Les guerres ou les coups d'Etat sont des pathologies sociales : c'est le lien social qui se rompt, les choses deviennent imprévisibles, les références habituelles n'ont plus de sens. Pour nous, il est important que du lien social se reconstruise dans le nouveau lieu où la personne habite. Et ça, ce n'est pas seulement la relation avec la psychologue qui le fait, c'est aussi la relation avec l'entourage, l'environnement social.

Prenons un exemple, celui d'une adolescente africaine qui était ici avec sa soeur et qui vivait dans un village ardennais. L'assistant social du coin lui avait fait une remarque qu'elle avait trouvée insultante et raciste, et elle nous a téléphoné, en larmes. Nous nous sommes rendus sur place, et nous avons pu voir qu'il y avait d'abord eu une mauvaise interprétation des codes culturels : par exemple, un jeune Africain ne regarde pas dans les yeux un homme plus âgé ou un supérieur hiérarchique, tandis que pour nous ce comportement est considéré comme sournois. On a pu mettre en mots une série de malentendus de ce genre.

Deuxièmement, nous avons remarqué que cette jeune fille avait de bonnes relations avec plusieurs personnes du village. On les a réunies et on a discuté tous ensemble pour voir comment continuer à la soutenir. Lors de la dernière réunion, les villageois se sont dit : «Au fond, il y a d'autres Africains dans le village, et on ne les a pas vraiment vus...». Ça a créé toute une dynamique. Finalement, la jeune fille s'est mariée, elle a eu un bébé, le baptême a eu lieu dans l'église du village, les Africains y ont chanté, ce qui a attiré l'intérêt et la curiosité des villageois, etc.

Pour moi, c'est ça qui est thérapeutique, bien plus que ce que peut faire un psy en individuel. Pour la personne qui est en exil, avec tout le fardeau que cela implique, pouvoir se sentir dans une appartenance sociale est fondamental — tout en sachant très bien que ce n'est pas son appartenance de base.»¹⁰

Roberto Santamaria, assistant social (Exil) : «Ce qu'on rencontre ici, ce sont souvent des personnes qui sont

arrivées aux limites d'elles-mêmes, et qu'il faut accompagner pour reconstruire avec elles une confiance, la capacité à se réinscrire dans un tissu social, à «être dans le monde», si je puis dire.

Quand je vois une personne parce qu'elle a du mal à payer sa facture de gaz, par exemple, je ne m'arrête pas là : j'essaie de connaître sa situation juridique, sociale, médicale, psychologique. J'essaie, avec elle, de mettre sur pied un projet pour elle-même, de l'inviter à se dire : «si je me trouve dans telle difficulté, à qui puis-je m'adresser ?». Bien souvent, le problème de ces personnes, c'est de ne pas avoir de référent sur qui compter. Un gage important d'intégration, c'est d'être capable de maîtriser des outils, d'avoir des personnes-ressources, pour commencer à faire son chemin, à bouger, à créer un tissu, des liens. Et là, on est vraiment dans la prévention.»⁹

Cet isolement est encore plus grand lorsqu'il s'agit de femmes seules avec de jeunes enfants ou d'adolescents non accompagnés. Exil développe un programme spécifique à l'intention de ces jeunes. **Anne Maskens :** «Certains d'entre eux ne parviennent pas à se mettre en projet, à cause de la lourdeur de la procédure administrative. Le projet de vie est pourtant pour eux une façon de se réapproprier leur adolescence. Ils ont un énorme désir d'apprendre et de se retrouver dans la vie normale : ils ont trop souffert de cassures, d'avoir perdu leur groupe de pairs, leur famille... Au Rwanda, il y a des jeunes de 14-15 ans qui ont marché pendant des mois, en dormant très peu, sans presque rien à manger. Se remettre dans un rythme scolaire, après ça, c'est difficile! Et les séquelles physiologiques jouent aussi.

Nous partons de l'idée que ces jeunes ont déjà suffisamment souffert et qu'en tant qu'adultes nous avons la responsabilité de casser le cercle vicieux de la violence. Car en Belgique aussi on peut être très violent: je parle de violence administrative, institutionnelle. Au début, nous passions notre temps à envoyer les jeunes au tribunal parce que, systématiquement, les CPAS refusaient de leur verser les indemnités. Même chose pour les écoles, qui refusaient de les inscrire : il fallait chaque fois envoyer les documents officiels. Notre choix était de responsabiliser les structures existantes, non de pallier leurs failles : en Belgique, les lois sont bonnes mais elles ne sont pas toujours appliquées, car beaucoup de gens se placent au-dessus et font la loi chez eux.

Autour du problème d'un jeune, on est parfois une dizaine : son avocat, l'assistante sociale du CPAS, son professeur, son thérapeute, l'assistant social d'Exil, etc. C'est très important de se réunir pour rester cohérents, savoir qui fait quoi, et aussi pour redonner sens, sécuriser le jeune quant à la capacité des adultes d'avoir vis-à-vis de lui leur rôle de protection. Quand ces jeunes arrivent ici, ils n'ont plus confiance en les adultes : ils ont vu et vécu tellement de choses ! Il faut donc que le message que nous leur adressions soit : « Nous, adultes, nous pouvons être cohérents et nous mettre ensemble pour résoudre des problèmes qui te touchent »... On s'est bien demandé si ce n'était pas difficile pour un jeune d'être confronté comme ça à dix adultes. Est-ce qu'ils n'étaient pas trop impressionnés ? Pas du tout ! Ils nous ont dit : « Ça fait vraiment du bien de se dire que tous ces gens sont là pour moi... » C'est dans la façon dont nous organisons nos pratiques que nous envoyons des messages. »

En conclusion

L'insécurité, le stress, l'angoisse fournissent un terrain propice aux pathologies psychiques et psychosomatiques, mais renforcent aussi l'isolement et l'ensemble des problèmes sociaux des réfugiés. Un autre écueil est l'accès difficile aux soins, en termes psychologiques (craintes, méfiance) mais surtout pratiques : coût, langage, méconnaissance du « mode d'emploi » et du labyrinthe juridico-administratif... L'unité mobile de MSF-Belgique à Bruxelles accueille chaque année un nombre croissant de patients, parmi lesquels « des demandeurs d'asile, victimes des lourdeurs administratives et des dysfonctionnements institutionnels, pour qui l'accès aux soins est un véritable parcours du combattant »¹¹. Une certaine proportion de la population vivant en Belgique, que l'équipe de MSF estime à 1 ou 2 %, est totalement en dehors du système de santé belge. « Dans ce groupe, une grande majorité peut retrouver des droits (...). On peut dire que tous les Belges appartiennent à ce groupe des « régularisables », même si tous ne franchiront pas le seuil qui les amènerait dans les « régularisés ». (...) Les individus qui se trouvent en situation d'exclusion totale, sans espoir de régularisation, sont pour la plupart des étrangers. Candidats réfugiés déboutés dans leur demande d'asile, ou clandestins forment l'essentiel de cette population. »

L'arrivée des réfugiés est hypermédiatisée, et les politiques la présentent comme une invasion (« la Belgique ne peut pas accueillir toute la misère du monde »). Dans les représentations sociales, il s'opère un amalgame entre les migrants, les demandeurs d'asile et — via notamment les frontières poreuses avec l'Est — les mafias, le trafic, la prostitution. Roberto Santamaria : « Les réfugiés ne sont pas dangereux ! Ils ne demandent qu'une deuxième chance d'avoir une vie normale, après toutes les choses atroces qu'ils ont vécues. Tous ces amalgames aboutissent en fait à stigmatiser, à pointer du doigt, non les plus dangereux, mais les plus fragiles, c'est-à-dire les réfugiés qui vivent dans la clandestinité. Ils sont doublement victimes : non seulement par ce qu'ils ont vécu dans leur pays, mais par le rejet et par l'image tronquée d'eux-mêmes que la société belge leur renvoie, l'image de délinquants. Ils ne se reconnaissent pas là-dedans ! Ces représentations (« comment on voit l'Autre ») conditionnent la relation. C'est pourquoi il est important de mettre en contact des familles belges avec des réfugiés bien réels. On voit alors, comme la presse et les médias en témoignent, la solidarité très forte qui s'établit, et se manifeste activement si ces réfugiés sont par la suite menacés de renvoi. »

La question des réfugiés est sans doute aussi l'occasion de réfléchir sur nous-mêmes, sur l'évolution de la Belgique et, au-delà, de la « vieille Europe ». La recrudescence de la xénophobie, les angoisses que suscite tout étranger non confortablement pourvu de devises, n'interviennent pas à n'importe quel moment de notre histoire. L'exemple belge est particulièrement éloquent, dit Philippe Woitchik, ethnopsychiatre¹² : « qu'est-ce que cela signifie, habiter en Belgique ? Habiter dans un pays composé de deux Etats ? De trois régions ? Ou habiter dans un pays qui n'existe plus tout à fait ? Et si vous vous arrêtez un tant soit peu sur certains mots qui font régulièrement l'actualité — délocalisation, mondialisation, revendication régionaliste... —, vous comprenez vite que ces questions ne sont pas réservées aux seuls Belges. (...) un pays, au-delà d'une surface terrestre, c'est également un *contenant*, un lieu qui *contient*, qui définit un groupe humain. Si ces contenants deviennent flous, cela ne va pas sans conséquence pour les individus qui y vivent, en somme, pour les *contenus*. En d'autres mots, il me semble manifeste que, lorsque le contenant

Belgique s'effiloche, la collectivité humaine qui y vit ne peut que développer une angoisse, un stress. (...) Si les pays d'Europe font actuellement la chasse aux clandestins, c'est sans doute aussi parce qu'il y a un stress collectif énorme, une peur de l'avenir.» ■

Dossier réuni par
Alain Cherbonnier et Françoise Kinna

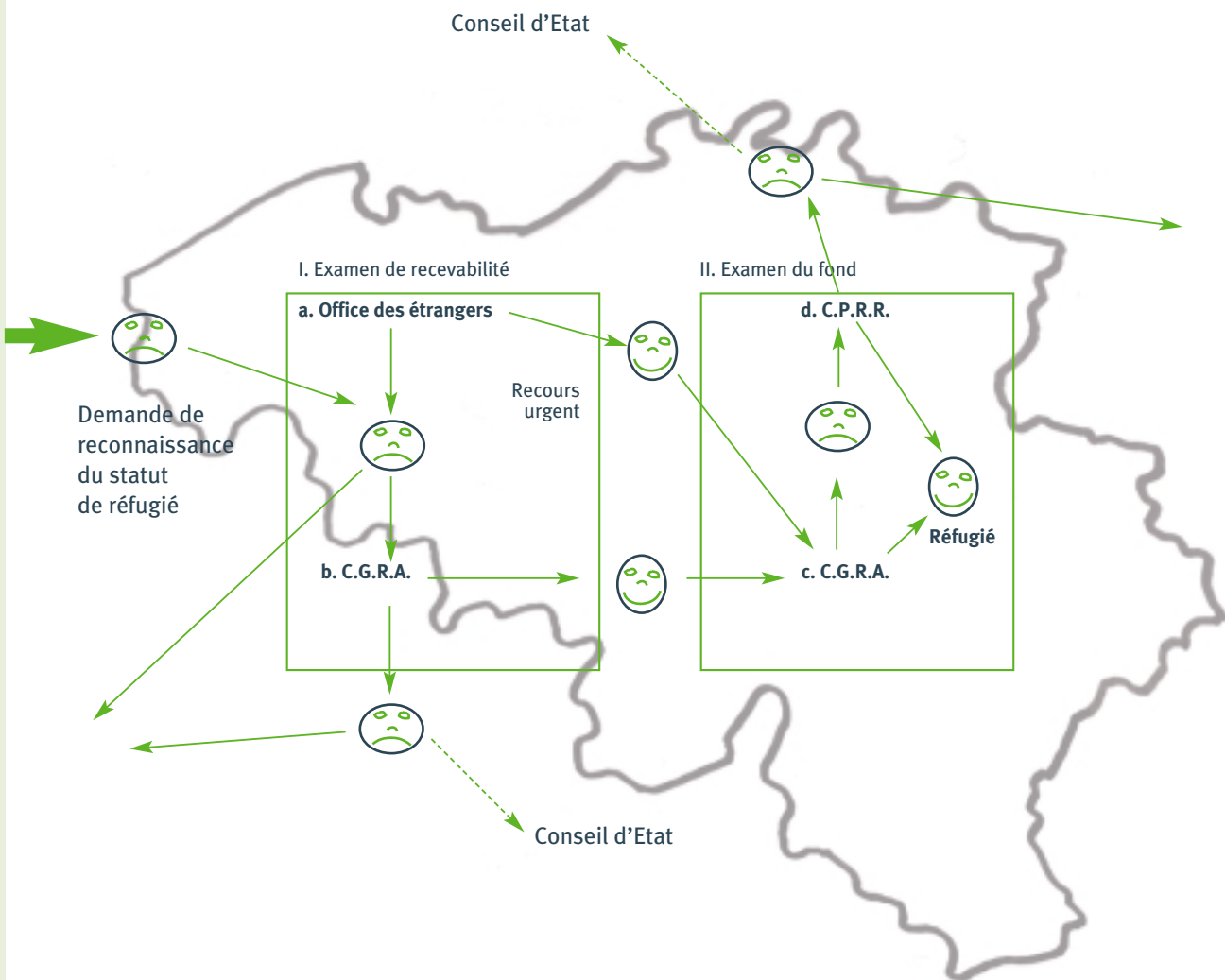
Merci aux personnes interviewées ainsi qu'à Jacques Meyers (Centre Bruxellois d'Action Interculturelle)

Références

1. Voir p. ex. *L'Amant sans domicile fixe*, de Fruttero et Lucentini (Ed. du Seuil, coll. Points).
2. *Psychanalyste, directeur de la revue Intersignes*. Citation extraite de «Les transfuges» in: Fafia Djardem (dir.), *Quelle identité dans l'exil?*, L'Harmattan, pp. 21-35.
3. Interview, 18/01/2000.
4. *L'âge des extrêmes. Histoire du court XXe siècle*, Ed. Complexe, 1999, pp. 80-82.
5. *Les migrations : un phénomène mondial*, Agenda Interculturel, 1991, n° 93-94, pp. 13-22.
6. *Encyclopædia Universalis*, 1995, titre «Histoire des migrations».
7. *Acculturation, identité et bien-être : l'ajustement de réfugiées somaliennes*, Santé mentale au Québec, 1996, vol. XXI, n° 1, pp. 271-290.
8. Interview, 03/02/2000.
9. Interview, 08/02/2000.
10. Interview, 27/01/2000.
11. *Accès aux soins et exclusion*, Santé Conjuguée, 1999, n° 8, pp. 64-66.
12. *Une société qui a mal à ses frontières (entretien avec Jacques Meyers)*, Agenda Interculturel, 1997, n° 154, pp. 9-11.

Procédure de reconnaissance du statut de réfugié

(1er juin 1993)



Remarque : le recours au Conseil d'Etat ne peut pas être suspensif

C.G.R.A. : Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides
C.P.R.R. : Commission Permanente de Recours pour les Réfugiés
Source : Exil asbl

Les fiches Sanomètre

«A la recherche de» : le titre de cette rubrique se justifie tout particulièrement, puisque c'est un outil de recherche que nous vous présentons cette fois. L'équipe de PROMES* publie en effet régulièrement, depuis 1997, des données scientifiques, mais aussi institutionnelles et législatives, regroupées dans une série baptisée Sanomètre.

Ces fiches abordent des thèmes de santé très variés : (tentatives de) suicide, dépression, consommation de graisse, obésité, accidents domestiques, cancers, consommation d'alcool et de tabac, mort subite du nourrisson, sida (8 fiches)... La santé des jeunes est fréquemment évoquée et fait aussi l'objet de fiches spécifiques (dialogue avec les parents, bien-être à l'école, traumatismes et accidents, plaintes et usage de médicaments).

Que trouve-t-on dans les fiches Sanomètre? La grande majorité sont construites selon un plan en trois parties : données, commentaires, implications pour l'action. Seules les fiches consacrées à des législations (armes, tabac) et celle qui porte sur les institutions et les politiques de prévention du sida respectent un autre découpage. Pour vous donner une idée plus précise du contenu, prenons deux exemples.

Sécurité à l'école

- Agressions verbales et physiques (n° 21) : un tiers à un quart des jeunes de 13 à 17 ans «expérimentent la violence de leurs pairs. Cette violence est moins décrite par les plus âgés, par les élèves de l'enseignement général et par les filles. Le pourcentage des jeunes qui ont des ennuis à l'école parce qu'ils se battent, ne respectent pas les règles ou détruisent volontairement du matériel, a tendance à diminuer avec l'âge (...). Ces résultats sont (...) à examiner avec la plus grande prudence : les jeunes qui connaissent les problèmes

disciplinaires les plus sérieux sont peut-être ceux qui, plus tard, décrochent de l'école.»

- Accidents (n° 22) : «les données permettent de dire que l'école est un lieu à risque, puisque c'est le lieu où surviennent au moins un quart des accidents subis par les jeunes de 10 à 18 ans.»
- Port d'armes (n° 30) : au cours du mois précédent, 13% des jeunes interrogés déclarent avoir porté sur eux un poignard, 11% une bombe lacrymogène, 6% un coup de poing américain, 4% une chaîne, 4% une arme à feu, 7% une autre arme. «14% déclarent avoir porté cette ou ces armes à l'école au moins une fois dans le dernier mois.»

Prévention du sida

- Exposition au risque (n° 25) : 10% des personnes interrogées ont eu deux partenaires sexuels ou plus dans l'année précédant l'enquête. La fréquence du multipartenariat est fortement corrélée positivement au jeune âge (25% chez les 15-24 ans) et au fait d'habiter Bruxelles (18%, contre 10% en Wallonie).
- Usage du préservatif (n° 28) : il est en hausse, surtout parmi les jeunes (plus de 60% des 15-19 ans ont utilisé le préservatif au cours du mois précédent) et les personnes qui ont des partenaires multiples. Cependant, la consommation du préservatif en Belgique reste une des plus faibles d'Europe, bien que les ventes augmentent régulièrement depuis dix ans. Par ailleurs, 10 à 15% des jeunes scolarisés qui ont déjà eu des relations sexuelles, et 30 à 50% de ceux qui n'en ont pas encore eu, n'ont jamais vu ou manipulé un préservatif. Dans les deux cas, ils s'agit surtout de jeunes filles, et d'élèves de l'enseignement technique et professionnel.■

Ces fiches constituent un outil de référence pratique et condensé (2 pages); elles recourent à un langage accessible au plus grand nombre, et présentent les données les plus récentes pour la Communauté française. On les trouve également sur le web : (<http://www.ulb.ac.be/esp/promes>).

* Unité de promotion-éducation santé de l'Ecole de Santé publique de l'ULB, route de Lennik 808, CP596, 1070 Bruxelles. Tél. : 02/555.40.81; fax : 02/555.40.49; e-mail: promes@erasme1.ulb.ac.be.

Autant le savoir

RÉPARTITION DES COMPÉTENCES EN MATIÈRE DE LOGEMENT SUR LE PLAN FÉDÉRAL, COMMUNAUTAIRE ET RÉGIONAL

MATIÈRE	RESPONSABLE	BASE LÉGALE
<ul style="list-style-type: none"> • Baux à titre de résidence principale 	Gouvernement fédéral (Ministère de la Justice) (M. Verwilghen)	Loi du 20/2/91 modifiant et complétant les dispositions du Code Civil relatives aux baux à loyer Arrêté Royal du 8/7/97 déterminant les conditions minimales à remplir pour qu'un bien donné en location à titre de résidence principale soit conforme aux exigences élémentaires de sécurité, de salubrité et d'habitabilité Code Civil: articles 1714 à 1762 bis
<ul style="list-style-type: none"> • Baux: régime général • Fiscalité immobilière Fixation du taux de TVA en matière de construction ou de rénovation Détermination du revenu cadastral 	Fédéral (M.Verwilghen) Fédéral (D. Reynders) Fédéral (D. Reynders)	 A. R. n°20 du 20/7/70 fixant le taux sur la TVA en déterminant la répartition des biens et des services selon ces taux Art. 4 § 4 de la loi spéciale du 16/1/89 titre 9 du Code des Impôts sur les revenus article 471
<ul style="list-style-type: none"> Fixation des taux, réductions et exemptions en matière de précompte immobilier Droits d'enregistrement sur les transmissions à titre onéreux de biens immobiliers Droits de succession 	Régions, provinces et communes	Art. 4 § 4 de la loi spéciale du 16/1/89 + loi communale
<ul style="list-style-type: none"> • Logement social 	Fédéral (D. Reynders) et Région Idem Région (A. Hutchinson)	Art. 4 § 4 de la loi spéciale du 16/1/89 + loi communale Ordonnance du 9/9/93 portant modification du Code du Logement pour la Région de Bruxelles-Capitale et relative au secteur du logement social
<ul style="list-style-type: none"> • Primes et aides régionales Prime à la construction et à l'acquisition 	Région (A. Hutchinson)	Arrêté du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale du 14 /5/98 instituant une prime unique à la construction ou à l'acquisition d'un logement
<ul style="list-style-type: none"> Allocations de déménagement, d'installation et de loyer 	Région (A. Hutchinson)	Arrêté Royal du 13/3/89 concernant l'octroi, pour la Région de Bruxelles-Capitale d'une allocation de déménagement, installation et d'allocation de loyer en faveur de personnes âgées ou handicapées A. R. du 13/3/89 concernant l'octroi, pour la Région de Bruxelles-Capitale d'une allocation de déménagement, installation et d'allocation de loyer en faveur de personnes évacuées d'habitations insalubres ou d'habitations faisant l'objet d'un arrêté d'expropriation ou d'une autorisation de démolir
<ul style="list-style-type: none"> Aide régionale à la constitution de garantie locative (secteur du logement privé) Prime à la rénovation 	Région (A. Hutchinson) Région (E. André)	Ordonnance du 16/7/1998 organisant une aide régionale à la constitution de garantie locative en matière de logement. Arrêté du 10/12/98 Arrêtés du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale du 4/07/96 relatif à l'octroi de prime à la rénovation de l'habitat au bénéfice de personnes physiques et de personnes morales de droit privé et au bénéfice d'associations œuvrant à l'insertion par le logement

MATIÈRE	RESPONSABLE	BASE LÉGALE
Prime à l'embellissement	Région (E. André)	Arrêté du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale du 27/11/97 relatif à l'octroi de prime à l'embellissement des façades
• Associations œuvrant à l'insertion par le logement	Région (A. Hutchinson)	Arrêté de l'Exécutif de la Région de Bruxelles-Capitale de 16/7/1992 relatif à l'octroi de subsides au bénéfice d'associations œuvrant à l'insertion par le logement
• Associations du réseau «Habitat»	Région (E. André)	Arrêté du 14/3/1998 du Gouv. de la Rég. de Bruxelles-Capitale relatif à l'octroi des subsides au bénéfice d'associations ou regroupement d'associations œuvrant à un programme de développement local intégré en matière de rénov. urbaine
• Agences Immobilières Sociales	Région (A. Hutchinson)	Ordonnance du 12/2/1998 portant création des agences immobilières sociales. Ar. du G. de la Rég. de Bruxelles-Capitale du 19/11/1998 organisant les A.I.S.
• Permis de location pour les logements meublés	Région (A. Hutchinson)	Ordonnance du 15/7/1993 concernant les normes de qualité et de sécurité de logements meublés
• Fonds du Logement des Familles de la Région de Bruxelles-Capitale	Région (A. Hutchinson)	Code du Logement (art. 115) Contrat de gestion entre la Région de Bruxelles-Capitale et le Fond du Log. des Familles de la Rég. de Bruxelles-Capitale (M.B. du 27/11/97)
• Opérations de rénovation urbaine effectuées par la Société de Développement Régional de Bruxelles	Région (E. André)	Arrêté du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale du 11/12/97 relatif à l'octroi de subsides pour la mission de rénov. urb. de la SDR pour la Rég. de Bruxelles-Capitale
• Aide au logement moyen	Région (A. Hutchinson)	Ordonnance du 29/8/91 visant à favoriser l'accès au logement moyen dans la Région de Bruxelles-Capitale Ordonnance du 13/4/95 organisant le secteur du logement moyen dans la Région de Bruxelles-Capitale
• Subsidés aux communes et aux CPAS pour l'acquisition, la rénovation ou la démolition suivie de reconstruction d'immeubles	Région (E. André)	Arrêté de l'Exécutif de la Région de Bruxelles-Capitale du 19/7/90 relatif à l'acquisition par les communes d'immeubles abandonnés Arrêté du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale du 12/2/98 organique de la rénovation ou de la démolition suivie de la reconstruction d'immeubles des communes et des centres publics d'aide sociale
• Aménagement du territoire permis d'urbanisme	Région (E. André) et communes	Ordonnance du 29/8/91 organique de la planification et de l'urbanisme
plan régional de développement	Région (E. André)	A. du Gouv. de la Région de Bruxelles-Capitale du 3/3/95
plan régional d'affectation du sol	Région (E. André)	A. du Gouv. de la Région de Bruxelles-Capitale du 16/7/98
• Inscriptions à l'inventaire du patrimoine immobilier, sur la liste de sauvegarde, classement	Région (E. André)	Ordonnance du 4/3/93 relative à la conservation du patrimoine immobilier
• Contrats de quartiers	Région (E. Tomas)	Ordonnance organique de la revitalisation des quartiers du 07/10/93
• Observatoire des loyers	Région (E. André)	
• Observatoire de l'habitat	Région (E. André)	
• Réquisition d'immeubles abandonnés	Communes	Loi communale (art. 134 bis) et Arrêté Royal du 6/12/93
• Arrêtés d'insalubrité	Communes	Loi communale (art. 135) du 24/6/88

L'asbl Relais Enfants-Parents

En Belgique, chaque année près de 20.000 enfants vivent l'incarcération d'un, voire des deux parents. La statistique révèle que 30% de ces enfants risquent de connaître à leur tour des problèmes de délinquance menant à la détention. Le risque d'une répétition des inadaptations sociales est évident.

En 1995, date à laquelle l'asbl Relais Enfants-parents s'est constituée, personne ne s'était encore soucié concrètement de cette problématique de santé mentale. Pourtant, cette population très ciblée est un terrain privilégié pour une prévention appropriée.

L'association a pour but d'aider au maintien de la relation entre l'enfant et son parent incarcéré. Elle veut agir dans une double optique de prévention.

Vis-à-vis de l'enfant: Le Relais se donne pour objectif de renforcer les résistances psychiques de l'enfant face aux traumatismes qu'il vit: séparation du parent incarcéré, perte de son identité sociale, de ses amis et jusqu'à sa propre image. En limitant les souffrances psychoaffectives de l'enfant pendant et après la période d'incarcération du parent, le Relais espère empêcher la répétition des actes de génération en génération.

Vis-à-vis des parents: Donner la possibilité aux parents de poursuivre la relation avec leurs enfants participe aux conditions minimales nécessaires pour entrevoir une réinsertion réussie à la libération.

Dans ce but, le Relais Enfants-Parents a constitué une équipe de professionnels de l'enfance et de la famille afin de:

- soutenir et accompagner l'enfant, son entourage (famille, home,...) et le parent, pour atténuer autant que possible les nuisances de la détention;
- sensibiliser le système pénitentiaire, les travailleurs psycho-médico-sociaux, le public aux dimensions psychologique et matérielle de l'enfant de détenu;
- participer aux travaux de recherche effectués dans le domaine, tant au niveau national qu'international.

Les actions de terrain mises en place par le Relais Enfants-Parents sont au nombre de quatre.

- Si l'enfant peut rendre visite à son parent lors de visites prévues par l'établissement pénitentiaire, les conditions de ces rencontres ne sont pas toujours adaptées à l'enfant. C'est pourquoi le Relais Enfants-Parents vise à améliorer divers aspects de ces rencontres selon les disponibilités de chaque établissement. C'est la création d'Espace Enfants.
- Les groupes de parole rassemblent les parents en détention. Ils leurs permettent de réaliser qu'ils ne sont pas seuls dans cette situation, d'échanger et d'être reconnus comme parents. Dans ce cadre, nous abordons toutes les questions touchant aux enfants: «Dois-je dire à mon fils que je suis en prison?», «Pourquoi ma fille ne m'écrit-elle plus?»,... Par ailleurs, lors de ces moments de rencontre, il est donné le temps au parent de confectionner un objet ou un jouet pour l'enfant.
- Des entretiens sont mis en place pour les enfants, les parents, les familles. Un soutien ponctuel ou une aide à long terme peut être envisagée dans ce contexte.
- Des bénévoles navetteurs accompagnent les enfants en visite en prison lorsque des difficultés matérielles empêchent les rencontres.

Si la Politique de l'Enfance a pour but de favoriser l'épanouissement des enfants pour qu'ils deviennent des adultes responsables, il doit en être de même pour les enfants de détenus, particulièrement vulnérables et défavorisés. C'est pourquoi le Relais Enfants-Parents continue à défendre l'importance de la reconnaissance de leurs actions. ■

*Geneviève Moumal
Psychologue*

*Relais Enfants-Parents asbl
rue de Bordeaux, 62a
1060 Bruxelles
Tél. - Fax: 02/534 88 13*

La prévention et les drogues en débat

Le 3 décembre dernier, à Bruxelles, l'asbl Eurotox proposait une journée d'étude sur les drogues de synthèse (en fait, principalement la MDMA, mieux connue sous le nom d'ecstasy). Eurotox regroupe trois associations — Infor-Drogues, Prospective Jeunesse et Modus Vivendi — autour d'une conception de la prévention qui associe niveaux primaire et secondaire, privilégie la réduction des risques liés à l'usage des drogues et se situe dans une perspective de promotion de la santé.

Philippe Bastin (Infor-Drogues) replace la journée dans son contexte. Eurotox mène actuellement une recherche, financée par la Communauté française, au départ du constat suivant : il existe de nouvelles drogues et de nouveaux modes de consommation. Il semble donc nécessaire de «remettre les compteurs à zéro» afin d'être en phase avec la réalité que vivent les jeunes par rapport aux drogues.

Les questions posées à l'ouverture de cette journée sont les suivantes :

- Sur le plan de la toxicité, qu'en est-il de la dangerosité des drogues de synthèse, et notamment de l'ecstasy ?
- Sur le plan de la prévention, quelles mesures prendre ? En particulier, que penser des tests visant à déterminer la qualité et les composantes de ces drogues, effectués dans les «rave parties» et autres lieux de consommation ? Faut-il y voir l'occasion de donner une information et/ou le risque d'induire une fausse sécurité ?

Bernard Roques (Université de Paris V) est l'auteur d'un rapport sur la dangerosité des drogues, demandé en son

temps par Bernard Kouchner pour des raisons de santé publique. La comparaison des drogues licites et illicites s'impose, parce que l'opinion générale est que les premières sont à consommer avec modération et les secondes à éviter absolument, alors que les unes et les autres ne fonctionnent pas de façon fondamentalement différente. Un des intérêts du rapport est de mettre en évidence les risques de l'alcool et l'importance du problème (8 millions de personnes concernées en France). Cela a conduit à une extension des missions de la MILT (Mission Interministérielle de Lutte contre les Toxicomanies).

Erik Fromberg (Pays-Bas) rappelle que la MDMA est apparue dans les années 80, par petites quantités. C'est l'interdiction de la production qui a entraîné une production criminelle, et des pilules contenant d'autres produits (amphétamines, p. ex.) ont fait leur apparition. La MDMA concerne seulement certains neurones, contrairement à l'alcool, et sa neurotoxicité à court terme est très faible. On formule l'hypothèse — invérifiable pour l'instant — que des symptômes apparaissent seulement si un pourcentage élevé des neurones concernés sont détruits, comme dans le cas de la maladie de Parkinson. Mais il est possible aussi que l'âge intervienne (perte lente des neurones).

Pour l'instant, dit Fromberg, les accidents graves liés à la prise de MDMA sont aussi peu fréquents que les accidents de pêche, mais ils sont montés en épingle par la presse. Alors que si un pêcheur tombe à l'eau et se noie, cela fait cinq lignes en page 8 des journaux régionaux ! Il est rare qu'un pêcheur tombe à l'eau, et qu'il ne sache pas nager, et que personne ne soit là pour le repêcher... Il en va de même pour l'ecstasy. Cependant, il faut noter l'importance de la chaleur dans la toxicité de la MDMA*. Les «rave parties» présentent donc, de toute façon, les moins bonnes conditions pour en consommer.

Enfin, si la MDMA se révélait en fin de compte très toxique, ce message serait peu crédible auprès des jeunes, en

raison de toutes les bêtises que l'on a dites sur les dangers d'autres produits, particulièrement le cannabis.

Pour Bernard Roques, la prévention doit certes éviter la dramatisation, mais il faut aussi dire honnêtement ce que l'on sait — ni plus, ni moins. Car certains individus ont une susceptibilité plus grande et courent donc des risques plus élevés. Par ailleurs, on ne peut pas passer sous silence les risques judiciaires liés aux drogues illicites. Enfin, une certaine indulgence vis-à-vis de l'ecstasy pourrait renforcer l'indulgence vis-à-vis de l'ensemble des drogues de synthèse. Or, lorsque la molécule est simple, celles-ci peuvent être produites facilement, et certaines d'entre elles sont parfois très toxiques.

Peter Cohen (Pays-Bas) pose la question : qu'est-ce qui fait que l'on veut *prévenir* quelque chose? La plupart des usagers prennent des drogues comme on prend de l'alcool : c'est intégré dans la vie courante. L'usage continu à très haut niveau est un phénomène assez rare. Pourquoi se préoccupe-t-on tellement de la drogue ? Il y a 25 ans, c'était la sexualité. Pourquoi une telle agitation sociale se développe-t-elle dans ces champs-là? L'hypothèse de Cohen est la suivante : on a besoin de valeurs collectives, et la société protestante et puritaine peut exprimer ces valeurs (ordre, mesure, vertu) dans des champs comme la sexualité ou la drogue. Nos moyens en prévention sont très limités, mais la prévention nous permet de dire nos valeurs. La prévention des dépendances ou de l'usage excessif est presque impossible. Par contre, informer pour éviter les erreurs, les accidents (p. ex. association alcool-benzodiazépines) est plus réaliste: la plupart des usagers veulent éviter ces risques, et la plupart des non-usagers veulent les éviter aux usagers.

La prévention, dit Philippe-Jean Parquet (France), est basée sur deux types de croyances : (1) on est capable d'agir sur soi, sur son environnement...; (2) on est modelé par son environnement. Cela a donné une alliance entre, d'une part, l'Etat, les politiques (dans une logique de bien-être social mais aussi de pouvoir) et, d'autre part, le monde médical (qui a construit une prévention fondée non sur des valeurs mais sur le savoir).

- La prévention doit s'adresser à tout un chacun, au

citoyen, et viser à lui donner des compétences (éducation pour la santé).

- La prévention doit se situer par rapport aux besoins et attentes de la population, ce qui implique une redéfinition du rôle des personnels de santé.
- On se pose essentiellement la question «comment faire?», mais la prévention, c'est d'abord réfléchir, penser (définir les concepts). C'est seulement ensuite qu'intervient la méthodologie.

M. Parquet plaide pour une prévention hétérogène mais cohérente : des actions diversifiées vers les différentes façons de s'approprier les drogues, c'est-à-dire la dépendance, l'abus (usage nocif), l'usage «récréatif» et l'abstinence. Il faut en effet remettre en question les figures caricaturales de l'alcoolique, de l'héroïnomane ou du cocaïnomane.

Enfin, réagissant à un argument d'Erik Fromberg en faveur de la réglementation des drogues («dans le système prohibitionniste, aucune politique de prévention n'est possible»), Philippe-Jean Parquet estime qu'on ne peut pas totalement séparer la sphère privée et la sphère publique : toute activité privée a une résonance sociale, collective. Si l'on s'enivre chez soi, on peut causer un accident le lendemain, ou ne pas aller travailler. Il préfère la réglementation parce qu'elle supprime les effets pervers de la prohibition, mais il ne croit pas que la première aura forcément plus d'avantages que la seconde. Ce n'est pas parce que la prohibition empêche des choses que sa suppression va (toutes) les permettre...

Alain Cherbonnier/Question Santé

Si ces quelques échos vous ont donné envie d'en lire davantage, procurez-vous le numéro de mars des Cahiers de Prospective Jeunesse, qui publie les actes de cette journée (02/512.17.66). ■

** Le produit ajouté à la chaleur ambiante et au mouvement augmente le risque d'hyperthermie, d'où l'importance de boire énormément.*

Du 7 février au 28 mai 2000 : A des années-lumière :

une exposition, des conférences, un site Internet, un semestre dédié à l'univers. Le tout, organisé par le Musée de Sciences et des Techniques de Parentville (ULB).

Pour infos : Musée des Sciences et des Techniques de Parentville

Tél.: 071 600 300

Fax : 071 600 305

E.mail : muscitec@ulb.ac.be

Site web : <http://www.ulb.ac.be/musees/parentville/>

Les 30 et 31 mars et 1 avril 2000 : Investir en santé, une formation organisée par ULB-PROMES dans le cadre du projet de l'OMS-Europe «Investir en santé».

La formation vise à :

- introduire les participants dans la démarche «investir en santé»;
- développer les compétences d'analyse des déterminants socio-économiques d'un problème de santé et d'identification de solutions;
- permettre aux participants de développer une méthodologie d'action (critères de décision, critères de qualité et jalons pour l'action).

Pour infos : Mme Anne-Sylvie Ladmirant, U.L.B.

Tél.: 02 555 40 81

Fax : 02 555 40 49

E.mail: promes@erasmel.ulb.ac.be;

danielle.piette@ulb.ac.be

Du 7 au 10 mai 2000 : Les soins et aides à domicile, pont vers le 21^e siècle, deuxième congrès mondial sur l'aide et les soins à domicile à Vienne (Autriche).

Huit thèmes y seront abordés :

- tendances dans les soins à domicile au siècle prochain en Europe occidentale, en Europe de l'Est, aux Etats-Unis, au Japon, en Afrique, etc.;
- organisation et financement des soins et aides à domicile;

- relations et besoins des patients et clients, prestataires de soins, familles et relations, prestataires de soins informels;
- prévention et promotion de la santé dans les soins et aides à domicile;
- possibilités des soins et aides à domicile. Type de patients, type de soins, évolution technique;
- éducation et qualité dans les soins sociaux et soins de santé, soins et aides à domicile;
- soins et aides à domicile et logement;
- modèles de continuité des soins.

Pour infos : Home Care 2000

Tél.: (+43-1) 512 80 91

Fax : (+43-1) 512 80 81 80

E.mail : homecare2000@icos.co.at

Bruxelles Santé Spécial 99 : Errata

Quelques erreurs ont été constatées dans le numéro spécial 99 de Bruxelles Santé, «Indicateurs socio-sanitaires, Région de Bruxelles-Capitale». Des errata sont disponibles, sous la forme d'un feuillet à glisser dans votre formulaire. Pour obtenir ce feuillet, il suffit de téléphoner au 02/512 41 74.

Trop souvent, «immigration» et «asile» sont inopportunément liés. Il ne s'agit pourtant pas des mêmes questions, même si elles sont toutes deux cruciales.

Les migrations seront une donnée essentielle et durable de nos sociétés engagées dans d'infinies interconnexions. Inéluctables, les migrations sont une richesse encore trop entravée par des préjugés frileux. Elles s'imposeront en dépit des barbelés ou des lasers, des règlements d'exclusion ou de programmes démagogiques. La libre circulation des hommes, en retard sur les échanges commerciaux et financiers, devra faire, à travers toute l'Europe, l'objet de politiques à long terme. Certes, il est hasardeux de s'appuyer sur des pronostics tablant sur nos comportements dans 50 ans, pour imaginer que l'immigration résoudra le problème de dénatalité européenne. Tant d'éléments devront être pris en considération et nécessitent un débat en profondeur : ainsi, l'Europe pourra-t-elle échapper aux quotas ?

Quelle sera la répartition ? Ensuite, doivent être prises des décisions démocratiques avec chaque fois en regard une information la plus objective possible, pour que tous les citoyens soient conscients des enjeux. Des règles européennes doivent prendre la place de mesures nationales de régularisation par à-coups, dont il est dit sans convaincre, à chaque fois, qu'elles seraient les dernières... Ces régularisations hétéroclites, qui n'apportent même pas de réelles solutions à court terme, risquent, en outre, d'alimenter le fonds de commerce pétri d'intolérance et de racisme des partis d'extrême-droite.

L'asile est un droit que les Etats se réservent : celui d'accueillir des êtres humains - en détresse -, afin qu'ils puissent souffler et repartir lorsque les violations des Droits de l'Homme auront cessé ou s'estomperont. Nos Etats occidentaux ont construit un statut de réfugié,

pris sous l'angle de l'individualité. Petit à petit, l'ampleur et la gravité des conflits les obligent à réfléchir à un statut collectif, temporaire.

Il faudra donc adapter la Convention de Genève relative au statut des réfugiés, texte de base qui a été adopté il y a presque 50 ans. L'adaptation, la modernisation de cette Convention ne peut pas s'accompagner du grignotage des protections reconnues aux réfugiés et aux candidats réfugiés qui, une fois leur demande introduite, et, pendant toute la durée de la procédure, doivent rester à l'abri des refoulements.

De même, un statut moins individuel ne doit pas aboutir à ce que soient légitimés des rapatriements collectifs et arbitraires lorsque des autorités estiment que - à leurs yeux - le conflit, la crise, les violations sont sur le point de se terminer.

La carence des politiques de migration a entretenu la confusion entre demandeurs d'asile et immigrés, préjudiciable aux solutions spécifiques qui doivent être apportées. Le dernier exemple, pour la Belgique, est la loi du 22 décembre 1999. Mettant en parallèle une politique d'expulsion à l'encontre de certains, et, pour d'autres de régularisation, cette loi est née dans un grand désordre. Déjà, le Conseil d'Etat avait fait valoir combien il était difficile de justifier la discrimination entre ceux - travailleurs «au noir» et candidats réfugiés - qui pourraient avoir accès au sésame : un document d'identité, et, d'autres, sans doute les plus nombreux, qui devraient - au besoin par la force - quitter notre territoire. Depuis, beaucoup d'étrangers se sont enfoncés plus profondément encore dans la clandestinité, en attendant que les non régularisés viennent les rejoindre.

Il faudra faire le bilan de cette régularisation, aux critères mal définis, aux possibilités d'interprétation qui engendrent l'arbitraire. En attendant, ces mesures obligent les candidats à la régularisation à rester, pendant les mois que durera la procédure, dans l'ombre, puisqu'ils ne peuvent pas travailler officiellement.

UN NOUVEAU STATUT ?

Quelques dizaines de familles de candidats réfugiés bénéficieront de cette régularisation, sans avoir - comme le leur aurait donné un statut de réfugié - un accès immédiat au marché du travail, et surtout sans recevoir la moindre garantie qu'ils seront protégés par la Convention de Genève. Ainsi, quelques-uns auront cédé à la facilité d'abandonner un statut qu'ils auraient pu décrocher après une pénible course d'obstacles. Le plus souvent, à moins de 100 km de leur résidence, sans aucune garantie, ces anciens candidats réfugiés franchiront une frontière, par exemple, face à une demande d'extradition du régime qu'ils ont fui...

Comme si le gouvernement belge voulait démontrer que la plupart des candidats réfugiés n'étaient que des migrants économiques, il a inscrit au titre de première condition de régularisation, le fait - pour ces candidats réfugiés - d'avoir enduré une procédure pendant 3 ans s'ils ont des enfants en âge scolaire, ou 4 ans s'ils sont célibataires, pour pouvoir échapper à l'éloignement. De telles régularisations ponctuelles avaient d'ailleurs été décidées au cours des 10 dernières années par les gouvernements qui se sont succédé, dénonçant chacun à leur tour les lenteurs et complexité des procédures d'asile. Pour les candidats réfugiés donc, l'opération de régularisation n'aura réussi qu'à créer un peu plus l'amalgame.

Si les demandes d'asile ont fléchi au mois de janvier en raison de la fermeture des frontières, l'année 2000 - avec une nouvelle déflagration en Afrique centrale, que viennent pourtant de confirmer à cor et à cri les Etats Unis - verra un nombre de candidats réfugiés supérieur à celui de 1999. Les procédures telles qu'elles ont cours actuellement et qui s'épuisent dans une pléthore de recours aussi inutiles que coûteux, aboutiront à d'autres engorgements.

Focalisés par une loi de régularisation tout autant que de recensement des illégaux, nos gouvernants en oublient leurs promesses du mois de juillet 1999 : mettre en

discussion au parlement un projet de loi afin que la procédure de refuge évite le détour devant l'Office des Etrangers, permette des recours moins nombreux mais effectifs, et se déroule dans des délais raisonnables.

Les nuages s'amoncellent sur une partie de l'ancienne Union soviétique, le désastre est en train de ronger les anciennes colonies belges. Combien de temps faudra-t-il encore attendre avant que le parlement puisse doter la Belgique d'une nouvelle procédure permettant d'accueillir les réfugiés, dignement. Sinon, le risque est grand - confusion oblige - qu'ils s'entendent dire que la procédure des régularisations est clôturée...

Elle est lancinante la ritournelle qui veut évidemment que rien d'efficace ne pourra se faire sans... l'Europe. Cette Europe se dote d'instruments juridiques pour rendre uniforme les normes en matière de refuge. Nos élus, et notre détermination, par les pressions sur les conférences intergouvernementales, le Parlement européen et la Commission européenne, pourront donner jour à ce nouveau statut, cette fois à l'échelle de l'Union. Ainsi, sans particularismes nationaux, sera partagée entre tous les Etats membres la solidarité qui s'impose face à des sœurs et des frères humains qui n'ont plus d'espoir que dans nos démocraties. ■

*Georges-Henri BEAUTHIER
Président de la Ligue belge des Droits de l'Homme*

Bibliographie thématique

Amnesty International. **Les réfugiés : dossier pédagogique primaire et secondaire.** Bruxelles: Amnesty International; 1997; 28p.

Bastin, Anne Françoise. **L'exil au quotidien.** La Revue Nouvelle. 1995; 4 avril: pp.53-58.

Bastyns, Catherine. **Les chiffres de l'alpha en Communauté française.** L'Observatoire. 1998; (20) : pp.29-32.

Benoit, Guy. **Les missions des centres publics d'aide sociale : questions d'actualités.** Bruxelles : Facultés Universitaires Saint-Louis; 1996; 192p.

Bienfait, François. **De la guerre à l'exil.** Agenda Interculturel. 1999; juin(175): pp.17-21.

Bourguignon, Annie. **La vie entre parenthèses.** Nouvelle Tribune. 1999; mars-avril(19): pp. 12-15.

Carlier, Jean-Yves. **Réfugiés : des réformes humaines et réalistes.** La Revue Nouvelle. 1998; novembre(11) : pp. 14-23.

Cleemput, J. **La politique d'asile et d'immigration : un calvaire ?** Notes de Documentation. 1998; décembre(150) : pp. 1-11.

Collectif de résistance aux centres fermés. **Les camps de la honte : dossier d'informations.** Alternative Libertaire. 1998; nov (211): p.7.

Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides. **Dixième rapport annuel du commissariat général aux réfugiés et aux apatrides.** Année d'activité 1997. Bruxelles; 1998. Rapport d'activités.

De Beys Xavier. **La politique des réfugiés : une question économique, éthique ou simplement de démocratie** In : Le familier et l'étranger : didactique de l'accueil et du rejet 295p. Academia Bruylant ed. Louvain-La-Neuve; 1998; pp. 211-218.

Deramaix, Patrice. **Contre les expulsions/réponses citoyennes à une violence d'état : Une évasion de plein droit.** Alternative Libertaire. 1998; septembre(209) : pp. 7-9.

Detheux, Alain. **Commentaire de la circulaire du Ministre de l'intérieur du 15 décembre 1998 relative à l'application de l'article 9, alinéa 3, de la loi du 15 décembre 1980 et la régularisation de situations particulières.** Revue du Droit des Etrangers. 1999; (102): pp. 3-22.

Goblet, Vincent. **Après la mort de Sémira Adamu.** Alternative Libertaire. 1998; novembre(211) : pp. 5-6.

Goldman, Henri. **La deuxième mort de Sémira.** Politique 1999; novembre(8) : pp.3-5.

Klakocar, Helena. **Passage en douce : carnet d'errance.** Fréon Edition & L'Atelier Edition ed. 1999; 283p.

Sarolea, Sylvie. **100 questions sur les droits des réfugiés.** Jeunesse et droit ed. Liège; 1998; 233p.

Velghe, Valérie. **La mission d'accueil des demandeurs d'asile de la Croix-Rouge.** L'Observatoire. 1999; (22) : pp.7-9.

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

Secrétariat de rédaction :
Françoise Kinna

Comité de rédaction :

Dr Robert Bontemps
Alain Cherbonnier
Thierry Lahaye
Dr Roger Lonfils
Solveig Pahud
Dr Aldo Perissino
Dr Patrick Trefois

Graphisme :
Carine Simon

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



Une réalisation de l'asbl Question Santé
Tél. : 02/512 41 74 Fax : 02/512 54 36
E-Mail : question.sante@skynet.be



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

DANS NOTRE PROCHAIN NUMÉRO :
L'accueil de la petite enfance