

# BRUXELLES SANTÉ

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°20 - Décembre 2000

# N°20



## Sommaire

- 2 à 5**    **En direct de...**  
*Le Centre de Santé d'Ixelles*
- 6 à 13**    **Dossier**  
*Toxicomanies :*  
*quelles ressources à Bruxelles ?*
- 4 à 16**    **Initiatives**  
– *Le réseau bruxellois des Centres de*  
*Documentation de la Santé*  
– *Espace social Télé-service*
- 17 à 19**    **Echo du Centre Local de Promotion**  
**de la Santé**  
*Les besoins des relais face aux*  
*problèmes de santé mentale des*  
*jeunes*
- 20 à 23**    **A propos de...**  
*Les enjeux de la politique du logement*  
*social bruxellois*
- 24**        **Documentation**



Bureau de dépôt  
Bruxelles 5

BELGIOUE  
P. P.  
1050 BRUXELLES 5  
1/6233

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)

## Drogues dans l'Union européenne : les solutions clés

Dans l'Europe d'aujourd'hui où les drogues sont un sujet d'inquiétude pour tous les citoyens, pourquoi la fiabilité de l'information sur le sujet est-elle si importante et en quoi fait-elle la différence ? Avant que l'Observatoire n'existe, les informations sur les drogues en Europe étaient dispersées, variables et contradictoires, vouant à l'échec toute tentative de tracer une image précise et crédible de l'étendue du phénomène de la drogue sur laquelle fonder une action concertée des Etats membres et de la Communauté. Il résultait de cette situation que les politiques au niveau national et européen étaient davantage fondées sur des spéculations que sur des faits réels.

Grâce à la mise à disposition d'« informations objectives, fiables et comparables », l'Observatoire est maintenant apte à communiquer à son audience une image claire et détaillée du phénomène de la drogue dans l'Union européenne.

Le 11 octobre 2000, l'OEDT a présenté, à Bruxelles, son cinquième « Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'union européenne »<sup>1</sup>. L'OEDT constate une évolution des modèles de consommation problématique de drogues dans l'UE. Au phénomène de l'héroïnomanie, le rapport enregistre une émergence de la consommation problématique de cocaïne (souvent associée à l'usage d'alcool), la polytoxicomanie portant sur les drogues telles que les amphétamines, l'ecstasy et les médicaments, ainsi qu'une très forte consommation de cannabis.

Le rapport souligne que le nombre de consommateurs problématiques de drogue dans l'UE – encore essentiellement d'héroïne – qui est estimé à 1,5 million, est demeuré relativement stable depuis l'année dernière. Il note, toutefois, que les héroïnomanes « deviennent une population largement vieillissante, présentant de sérieux problèmes sociaux et psychiatriques. »

Le rapport reflète une préoccupation croissante vis-à-vis de la forte polytoxicomanie qui se manifeste dans les milieux de l'ecstasy et des « rave parties » : « les modèles de consommation de drogues durant les week-ends ou à des fins « récréatives » impliquent de plus en plus la combinaison

suite page 23

# En direct de...

## Le Centre de Santé d'Ixelles

**Point de départ : un simple incident dans la vie d'une classe de 1ère primaire, à l'école communale n° 8 du Bois de la Cambre.**

**Résultat : un projet assez exemplaire d'éducation pour la santé, mené en partenariat par une infirmière scolaire, Marianne Dupuis, une kinésithérapeute, Véronique Van Lier, et une institutrice, Eliane Decafmayer-Vandemeulebroucke. Projet exemplaire en raison de ce partenariat, où chacune prend pleinement sa place, mais aussi en raison de la rigueur et de la créativité des partenaires. Et surtout de leur souci permanent de dépasser l'injonction comportementale et le cadre biomédical – à propos pourtant d'un problème qui s'y serait facilement prêté : les maux de dos – pour inscrire le projet dans son environnement concret et prendre en compte le développement affectif et cognitif de l'enfant.**

## Interview

**Bruxelles Santé : Comment ce projet a-t-il débuté ?**

**Marianne Dupuis :** Il y a deux ans, suite à des problèmes de dos, Mme Vandemeulebroucke a dû s'absenter quelque temps de l'école et, à son retour, ses élèves lui ont demandé ce qu'elle avait eu. Ses explications ont entraîné beaucoup d'intérêt et de questions de la part des enfants, et elle a fait une petite animation pour montrer le schéma de la colonne vertébrale, comment faire pour se tenir droit, pour bien porter le cartable, etc. Là-dessus, j'arrive en classe, et je me dis que c'est intéressant de faire ce genre d'intervention, non seulement parce que les enfants sont souvent très mal installés, mais surtout en raison de la manière de procéder : en joignant le geste à la parole. « Tiens-toi droit », ça ne veut rien dire pour les enfants. A force de discuter, l'idée est venue d'animer ensemble plusieurs

séances. Après présentation du projet au directeur de l'école, M. Mayor, celui-ci s'est montré enthousiaste et nous a donné carte blanche. Le problème, c'est que je n'avais jamais fait ce genre d'animation ! J'ai regardé autour de moi, et j'ai rencontré Véronique, qui est kiné dans l'enseignement spécial (à l'école Les Carrefours, à Etterbeek) et qui, par sa formation, était à même de m'aider.

**Véronique Van Lier :** C'est un sujet qui me tient à coeur depuis longtemps et que je souhaitais aborder avec des enfants : on parle toujours des maux de dos chez les adultes, mais si on touchait les enfants dès le plus jeune âge, on pourrait éviter des problèmes par la suite. Quand Marianne est venue me voir pour en discuter, je lui ai dit : "Tu sais, tu n'es pas partie pour seulement deux ou trois séances !" ... Parce qu'il faut prendre les choses à la base et travailler au niveau du concret, surtout à cet âge-là : les enfants doivent vraiment sentir et vivre les choses. Il est inutile de leur dire "ne fais pas ça" ou "tu ne peux pas te mettre comme ceci". Il faut leur expliquer. Ce qui a joué un rôle très important dans ma décision de participer au projet, c'est que l'institutrice était très ouverte au projet et qu'elle en a été partie prenante.

**MD :** Avec les enfants, elle avait rangé toutes les chaises par taille (c'était du vieux mobilier, disparate), puis les plus grands se sont assis sur les chaises les plus basses, et les petits sur les plus hautes, pour que chacun soit plus ou moins à bonne hauteur par rapport au banc. Elle avait déjà investi pas mal de temps avant même qu'on ne commence les animations. Avec quelqu'un d'aussi motivé, il fallait vraiment sauter sur l'occasion. D'ailleurs, aujourd'hui, on est de nouveau parties pour deux ans avec elle ! ... En faisant des recherches, on s'est aperçu qu'il existait beaucoup de revues à propos des problèmes de dos chez l'adulte, mais pas grand-chose pour les enfants. On a utilisé de petits livres sur le corps humain ou sur le mouvement, puis on a préparé les séances, et on a commencé en mars.



*En direct de...*

**BS :** *En quoi consistaient ces animations ? Pouvez-vous donner des exemples ?*

**MD :** La première a porté sur l'anatomie : si on veut que l'enfant comprenne pourquoi il faut se tenir droit, il doit d'abord savoir de quoi il est fait. A cet âge, ils connaissent seulement l'extérieur du corps, les membres, etc. Le squelette, la colonne vertébrale, les vertèbres, c'est encore inconnu. On a utilisé les moyens du bord : avec un système de plaquettes en bois et une balle de mousse, on a représenté le jeu des vertèbres. Véronique a amené une colonne vertébrale en plastique, et les enfants ont pu visualiser, toucher, manipuler.

**VVL :** Ils ont aussi pu bouger, se manipuler les uns les autres. Comprendre, pour eux, ça passe par voir, toucher, ressentir. Il faut partir du concret et de ce qu'ils connaissent pour aller vers des choses plus abstraites. Par exemple, on a parlé des articulations en jouant avec la porte, le tableau, les armoires, pour qu'ils comprennent le principe de la charnière.

**BS :** *Vous avez aussi élaboré un matériel spécifique...*

**MD :** Nous avons quand même trouvé, en avril mai, un coffret pédagogique, celui du Comité Français d'Education pour la Santé, dans lequel il y avait un flexible, très commode pour visualiser les courbures de la colonne vertébrale et comprendre que chacun a ses propres courbures. Ce dossier nous a aussi renforcées dans notre projet, parce que le contenu était très proche de ce que nous avions préparé.

La première séance a été assez lourde, les enfants devaient intégrer beaucoup de connaissances, mais nous avons été étonnées de leur intérêt soutenu pendant deux heures et demie. Ceci dit, à la fin, nous leur avons proposé un jeu — prendre des attitudes impossibles, comme de tourner la tête ou le tronc à 180° — et là ils se sont défoulés : ils en avaient besoin ! ...

La deuxième séance a porté sur les muscles. On a utilisé une métaphore classique, celle du voilier : la coque, c'est le bassin, le mât, la colonne vertébrale, les haubans, les muscles. C'était très clair pour les enfants, ils ont tout de suite perçu la comparaison. Au total, nous avons réalisé 32 panneaux didactiques (48 x 68 cm) ; il faut illustrer tout ce que l'on dit, à l'aide de schémas, de dessins ou de maquettes.



**VVL** : Il y a aussi un jeu de cinq plaquettes en bois, qui illustrent les articulations, y compris l'activité musculaire. Pour cette séance, nous avons préparé une partie pratique (des mouvements du bassin, des positionnements du corps, des jeux de ballon) pour faire travailler les muscles du dos, des bras, des jambes. Nous avons également proposé au professeur de gymnastique des exercices à effectuer au début du cours, pendant quelques minutes.



A ce stade, nous ne parlions toujours pas de bonnes et de mauvaises positions, de même que nous n'avions pas parlé des pathologies (scoliose, lordose, etc.) au cours de la première séance. Il s'agissait de faire travailler les muscles, en visant bien entendu un bon maintien, mais sans dire "c'est pour que tu te tiennes bien" — même si eux pouvaient faire le lien avec ce qu'ils avaient déjà appris avec leur institutrice. Par exemple, on demande à l'enfant de s'asseoir à califourchon sur un banc, les bras tendus vers le haut à 135° environ : automatiquement, la colonne prend une position favorable. A partir de là, on fait faire des mouvements à l'enfant, pour qu'il sente les choses dans son corps...

Nous avons aussi donné à l'institutrice quelques exercices de relaxation, d'étirement de la colonne vertébrale, à faire avant de commencer le cours ou pour ramener le calme quand il y a un moment d'excitation.

**MD** : Il faut dire qu'elle avait déjà l'habitude, quand les enfants commençaient à devenir turbulents, d'arrêter le cours et de leur faire faire des activités de relaxation. Du coup, quand elle pensait à un exercice, elle nous demandait si c'était bien dans la logique du travail que nous faisons.

**VVL** : Ensuite, nous avons travaillé l'anatomie, la physiologie, en restant au niveau des attitudes saines. C'est seulement par après, quand l'enfant a bien compris le fonctionnement normal du corps, que nous parlons du "pathologique", des exagérations des courbures de la colonne vertébrale. Il s'agit de permettre à l'enfant de comprendre ces mécanismes, non de le culpabiliser ("tu te tiens mal").

**MD** : Nous voulions aussi faire comprendre aux enfants que cela ne se limitait pas à l'école, qu'il fallait adopter une bonne attitude dans la vie de tous les jours. Nous avons donc repris différentes positions que l'on peut prendre au cours d'une journée : être assis, debout ou couché, ramasser un objet, mettre ses chaussures, porter un objet... Pour cela, nous avons imaginé des travaux en groupes et, à nouveau, des exercices qui permettaient aux enfants de comprendre par le geste, le mouvement.

**BS** : Vous dites "ça ne s'arrête pas à l'école".  
*Quelle a été la réaction des parents?*

**MD** : Les parents ont été informés par lettre, puis, lors d'une réunion, l'institutrice leur a montré des images vidéo des animations (dans un but d'auto-évaluation, nous avons demandé à des parents cinéastes de filmer les séances). Il n'y a pas eu de feedback très formel, par contre on a remarqué que, l'année suivante, presque tous les enfants avaient un cartable à porter sur le dos ! Et la seule qui le portait à l'épaule a fixé des bretelles à son cartable... Par l'enseignante, nous avons également appris que les parents étaient très favorables. Par contre, nous ne savons pas s'ils ont fait des aménagements à domicile, s'ils ont appuyé à la maison ce que nous avons fait à l'école.

Depuis l'année passée, les enfants de cette classe ont pu bénéficier de bancs ergonomiques, (qui sont à l'essai

jusqu'en juin 2001). J'avais été trouver l'Econome de la Commune, qui m'avait fourni les coordonnées de plusieurs firmes. Suite aux contacts que j'ai pris, les enfants ont pu tester différents mobiliers. Là aussi, l'institutrice a fait tout un travail éducatif, amenant les enfants à expliciter leurs critères de choix, à comprendre que critiquer c'est dire le négatif mais aussi le positif. Elle a réalisé un dossier d'évaluation sur base de ces jugements, qui a été communiqué à l'Economat, à la Direction de l'école, à l'Echevinat de l'Instruction publique et à l'association de parents (qui nous a soutenues dès le départ). Heureusement, le choix des enfants s'était porté sur le mobilier le plus ergonomique à nos yeux !

**VVL** : C'est évidemment un succès inespéré; nous n'en attendions pas tant. Cependant, l'enfant doit être capable de se positionner convenablement, quelle que soit l'assise, quel que soit le siège, de s'adapter à des conditions moins favorables : plus tard, il n'aura probablement pas de siège ergonomique.

**MD** : D'ailleurs, ces enfants n'en ont déjà plus, puisqu'ils sont passés en 3e année. Le problème, c'est qu'ils disposent maintenant d'un mobilier qui convient en fait à des enfants de 5e-6e primaire. La Commune est en train de renouveler le mobilier des écoles communales en se basant sur les normes européennes. Or, celles-ci ne correspondent pas à la taille réelle des enfants, nous l'avons mesuré nous-mêmes : la hauteur conseillée des bancs et des assises de chaises convient en fait à des enfants de deux ou trois ans plus âgés.

Donc, ces mêmes enfants qui ont bénéficié des animations ont aujourd'hui un mobilier tout à fait inadéquat ! Nous avons l'intention de faire une évaluation pour savoir ce qu'ils avaient retenu, s'il y avait eu des aménagements à la maison, mais maintenant nous nous sentons un peu mal placées pour le faire. L'association de parents m'a d'ailleurs interpellée. J'ai contacté l'Economat pour savoir s'il était possible d'obtenir d'autres bancs mais, avec les marchés publics, il y a toute une procédure à observer. Et l'école n'a pas conservé les anciens bancs.

On se dirige donc, en attendant, vers une formule d'aménagement, par exemple des coussins rehausseurs. Mais pour cela, il faudra trouver un financement...

Par ailleurs, nous avons poursuivi la réflexion, nous disant : "Il ne suffit pas que l'enfant se tienne droit. Que fait-il en 1ère primaire ? Il apprend à écrire. S'il est tendu, les doigts crispés sur son crayon, s'il a le coude et les

épaules raides, il ne pourra pas maintenir une bonne attitude." D'où l'idée d'élargir les activités à la graphomotricité : nous allons faire une série d'exercices d'assouplissement (des doigts, du poignet, du coude et de l'épaule) pour faciliter l'apprentissage de l'écriture.

**VVL** : Cette année, nous aurons aussi le concours de la psychologue du centre PMS, Josiane Albrecht. Son approche prend l'enfant dans sa globalité, corporelle et psychique. Ainsi, des séances régulières sont organisées depuis octobre (une dizaine sont prévues). Par des exercices de relaxation et d'expression corporelle, il s'agit de favoriser non seulement la prise de conscience du corps, mais aussi l'écoute de soi et des autres, l'attention, la concentration, ainsi que de développer la confiance en soi et l'esprit d'équipe. Tout cela dans un but d'ouverture aux apprentissages et de bien-être.

De notre côté, nous continuerons à travailler plus en finesse au niveau des membres supérieurs, pour que les enfants puissent travailler de façon aisée, souple, tout en gardant un bon maintien.

**MD** : Elle travaille surtout au niveau du ressenti. Cela nous permettra d'aller plus loin dans ce que nous voulons faire, qui est davantage de l'ordre du savoir. Les enfants intégreront plus facilement ces notions : ils ont besoin de sentir avant de comprendre. Nous sommes donc reparties pour deux ans, maintenant. Huit animations sont prévues chaque année, ainsi qu'une petitesurprise à la fin de la 2e primaire. Par ailleurs, durant ces deux années, collaboreront également au projet le professeur de sport (qui mettra l'accent sur la respiration) et le professeur de musique (qui travaillera à la fois sur la respiration et le rythme). ■

*Propos recueillis par Françoise Kinna et Alain Cherbonnier*

*Contact : Marianne Dupuis, Centre de Santé d'Ixelles, 6 rue de la Crèche, 1050 Bruxelles (02 515 70 30).*

# Toxicomanies : quelles ressources à Bruxelles ?

*La question des toxicomanies — ou des assuétudes — fait intervenir de multiples facteurs, intrapsychiques, éducationnels, familiaux, mais aussi culturels, sociaux, économiques et politiques. Et, bien sûr, des produits. Dans les quelques pages de ce dossier, notre ambition n'est évidemment pas d'embrasser l'ensemble des aspects de la question. Nous tenterons simplement d'aider le lecteur à s'y retrouver dans le paysage institutionnel bruxellois. Qui, en cette matière plus encore que dans d'autres, paraît plutôt brumeux au profane. Autrement dit : qu'est-ce que le secteur "Toxicomanies" à Bruxelles ?*

Mais, avant de répondre à cette question, plusieurs notions sont à préciser : quand on dit "toxicomanies", "drogues", de quoi parle-t-on? Peut-on décrire quantitativement la situation? Quelles demandes, quels besoins expriment les gens par rapport à ce problème (qu'ils soient consommateurs de drogues ou non)?

Premièrement : "toxicomanies", "drogues", de quoi s'agit-il? Toute une littérature existe sur ces concepts, et il est bien clair que les mots ne sont pas innocents. Déjà, dire "usager de drogue" plutôt que "toxicomane" implique une distinction entre usage et abus, introduit l'idée d'une consommation sporadique, contrôlée et récréative des produits (de la même manière que la plupart d'entre nous boivent du vin). De même, parler de "produits" plutôt que de "drogues" remet en cause la frontière — somme

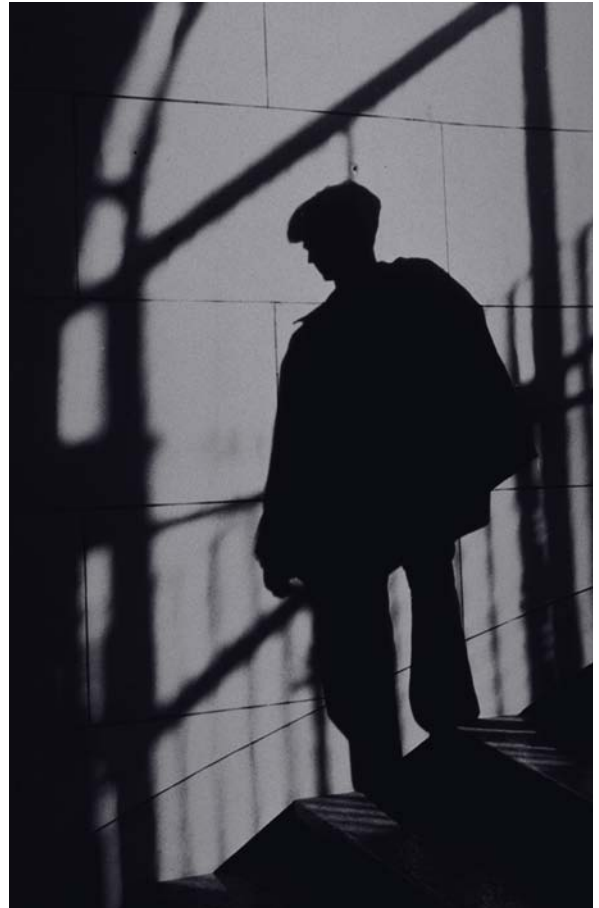


Photo © : Jean-Louis Saïz/Question Santé

toute assez artificielle, d'un point de vue scientifique — entre les produits illégaux et, par exemple, l'alcool ou les médicaments (le premier sens du mot "drogue" est d'ailleurs "médicament").

De fait, constate **Mark Vanderveken**, coordonnateur de la Concertation Toxicomanies Bruxelles (voir encadré), "en gros, il y a le tabac, l'alcool et les drogues illégales. Le tabac fait un tabac pour le moment! L'industrie a étouffé le problème pendant des décennies et, maintenant que les informations sont diffusées par l'OMS, ça explose littéralement. Mais, même si la FARES est bien là, le secteur est relativement peu développé. Le cas de l'alcool

est proche : là aussi, c'est l'étouffoir, et le secteur n'est pas très structuré. La Société Belge d'Alcoologie existe depuis deux ans... Et puis, il y a les drogues illégales. Pour l'instant, ce sont presque trois lignes différentes. C'est peut-être dommage, mais c'est clairement comme ça : quand on dit "toxicomanies", on parle de drogues illégales."



Photo © : Jean-Louis Saïz/Question Santé

### ***Le programme bicommunautaire bruxellois***

Le programme Concertation Toxicomanies Bruxelles / Overleg Druggebruik Brussel existe depuis 1993. Il "vise prioritairement les drogues illicites et se situe clairement dans le domaine de la réduction de la demande (...). Plus récemment, on assiste à l'implication conjointe de l'alcool et des médicaments dans les problématiques rencontrées, ce qui complexifie leur approche."\* Ce programme comprend 11 points :

1. Rassembler les données épidémiologiques de façon systématique.
2. Pourvoir l'information sur les services et les personnes ressources.
3. Soutenir la prévention et rassembler ses acteurs.
4. Encourager les intervenants non spécialisés de première ligne.
5. Développer un accompagnement à la réinsertion.
6. Etablir une coordination entre les différents niveaux de pouvoir en Belgique.
7. Participer aux travaux et collaborer avec les instances internationales.
8. Intervenir auprès des instances compétentes pour assurer l'aide et les soins aux usagers de drogues.
9. Intervenir auprès de l'Ordre des Médecins et de l'Ordre des Pharmaciens.
10. Soutenir le Comité de Concertation et le Coordonnateur dans la réalisation du programme bruxellois.
11. Encourager et développer la réduction des risques.

\* Extrait du dossier de presse remis à l'occasion de la conférence de presse des Ministres Chabert et Gosuin, le 2 février 2000.

Même écho du côté de Philippe Bastin, directeur d'Info-Drogues, qui offre notamment une permanence téléphonique 24h/24 : "Je pense que le nom de l'institution sélectionne les appels. A quelques exceptions près, nous n'avons pas de demandes concernant le tabac. On retrouve l'alcool dans les cas de polyconsommation, mais les appels directs sont très peu nombreux. Je crois que les alcooliques ne se vivent pas comme «drogués». Une population exclut l'autre."

Deuxièmement, quelle est l'importance du problème ? Mark Vanderveken a planché sur la question. "Nous sommes en train de préparer pour Drogues 2000 quelques constats sur les tendances des années 1996 à 1999. J'ai fait le tour des ressources en termes d'enregistrement systématique de données. Les données épidémiologiques peuvent porter sur la consommation ou l'abus de drogues, ou encore sur les usagers qui se font traiter. En matière d'usage simple, on dispose des enquêtes HBSC<sup>1</sup> qui sont menées régulièrement par

l'équipe PROMES-ULB auprès des jeunes scolarisés. Elles ne portent pas spécifiquement sur les drogues illégales, mais cela donne une vision de l'évolution de l'usage... Pour les adultes, on n'a pas grand chose : il est inutile de poser à la population générale la question des drogues illégales, hormis le cannabis et peut-être les amphétamines et dérivés — les gens ne répondront pas, ou pas franchement —, et on ne parviendra pas à joindre les cas lourds. Quant à la consommation d'alcool et de tabac, nous attendons beaucoup de l'enquête nationale de santé; il faut espérer qu'elle sera répétée régulièrement. En ce qui concerne l'abus de drogues, les informations sont très difficiles à obtenir. L'abus de tabac ne se marque pas avant l'apparition de pathologies qui amènent les gens à l'hôpital : bronchites chroniques, cancers du poumon, etc. L'abus d'alcool est caché; on ne dit pas facilement qu'on est alcoolique. Et pour les drogues illégales, les gens se cachent encore plus !



Photo © : Jean-Louis Saïz/Question Santé

Donc nous nous penchons sur ceux qui viennent demander de l'aide dans les centres de traitement. Ils ne représentent évidemment qu'une petite partie des consommateurs, et ne permettent qu'avec retard de se faire une idée de la situation. Ceci dit, les données que l'on recueille ainsi ne sont pas sans intérêt : elles donnent

des indications pour adapter l'offre de services (p. ex. si on voit arriver moins de femmes à un moment donné, ou plus de gens qui combinent divers produits) ou pour évaluer des mesures prises : ainsi, la facilitation de la couverture sociale, il y a deux ans, a permis de traiter une série de gens qui, jusque là, n'étaient pas pris en charge." Conclusion : il est très difficile de se faire une idée objective de ce que représente la consommation de drogues avant les demandes d'aide.

Mais alors — troisième question préalable —, quelles sont les demandes exprimées par les gens confrontés au problème... et donc celles auxquelles les travailleurs de la santé, les travailleurs sociaux, les éducateurs sont ou risquent d'être eux-mêmes confrontés ? On peut s'en faire une idée à partir de la permanence téléphonique d'Infor-Drogues. **Philippe Bastin** : "Nous avons répertorié à ce jour dix ou douze catégories de demandes. Pour nous limiter aux principales, il y a d'abord les demandes d'information. Elles couvrent un registre extrêmement vaste : "Quelle est l'adresse de tel centre ? Qu'est-ce qu'on y fait ? Qu'est-ce que le cannabis ? Combien risque-t-on si on a été coincé en rue avec un joint ? Est-il vrai qu'aujourd'hui, dans tous les dancings, les jeunes sont obligés de consommer de l'ecstasy ?"... Il est indispensable de répondre à la demande d'information proprement dite, mais celle-ci est aussi un prétexte. Elle permet d'amener autre chose au cours de la conversation : ce n'est pas une demande motivée par une pure curiosité intellectuelle ! Un lien apparaît peu à peu avec quelqu'un que la personne connaît, ce quelqu'un n'est pas si distant que cela, il serait même très proche — et finalement on comprend qu'il s'agit du fils de la dame qui appelle.

La fonction d'information s'inscrit pour nous dans une optique d'éducation permanente. La notion d'éducation permanente nous permet de nous positionner en termes techniques, professionnels et éthiques : il s'agit à chaque fois de donner aux gens des éléments de réflexion, de les amener à en savoir un peu plus sur la question des drogues, de les aider à avoir un peu plus de prise sur la réalité du phénomène, à mieux connaître l'environnement dans lequel ils vivent — et dans lequel circulent de plus en plus de drogues légales ou illégales. L'information, cela va donc plus loin que donner l'adresse d'un hôpital ou débiter une fiche technique sur le haschich. Ce registre



information-éducation-conscientisation est très important, parce que la plupart des gens ont une connaissance très superficielle, tronquée, assez faussée des phénomènes d'assuétude. C'est largement dû au matraquage par les médias, depuis trente ans, des mêmes informations, souvent fausses, toujours bourrées de clichés, et plutôt orientées vers le côté sensationnel ou policier (les saisies à Zaventem, la "guerre à la drogue", les superflics, etc.).

Le second registre, ce sont les demandes d'aide : "J'ai besoin d'une adresse parce que je veux arrêter". Ou bien : "Je voudrais faire enfermer mon fils parce que je n'en peux plus. Connaissez-vous une institution fermée qui viendrait le chercher à la maison et le garderait pendant un certain temps, pour qu'on lui nettoie le cerveau et qu'il ne pense plus à la drogue quand il sortira?" ... Ce sont toutes les situations en rapport avec un usage réel, vérifié. Mais, ici encore, les gens ne sont pas toujours bien informés : "Mon fils s'est fait renvoyer de l'école, il prend des drogues. C'est la catastrophe, il faut le désintoxiquer". Mais quand on demande quel produit il prend : "Ah, je ne sais pas, personne ne me l'a dit. — Vous n'en avez pas parlé à votre enfant ? — Non. Il m'a dit que ce n'était pas grave !" On voit bien que les gens ne savent pas trop quoi faire avec cette question qui leur fait très peur. Ces demandes se rapportent à une difficulté rencontrée personnellement : il s'agit de leur fils, d'eux-mêmes, de leur conjoint, leur ami, leur cousin, leur neveu... Une grosse partie des appels provient de l'entourage, moins souvent des usagers.

Nous avons aussi des demandes récurrentes de gens qui sont enfermés dans leurs difficultés par rapport à une substance (consommée par eux-mêmes ou par quelqu'un de leur entourage), et qui se limiteront à téléphoner, parfois très régulièrement. On finit par bien les connaître, ils nous donnent leur nom ou un pseudonyme. Avec ces appelants chroniques, nous essayons d'aller plus loin que la seule écoute, d'engager un processus de questionnement réel, voire d'enclencher une démarche. Une autre part des appelants chroniques, ce sont des usagers de drogues qui sont en traitement et qui s'adressent à nous entre deux séances chez leur médecin ou leur psy. Là, on joue visiblement le rôle de soutien; on leur permet de tenir d'un rendez-vous à un autre, le week-end par exemple : "Il y a des copains qui sont

passés. J'ai failli ressortir avec eux, et je sais que si je ressors ça ne va pas être bon pour moi : on va aller dans des bistros et, après un moment, de la came va sortir. Je suis resté, mais c'est dur." On voit bien que ce lien téléphonique a de l'effet : d'avoir pu en parler, l'alerte est passée.

Et puis il y a les appels de crise (et ça s'entend au téléphone, tout le monde crie) : "Il y a de la bagarre, mon fils tape sur son père qui ne veut pas lui donner d'argent parce qu'on sait que c'est pour s'acheter de la drogue. Moi je me suis enfuie dans la chambre pour téléphoner. Qu'est-ce qu'on peut faire ?"...



Photo © : Jean-Louis Saïz/Question Santé

A chaud, on essaie d'aider les gens à prendre un peu de distance, même si ce n'est pas très évident. Un autre type d'appel de crise, qui est moins fréquent aujourd'hui, c'est en cas de "panne" de méthadone. Des gens qui sont allés aux urgences, à qui on a dit : "Oui, vous magouillez avec la méthadone, on nous a déjà fait le coup 25 fois, vous avez pris toute votre méthadone et vous voulez nous faire croire qu'on vous l'a volée. Ces gens sont en manque. Il s'agit de gérer des moments comme ceux-là, tout en sachant que nous ne pouvons donner ni argent, ni toit, ni drogue.

Nous avons également des appels de professionnels — médecins, travailleurs sociaux. Là aussi, la palette des demandes est assez large. Et enfin, dans un registre tout à fait différent, il y a la prévention : "Je voudrais organiser quelque chose dans ma classe, mon foyer culturel... Est-ce que vous pouvez venir ?" Nous avons maintenant une équipe spécifique pour s'occuper de ce type de demandes, et nous orientons vers eux."

## Le secteur Toxicomanies à Bruxelles

Par rapport à toutes ces questions et ces demandes d'aide, trouve-t-on à Bruxelles toutes les ressources nécessaires pour réorienter les gens ? "En gros, oui. On peut certainement trouver des ressources en matière de prévention et d'information. En matière d'aide, il existe une série de consultations spécialisées, des centres de jour, des centres de nuit, des centres de crise, des centres résidentiels, des dispositifs méthadone sophistiqués ou non... Donc, par rapport à la situation d'il y a 20-30 ans, on ne peut plus vraiment dire, par exemple — et d'ailleurs les gens le disent de moins en moins : "Il n'existe rien pour nous, les parents de toxicomanes. On ne s'occupe pas de nous, les médecins ne nous comprennent pas, ils nous rejettent, ils sont agressifs avec nous." Bien sûr, quand les parents ont beaucoup souffert, qu'ils ont une très longue histoire avec leurs enfants toxicomanes, si ça se termine mal, indépendamment des efforts qui ont été tentés par les structures d'aide, ils attribuent en partie cet échec à une incompétence, une carence du socio-sanitaire. Mais en fait il existe de nombreuses ressources : à côté des services spécialisés, il y a aussi des centres de santé mentale, des maisons médicales, des médecins généralistes...

La question est plutôt : les gens sont-ils au courant de l'existence de ces structures ? D'où l'idée de faire un dépliant, une affiche ou un prospectus. Et il y a peut-être à réfléchir à cela. Mais quand on voit ce qui a déjà été fait, on peut se demander si ce n'est pas un leurre. Car, tant que je n'ai pas de problème avec la drogue, qu'est-ce que ça peut me faire de savoir qu'il existe des centres ? A moins de se poser la question en citoyen averti, éclairé, qui s'intéresse à un problème qui ne le concerne pas directement... Les gens sont bombardés d'informations en tous genres; à la limite, il est assez logique de ne pas s'embarrasser la tête d'informations qui sont porteuses d'angoisse, et qu'ils découvriront bien assez tôt s'ils en ont besoin."

En outre, le secteur Toxicomanies est particulièrement complexe à Bruxelles; à première vue, on a du mal à discerner très clairement qui fait quoi, en grande partie parce que de multiples compétences s'entrecroisent :

- La Commission communautaire française subven-

tionne 14 "services actifs en matière de toxicomanies" pour des activités de prévention secondaire et tertiaire (voir encadré). Pour plus de détails sur ces services, on peut se reporter à la brochure publiée en 1999 par la COCOF «Les services actifs en matière de toxicomanies», Commission Communautaire Française, 1<sup>ère</sup> édition, 1999.

- La Commission communautaire commune finance le programme Concertation Toxicomanies Bruxelles.
- Les Communautés sont compétentes pour la prévention primaire des toxicomanies. A Bruxelles, la Communauté française subventionne d'une part des services, d'autre part des projets ou programmes de prévention. La Communauté flamande fait de même de son côté.
- L'INAMI intervient de deux manières : d'une part, l'assurance maladie-invalidité couvre les prestations délivrées dans le circuit normal des soins (généralistes, psychiatres, hôpitaux...); d'autre part, l'INAMI a conclu des "conventions de rééducation fonctionnelle" avec sept centres spécialisés pour toxicomanes : deux centres de jour (L'Orée, De Spiegel), deux communautés thérapeutiques (la CATS du Centre du Solbosch, La Pièce de l'asbl L'Equipe), un centre ambulatoire (Projet Lama), un centre médical (Enaden) et la Maison d'Accueil Socio-Sanitaire (MASS) de Bruxelles.
- Le Ministère de l'Intérieur et la Région de Bruxelles-Capitale cofinancent des "contrats de sécurité et de prévention", qui ont trois missions : encadrement social dans les quartiers, aide aux victimes, prévention de la toxicomanie.

### Prévention ?

Ces concepts viennent du domaine de la santé publique, inspirée par l'épidémiologie. *La prévention primaire* se situe en amont d'un problème de santé ou d'une maladie : il s'agit d'intervenir pour diminuer l'incidence (le nombre de nouveaux cas) de cette maladie au sein d'une population donnée pendant une période donnée. La prévention primaire recourt à des stratégies diverses : p. ex. hygiène publique, vaccination, information, éducation... C'est la prévention au sens où on l'entend dans le langage courant.

*La prévention secondaire* vise la diminution de la prévalence (le nombre total de cas) au sein de la

population, notamment par le dépistage, les programmes de désintoxication, les traitements. La prévention secondaire et les soins sont donc très proches. Enfin, la prévention tertiaire vise à réduire les séquelles et les récurrences d'une maladie dans la population. Notons toutefois que, dans le travail clinique ou d'éducation pour la santé, ce découpage apparemment clair et net n'est pas très opératoire : ces trois aspects de la prévention se recoupent fréquemment.

Une autre source de confusion est propre à l'offre d'interventions en prévention primaire et n'est pas spécifique à Bruxelles. **Mark Vanderveken** : "Je vais prendre l'exemple du milieu scolaire. En Flandre, et donc aussi dans les écoles de la Communauté flamande à Bruxelles, toutes les interventions se font dans le cadre de la politique de Santé, tout passe par le VAD<sup>2</sup> et ses correspondants locaux, Primavera par exemple. Par contre, du côté francophone, les directeurs d'école sont sollicités de quatre parts : les organismes agréés dans le cadre de la prévention des toxicomanies les informent de leurs activités et de leur programme; le Ministre Hazette (Enseignement secondaire de la Communauté française) les invite par circulaire à prendre des initiatives et à lui soumettre des projets; la Gendarmerie leur propose un programme spécialisé; enfin, dans les zones où il y a un contrat de sécurité (Ministère de l'Intérieur), l'assistant de prévention du VSPP<sup>3</sup> prend contact avec eux. On peut comprendre qu'ils aient du mal à s'y retrouver !

En Belgique, tout le monde dit "je fais de la prévention". On finit par ne plus savoir de quoi on parle. Il est important de préciser ce que l'on veut prévenir, et de ne pas mélanger les rôles. Quand on demande au secteur d'aide et de soins aux toxicomanes qui fait de la prévention, tout le monde lève le doigt : ils ont tous la prévention dans leurs missions! Bien sûr, quand on traite quelqu'un, cela peut prévenir les problèmes chez ses enfants... Mais il ne faut pas mélanger les choses. L'objectif, ici, c'est de traiter les gens (et tant mieux s'il y a des effets préventifs en plus). Les gendarmes et les policiers, en luttant contre les délits et la criminalité, réduisent la consommation. C'est tant mieux, mais la réduction de la consommation n'est pas l'objectif premier. Il y a des confusions incessantes, et il faut tout le temps y revenir.



Photo © : Jean-Louis Saïz/Question Santé

## ***Diversité et complexité du secteur***

En nous limitant aux services agréés par la COCOF, nous constatons que les critères d'agrément et les missions sont complexes (voir encadré ci-dessous).

**Marc Renson**, conseiller au Cabinet du Ministre Gosuin, chargé de la Santé au sein des Collèges de la COCOF et de la COCOM : "Les missions des centres vont de la prévention secondaire au traitement et au suivi des personnes dépendantes. Ils doivent remplir au moins trois de ces missions. La prévention primaire se fait par des associations cosubsidiées par la Communauté française et la COCOF : par exemple, Infor-Drogues, Prospective Jeunesse, Modus Vivendi, etc. Des collaborations avec la Communauté française doivent se mettre en place par rapport à des publics-cibles comme la population scolaire, particulièrement au niveau secondaire. C'est en tout cas le souhait de la COCOF, maintes fois exprimé à l'adresse de Mme Maréchal et de M. Hazette."

## ***Critères et missions***

Le décret du 27 avril 1995 régit l'agrément et la subvention par la COCOF des services actifs en matière de toxicomanies. Ces services sont appelés à remplir au moins une des trois missions suivantes :

- l'accompagnement psycho-social et administratif des usagers de drogues, de leur famille ou de leur entourage;
- les soins, le traitement médical et/ou psychiatrique et/ou psychologique des patients;

- la prévention des dommages encourus par les usagers de drogues. Les activités de prévention peuvent viser l’information, la sensibilisation et l’éducation de la population ou des professionnels; elles peuvent aussi s’adresser à des groupes-cibles “à risque”.

Parallèlement à ces missions générales, il est loisible aux services agréés de remplir également une ou plusieurs mission(s) particulière(s) :

- l’encadrement des consultants en vue de leur réinsertion sociale, familiale, scolaire ou professionnelle;
- l’organisation d’un travail en réseau ou en liaison avec divers intervenants ou services;
- la sensibilisation, la formation ou la supervision d’intervenants confrontés aux problèmes rencontrés par les usagers de drogues.

Les services agréés doivent enfin respecter les convictions religieuses et philosophiques des consultants, garantir une non-discrimination selon l’origine ethnique, la nationalité, l’âge, le sexe ou le type de problèmes rencontrés, et bien entendu respecter le secret professionnel.

Actuellement, quatorze services sont agréés par la COCOF dans le cadre de ce décret. Ils sont regroupés au sein de la FEDITO (Fédération bruxelloise francophone des Institutions pour Toxicomanes), créée en 1987.

Que penser de la complexité institutionnelle bruxelloise, du nombre élevé de centres de décision? “Cela dépend sur quel plan on se place. En termes de traitement médical des assuétudes, il y a clairement un partage de compétences entre l’Etat fédéral, compétent pour “l’art de guérir”, et les entités fédérées, qui subsidient des services où travaillent des prestataires de soins. A ceux-ci s’appliquent forcément les règles générales édictées par l’Etat, mais ce dernier n’est plus le seul à subsidier ces services; il continue à le faire par le biais de conventions INAMI, en centre de jour ou en hébergement : c’est le cas d’Enaden, de l’Equipe, etc. Il y a donc une coresponsabilité et un cofinancement. Une coordination doit évidemment se mettre en place pour conserver et améliorer la cohérence des politiques menées. A Bruxelles, la question se pose en des termes particuliers : nous sommes dans un milieu urbain, les services sont proches et multiples — de l’hôpital

universitaire au service spécialisé, en passant par le médecin généraliste. L’enjeu est donc que les gens soient rapidement et adéquatement orientés, que leur démarche ne soit pas bloquée par un refus (qui peut s’expliquer par la crainte ou un sentiment d’incompétence) et qu’ils ne soient pas obligés de recommencer tout le travail qu’ils ont dû faire sur eux-mêmes pour adresser une demande d’aide à quelqu’un. C’est un travail de longue haleine puisque les médecins, les équipes, le personnel d’accueil, etc., se renouvellent en permanence.

La grande diversité des services spécialisés bruxellois est une richesse, mais elle peut aussi constituer un handicap si la cohérence de l’ensemble n’est pas assurée. Et cela, c’est le devoir des politiques : la COCOF, mais aussi la Vlaamse Gemeenschapscommissie (qui n’a pas de compétence directe : c’est la Communauté flamande qui agit au travers de la VGC) et la Communauté française, comme on l’a dit. D’où la mise sur pied de la Concertation Toxicomanies Bruxelles, pilotée par les deux Ministres de la Santé, MM. Chabert et Gosuin, qui est une plateforme de rencontre pour les intervenants spécialisés mais aussi pour la police, les services sociaux, le Parquet, etc. Les points de vue sont forcément différents — un gendarme ne peut pas voir la toxicomanie de la même façon qu’un psychiatre —, mais ces échanges d’expériences devraient permettre que leurs interventions vis-à-vis d’une même personne soient cohérentes. C’est à cela que tendent les concertations, informations et formations que nous soutenons par rapport à tous ces intervenants”. Enfin, le recueil des données, non seulement à des fins épidémiologiques mais aussi d’informations immédiatement utiles aux intervenants de terrains, devra être développé.

Comment expliquer la remarquable diversité du secteur à Bruxelles ? Nous avons posé la question à Claire Remy, présidente de la FEDITO : “Les premières institutions qui font partie de ce secteur ont démarré il y a 25 ans à partir de l’associatif, en réponse à une demande du public et à une époque où les moyens étaient très réduits. C’était avant la régionalisation, nous dépendions de la Communauté française. Progressivement, toute une série de réponses aux demandes des patients se sont construites, d’abord en termes de nouvelles pistes de travail, puis en termes d’institutions. Cette construction s’est faite aussi par rapport à l’idéologie dominante de

l'époque en matière de traitement des toxicomanes. Les institutions sont donc souvent marquées par ces origines, par la volonté de se démarquer de ce qui se faisait auparavant.

Ces dix dernières années, la situation a changé radicalement. D'abord en raison d'un facteur épidémiologique : l'apparition du sida et la découverte des modes de transmission du VIH, qui ont cristallisé les peurs de la population. Une autre source d'anxiété, c'est l'association drogue-délinquance qui a systématiquement été développée par la presse. On peut dire qu'afin de se protéger du virus et de l'insécurité, l'opinion publique a trouvé acceptable de débloquer de l'argent pour s'occuper des toxicomanes.

Troisième facteur : la régionalisation, et l'instauration de la Région de Bruxelles-Capitale. Les accords de la Saint-Michel et de la Saint-Quentin ont entraîné un transfert de compétences, et aussi de montants financiers : on est passé de 30-35 millions pour toute la Communauté française à 80 millions pour Bruxelles! La régionalisation représentait donc une manne, mais aussi un rapprochement des lieux de pouvoir, où l'on pouvait discuter, amener des informations, se faire entendre. Cela a donné une grande souplesse, à un moment où il y avait beaucoup de créativité en réponse à une demande très importante et très diversifiée d'intervention par rapport aux usagers de drogues. Les institutions qui existaient déjà ont pu expérimenter, développer des projets; de nouvelles institutions sont nées. Par la suite, certaines ont disparu, d'autres se sont consolidées.

Un autre facteur réside dans un grand tournant idéologique de notre culture sanitaire. Pendant des années, on a eu une attitude très rigide, très fermée par rapport aux toxicomanes. En particulier, on refusait de leur donner de la méthadone. On leur disait : "si tu as besoin de soins, sois d'abord clean, et puis on s'occupera de toi". Ici encore, le sida a fait basculer les choses : on a commencé à pencher davantage vers un modèle de gestion à la hollandaise que vers un modèle d'éradication à la française. Suite au projet de loi Lallemand sur la méthadone, le Ministre de la Santé de l'époque (1994) a proposé de réunir une conférence de consensus. (Cela existe pour de nombreux autres

traitements et médicaments : on réunit des experts de tous bords, ils arrivent à un accord, puis d'autres experts rédigent un avis scientifique, qui n'a pas valeur de loi mais constitue une référence déontologique pour les médecins.) De façon plus générale, de nombreuses institutions se sont orientées vers une perspective de réduction des risques liés à l'usage de drogues.

Si le secteur est si diversifié, c'est en raison de cette histoire. Bien sûr, comme dans beaucoup d'institutions non-marchandes, c'est aussi parce que l'on trouve à la base des "leaders charismatiques" qui ont fondé leur association sur base d'un projet bien particulier. Une autre raison, c'est la réalité géographique : la Région bruxelloise n'est pas très grande, la population ne dépasse pas le million d'habitants, dont 2 à 3%, à tout prendre, sont toxicomanes. Si le secteur s'était construit de façon à "couvrir" le territoire bruxellois (comme c'est par exemple le cas des services de santé mentale), chaque institution aurait eu trop peu de patients pour fonctionner. Rien qu'à Saint-Gilles, il y a quatre ou cinq services : vous imaginez, si on faisait tous la même chose!... Le secteur s'est donc structuré sur une diversité d'offres, adressées en gros à l'ensemble des 19 communes.

Cette diversité augmente d'ailleurs les chances que chaque patient finisse par trouver ce qui lui convient dans l'éventail des offres. Car on sait très bien qu'il n'y a pas UNE réponse adéquate, qu'il s'agit surtout de favoriser des rencontres interpersonnelles : ce n'est que par là que des liens vont se recréer, qu'un soutien sera possible." ■

*Dossier réuni par Françoise Kinna et Alain Cherbonnier*

Nous avons l'intention de revenir sur le sens de cette notion de lien dans le champ de la prévention. Non seulement en matière de toxicomanies mais, plus largement, de santé mentale. A suivre, donc.

1. *Health Behaviours among School Children (comportements de santé des jeunes scolarisés).*
2. *Vereniging voor Alcohol- en Drugsproblemen*
3. *Vast Sekretariaat Preventie / Secrétariat Permanent à la Prévention (dispositif du Ministère de l'Intérieur, lié aux contrats de sécurité).*

## Une toile se tisse !

### Le Réseau Bruxellois des Centres de Documentation de la Santé

*Le Réseau Bruxellois des Centres de Documentation de la Santé (RBCDS) a été créé le 26 mars 2000 à l'initiative du Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles. Au départ, une quinzaine de centres de documentation avaient été invités à une réunion de concertation. Un consensus s'est dégagé sur l'opportunité de créer un réseau documentaire dans le domaine de la santé à Bruxelles; ce réseau permettra d'améliorer l'information et l'orientation des usagers et de mieux les accompagner dans leurs recherches.*

Actuellement le RBCDS compte 19 membres. Ils se réunissent mensuellement pour développer le projet, partager leurs informations, échanger leurs expériences respectives et améliorer la qualité du suivi documentaire. Le RBCDS n'est pas seulement un dispositif de partage des ressources documentaires entre ses membres ; c'est aussi une solution pertinente pour faciliter les contacts, faire émerger des idées nouvelles, assurer une circulation fluide de l'information. Le partenariat suscité par le réseau a contribué à renforcer les liens entre les membres et a permis de mettre en place une véritable collaboration, où le travail de chacun est reconnu.

Depuis sa création, le RBCDS s'est structuré, a acquis une expérience et un savoir-faire. Mais son développement futur dépendra en grande partie de la volonté de coopération réelle de ses membres et des moyens financiers nécessaires à la réalisation de certains projets. Parmi les projets en cours de réalisation et en quête de financements, épinglons la réalisation d'un répertoire des membres du réseau. Ce répertoire sera

mis à la disposition du public et des acteurs de terrain. Il présentera chaque centre de documentation, la gamme des services proposés, les types de documents disponibles, les conditions d'accueil et d'utilisation. Il permettra d'orienter le public vers le partenaire du réseau le plus apte à répondre à sa demande. ■

*Mourad Ben Merzouk*

*Centre de Documentation Santé Bruxelles*

*CLPS de Bruxelles*

*67, Av. Emile De Beco*

*1050 Bruxelles*

#### Les membres du RBCDS

- Infor Santé, ANMC
- Cultures & Santé
- Prospective Jeunesse
- La FARES (Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé)
- Question Santé
- L'Institut PREVENT
- Le Réseau IDée
- Le CEDIF (Centre de Documentation et d'Information de la Fédération Laïque des Centres de Planning Familial)
- Infor-Drogues
- Le CRIOC (Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs)
- Le Centre de Documentation et de Coordination Sociale
- L'ONE, Bibliothèque Espace 27 septembre
- L'Unité d'éducation pour la santé RESO-UCL
- Le Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles
- La Fondation Travail et Santé
- L'Outilthèque PIPSA
- Le CCAD (Comité de Concertation sur l'Alcool et les Autres Drogues)
- Le Centre de documentation VIH / SIDA
- Habitat et Participation

# Espace social Télé-Service : 40 années d'activités et un nouveau départ

**Espace Social Télé-Service vient de fêter sa toute nouvelle implantation aux 27-28 rue de l'Abattoir, ainsi que ses quarante années d'action sociale.**

## **Les atouts de la nouvelle implantation**

Située aux confins des quartiers de la Senne et de Cureghem, à 400 mètres de la rue du Boulet où l'association fut créée, Espace Social Télé-Service vient d'installer sa dizaine de services d'aide aux personnes au sein d'un même bâtiment.

Ce regroupement valorise la polyvalence du Centre et favorise à coup sûr la complémentarité des interventions de ses différents services.

Il facilite en outre une approche sociale plus globale des nombreux problèmes que les usagers doivent affronter, confirmant ainsi Espace Social Télé-Service dans sa vocation de Centre d'Action Sociale Globale.

## **40 années d'adaptation**

Depuis 1960, Espace Social Télé-Service est enraciné au cœur de Bruxelles, dans un quartier où vit une population particulièrement précarisée et de plus en plus multiculturelle.

Aux publics d'allocataires sociaux, de sans-logis, de solitaires... qui font traditionnellement appel à nos services, se sont ajoutées de nouvelles catégories de gens en difficulté : des personnes surendettées de la classe moyenne, des jeunes peu ou mal scolarisés, issus des dernières vagues d'immigration ou provenant d'institutions, des personnes psychologiquement désorientées ou sans attache humaine, que la grande ville anonyme attire.

Les mutations de ces dernières décennies et sa présence dans ce quartier, interpellent Espace Social Télé-Service

et l'invitent à élaborer des réponses novatrices de type plus préventif et éducatif qu'assistentiel et palliatif. Il en fut ainsi dans le passé avec la création des maisons d'hébergement Albatros et la Porte Ouverte, d'Infor-Homes et d'Iris (Agence Immobilière sociale), du Babelkot et de Télé-Secours, qui se sont transformées en asbl indépendantes.

Il en fut de même, plus récemment, avec le lancement de services nouveaux, tels que " La Consigne Article 23 " (centre d'accueil de jour pour sans-logis), le Centre de Médiation de dettes, les Petits Boulots du Service des Jeunes et le Service Enfants gravement Malades.

Par contre, d'autres initiatives, prises dans le passé, ont été supprimées car les besoins étaient pris en charge par le secteur public.

Cette volonté permanente de créativité sociale se développe toujours davantage en synergie étroite avec de nombreux partenaires publics et associatifs.

## **Aujourd'hui comme hier**

Espace Social Télé-Service a privilégié, dès l'origine, la collaboration entre travailleurs rémunérés et bénévoles, tenus par une même exigence de professionnalisme. L'apport spécifique de leurs compétences et de leurs expériences mutuelles contribue grandement à la qualité de l'action menée.

Actuellement, le Centre bénéficie du concours de 57 personnes salariées (36 équivalents temps plein) et de 787 bénévoles dont 272 conventionnés.

Enfin, Espace Social Télé-Service joue le rôle d'observatoire social tant des manquements et des dysfonctionnements sociaux que des appels du terrain, afin d'alerter l'opinion et les pouvoirs publics.

A l'avenir, la même finalité continuera de mobiliser toutes les énergies : renforcer l'autonomie et la dignité des personnes.

## De quels services s'agit-il ?

1. Le Service Social de 1ère ligne tient une permanence sociale chaque matin, apporte aides sociale et administrative et organise des guidances. Il assure aussi un accueil collectif pour sans-logis à la “ Consigne Article 23 ”.
2. Le Service Juridique conseille, guide et assiste les consultants dans le labyrinthe du droit et de la Justice. Comme membre fondateur du GREPA (Groupe de Réflexion et d'Echanges des Praticiens de l'Aide Juridique), il lutte, notamment avec les avocats, pour une meilleure protection des droits des personnes.
3. S.O.S. Solitude accueille et écoute dans l'anonymat.
4. Le Télé-Shop habille à des prix très modiques.
5. “ Accueil et Familles ” (ex-Service Enfants) aide les familles en difficulté, en confiant si nécessaire les enfants à des familles d'accueil.
6. Le Planning Familial de la Senne est un lieu où l'on peut parler de ses problèmes relationnels, conjugaux et familiaux avec un médecin, un juriste, un psychologue ou un conseiller conjugal.
7. Le Service Dépannage-Transport met en relation l'offre et la demande de garde d'enfants, organise le transport bénévole de malades et initie des projets d'entraide de proximité pour personnes isolées et moins valides.
8. Le Service des Jeunes développe la solidarité entre jeunes de catégories sociales différentes. Il organise le travail des “ Petits Boulots ”. Il met sur pied des sessions de formation pour les animateurs de plaines de jeux.

9. Le Service Enfants gravement Malades offre un accompagnement de jour et des services ponctuels aux enfants atteints d'une maladie grave et à leurs familles, uniquement sur demande de l'équipe socio-médicale des hôpitaux.
10. Le Centre de Médiation de Dettes conseille et accompagne des personnes endettées de la Région bruxelloise.

Plusieurs de ces entités sont reconnues et subventionnées par la Commission Communautaire Française (CoCof), qui leur a confié des missions de service public.■

*Espace Social Télé-Service asbl – Centre d' Action Sociale Globale*

*Boulevard de l' Abattoir 27-28  
1000 Bruxelles  
Tél. : 02 548 98 00  
Fax : 02 502 49 39  
E-mail : teleservice.c@skynet.be*



# Echo du Centre Local de Promotion de la Santé

## Les besoins des relais face aux problèmes de santé mentale des jeunes

### **Il y a trois mois, le CLPS de Bruxelles a lancé un nouveau projet...**

Vous travaillez avec des jeunes ? Vous faites avec eux un travail de prise en charge ou de prévention ? Quels sont aujourd'hui vos besoins face aux problèmes de santé mentale de ces jeunes ? Voici des questions qui ont été posées aux intervenants de 41 associations : des centres de planning familial, des services de santé mentale, des associations travaillant dans le domaine de la toxicomanie, du sida, des associations destinées aux migrants, des IMS, des centres de formation professionnelle, des centres d'écoute téléphonique...

La diversité de cette liste tranche avec la proximité des analyses que font ces intervenants des problèmes de santé mentale des jeunes. Les besoins qu'ils expriment tournent autour de quelques grandes problématiques.

### **“ Comment faire des animations avec des jeunes violents ? ”**

Il s'agit d'une violence verbale qui s'exprime lors de certaines animations, notamment celles qui traitent des relations sexuelles et affectives. Propos agressifs en direction des animateurs, indiscipline, injures à caractère sexiste, provocations. “ Comment faire face à cette agressivité ? Comment organiser les animations ? N'est-ce pas en soi une violence pour les élèves que de parler en classe de sexualité ? ” se demandent des animateurs. Face à cette difficulté, des intervenants évoquent le besoin d'échanger leurs expériences, et de réfléchir sur le contenu de l'animation. “ Comment rétablir la parole lorsque celle-ci a été remplacée par la violence ? Quelles sont les conditions pour parler ? ” : des intervenants souhaitent participer à un groupe de réflexion sur l'émergence de la parole et de l'écoute, échanger leurs



Photo © : Jean-Louis Saiz/Question Santé

expériences à ce sujet, connaître les offres de formation et de sensibilisation.

Des animateurs expriment aussi le besoin d'une meilleure préparation en amont et en aval des animations avec les professeurs. En amont, les élèves seraient préparés au thème de l'animation : le professeur informerait ses élèves à ce sujet, ils feraient ensemble un premier travail sur ce thème, les élèves pourraient être davantage impliqués, leurs motivations seraient entendues. En aval, ces animations pourraient s'inscrire dans la durée, avec un travail poursuivi par le professeur et ses élèves tout au long de l'année.

## **Comment adapter les modalités de prise en charge psychologique aux jeunes reçus par les relais ?**

“ Il manque de place dans des services de santé mentale. Que faire lorsqu'on voit un jeune qui va mal un vendredi à 17 heures ? Où l'envoyer ailleurs que dans les services d'urgence de l'hôpital ? ”

Les intervenants sont nombreux à exprimer le besoin qu'il y ait davantage de places dans des services de santé mentale, et que des services d'intervention d'urgence adaptés aux adolescents soient créés.

Pour certains relais, ce ne sont pas seulement les services d'intervention d'urgence qu'il faudrait adapter, mais l'ensemble des modalités de prise en charge psychologique pour les jeunes réticents à aller voir un psy. “ On prend un rendez-vous avec un jeune, on dit qu'on va l'accompagner (au service de santé mentale), et au moment d'y aller, le jeune n'est pas là, le rendez-vous est annulé ” explique une assistante sociale qui travaille avec des jeunes qui se prostituent.

Un éducateur constate : “ des jeunes qui ont pourtant de graves difficultés psychologiques ne veulent pas aller voir un psy, “ on n'est pas fou ” nous disent-ils ”.

Des modalités plus souples de prise en charge psychologique sont à créer. Des expériences ont déjà été tentées : ce sont parfois les pys qui se rendent dans les associations elles-mêmes, ou encore l'éducateur d'un jeune est présent lors des premières séances avec le sy, pour qu'un lien entre le jeune et le psy puisse s'établir.

Mais lorsqu'il y a urgence, lorsque le psy n'est pas présent, lorsque les jeunes ne souhaitent pas se rendre dans un service de santé mentale, alors il reste l'éducateur, l'animateur, le professeur, celui qui voit le jeune quotidiennement. Ces intervenants souhaiteraient recevoir un minimum de formation en psychologie, non pas pour remplacer le psy, mais pour mieux comprendre le jeune et pour pouvoir faire face dans les situations de crise. Cette démarche est d'ailleurs souhaitée par des psychiatres eux-mêmes pour qui “ il faut faire attention à ne pas voir le psy comme un sauveur. L'intervention du psy n'est parfois pas plus utile que l'intervention de l'acteur de terrain lui-même ”.

Enfin, certaines associations expriment le besoin de la création de structures psy pour des publics très

spécifiques que sont en premier lieu les migrants – en particulier les jeunes migrants non accompagnés – ayant vécu les traumatismes de la guerre. “ Les gros fumeurs de cannabis manquent aussi d'une structure de soutien psy”, indique également l'intervenant d'une association travaillant dans le domaine de la toxicomanie.

## **Qui fait quoi et jusqu'où ?**

“ Qui fait quoi et jusqu'où ? ” : l'interrogation de nombreux intervenants pourrait se résumer ainsi. Ils souhaitent mieux se connaître mais également savoir quelle cohérence existe entre le travail de chacun, quelle est la délimitation respective de leur rôle.

Ce besoin est plus fréquemment exprimé par les intervenants qui font des animations dans le milieu scolaire : “ Quel est le rôle du médiateur scolaire ? Comment l'information que nous adressons à la direction d'une école sur nos activités d'animation est-elle répercutée aux professeurs ?... ” Le flou sur le rôle et les responsabilités de chacun est réciproque : si des animatrices ont des difficultés à déterminer “ qui fait quoi dans l'établissement scolaire ” ; à l'inverse, elles sont souvent face à des demandes de l'institution scolaire qui vont au-delà de leurs possibilités d'intervention et qui les font sortir de leur rôle.

“ Qu'est-ce qu'a déjà fait le jeune avant d'arriver dans l'association ? Avait-il des antécédents au niveau de sa santé, et comment ont-ils été traités ? Que devient le jeune lorsqu'il est envoyé dans une autre structure ? Comment le travail fait auprès d'un jeune pourra être poursuivi par la structure qui le prend aujourd'hui en charge ? ... ”

Le besoin d'une meilleure coordination entre les différentes associations s'exprime fréquemment autour de la question du suivi du jeune, non seulement pour savoir ce que le jeune est devenu mais également pour connaître comment un travail entamé s'est poursuivi, quel est l'impact d'une formation ou d'une animation. Ce besoin d'une meilleure coordination entre les différentes associations a bien souvent comme corollaire le besoin d'un travail en réseau plus intense, le besoin d'une meilleure connaissance des associations et des actions déjà existantes. Et ceci d'autant plus pour les structures qui ne font pas partie du même secteur. Assez généralement, les relais de seconde ligne souhaiteraient mieux connaître les relais de première ligne, “ pour être plus en prise avec le terrain ”.

## Et après 18 ans ?

“ Le problème des structures subsidiées, c’est qu’elles aident les jeunes jusqu’à 18 ans et après plus rien... Des jeunes qui ont des problèmes familiaux, partent de chez leurs parents et ils se retrouvent à 18 ans avec le CPAS, alors qu’ils auraient plutôt besoin d’être suivis par des éducateurs... Ils sont parfois trop jeunes pour se retrouver complètement livrés à eux-mêmes ” constate l’animatrice d’un centre de planning familial. Le problème se pose également pour “ les jeunes migrants non accompagnés, qui sont reçus dans un foyer d’accueil jusqu’à uniquement 18 ans ”.

Les intervenants sont nombreux à exprimer le besoin que se créent des structures pour les jeunes de plus de 18 ans.

## “ Pourquoi vouloir faire faire ? ” : besoin de débats et de recherches sur la participation des jeunes

“ Comment amener les jeunes à participer ? Prévention et adolescence : n’est-ce pas antinomique ? Comment prendre soin de sa santé lorsqu’on ne prend pas soin de soi ? ” : voici les trois grands thèmes de débats souhaités par des intervenants.

Le premier thème sur la participation des jeunes revient fréquemment. Il soulève la question primordiale qui se pose à la majorité des intervenants qui ont fait le choix de travailler dans le secteur socio-éducatif et sanitaire : Pourquoi vouloir faire faire ? ”, ou encore, comme le souligne la responsable d’une association : “ Qu’est-ce que cela évoque pour moi de dire “ non ” ? Pourquoi dit-on parfois “ c’est pas mon problème ” et d’autre fois “ c’est mon problème ? ” ” .

Les besoins de recherches s’expriment autour de thèmes aussi divers que le décrochage scolaire, la toxicomanie avec le besoin de données épidémiologiques, l’interculturel.

Un thème est toutefois plus fréquemment souligné : les souhaits des jeunes, leurs attentes. Étrange que ceux qui travaillent avec des jeunes expriment ce besoin. Pour certains, il soulève la question de la non-participation des jeunes aux activités qui leur sont proposées. Pour des intervenants de seconde ligne, ce besoin exprime un souhait de mieux orienter leurs programmes pour qu’ils soient plus pertinents une fois appliqués sur le terrain.

## Une première étape à suivre...

Cet état des lieux des besoins n’est qu’une première étape. Dans un deuxième temps, le Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles va développer des stratégies pour faire émerger des réponses à ces besoins : en organisant des ateliers de concertation, en informant les pouvoirs compétents en la matière, en renseignant les associations pour des demandes d’information très ponctuelles, en renvoyant certaines demandes vers des initiatives existantes (rencontres, formations, etc...). Ainsi, certaines de ces démarches vont nécessiter une connaissance et une bonne collaboration avec la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale ou toute autre fédération et association qui intervient déjà dans ce secteur. Mais la poursuite de ce travail ne pourra se faire sans l’investissement des associations elles-mêmes. À suivre donc... ■

Judith Hassoun  
Responsable de projets

Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles  
Avenue Emile de Béco 67  
1050 Bruxelles  
Tél.: 02.639.66.88  
Fax: 02.639.66.86

***Avec quelque 38.200 logements sur un patrimoine régional de 460.000 unités, le logement social bruxellois est au cœur des débats sur la politique du logement de la Région de Bruxelles-Capitale depuis l'installation de celle-ci en 1989.***

Il faut dire que, vu le système actuel de financement des Régions et certaines spécificités de la Région bruxelloise, la question du logement y est particulièrement épineuse. Elle se situe au cœur d'une tension forte entre deux nécessités : d'une part, répondre positivement à l'enjeu social que représente l'exercice du droit au logement des populations fragilisées; d'autre part, garantir des rentrées fiscales d'un certain niveau, permettant de financer les différentes politiques régionales, et notamment les politiques sociales. On comprendra aisément que les arbitrages politique et budgétaire ne sont pas simples dans ce contexte.

### **Trois caractéristiques régionales du logement social**

Du point de vue de la politique du logement, la caractéristique essentielle de la Région bruxelloise, comparée aux deux autres Régions, est l'importance de son parc locatif (en ce compris le parc social). En effet, le parc locatif y représente environ 60% du parc total de logements, pour 29,5% en Flandre et 32,8% en Wallonie. Ce qui veut dire que la très nette majorité des ménages bruxellois se logent sur le marché locatif — dont le coût est élevé —, alors qu'en Flandre comme en Wallonie la majorité des ménages sont propriétaires.

Certes, cette caractéristique est typique de presque tous les grands centres urbains, en Belgique comme ailleurs en Europe. Mais deux autres caractéristiques sont à

relever, qui concernent uniquement le secteur du logement social :

- d'une part, le patrimoine du logement social est principalement localisé dans la seconde couronne. On estimait au début des années 90 que celle-ci accueillait 64% de l'ensemble du parc, pour 28% dans la première couronne et seulement 8% dans le Pentagone;
- d'autre part, les situations communales sont extrêmement hétérogènes, comme le tableau 1 l'indique à partir de données datant du début des années 90<sup>1</sup>. Une grande disparité apparaît entre communes, tant dans le rapport entre secteur acquisitif et secteur locatif que dans le taux de logements sociaux par rapport à l'ensemble du parc locatif communal.

Ainsi, entre Ixelles et Watermael-Boitsfort (qui sont les deux extrêmes en la matière), le rapport est de 1 à 10 quand on compare les taux de logements sociaux par rapport au parc locatif communal total.

(Voir tableau 1 page ci-contre).

### **La première décennie de politique régionale**

Après une première décennie d'existence de la Région, le secteur du logement social bruxellois se trouve dans une posture que l'on peut résumer en trois points, certes de manière simplifiée.

- D'abord, à l'initiative de la Région, on a pu installer les instruments législatifs essentiels qui cadrent l'action du secteur dans l'univers urbain qui est désormais le sien. On a aussi développé une connaissance affinée de ce que ce secteur représente au sein de l'action publique et des enjeux auxquels il est confronté.
- Ensuite, on a pu gérer activement la dette du logement social bruxellois due à l'ancien système de financement du secteur. Ce qui constituait, il y a dix ans, un terrible handicap a pu être résorbé de

# LOGEMENT SOCIAL BRUXELLOIS

**Tableau 1 : Le logement social dans les communes bruxelloises**

Communes	Taux de locataires (en %)	Taille du parc de logements sociaux (au 31.12.90)	Taux de logements sociaux sur l'en- semble du parc communal (en %)	Taux de logements sociaux sur le parc locatif communal (en %)
Anderlecht	59,6	5.097	12,4	20,8
Auderghem	45,7	752	5,4	11,8
Berchem Ste-Agathe	48,7	675	8,2	16,8
Bruxelles	65,4	7.592	11,3	17,3
Etterbeek	65,3	1.279	6,2	9,5
Evere	59,3	2.115	14,9	25,1
Forest	60,4	1.215	5,8	9,6
Ganshoren	57,0	1.344	13,3	23,3
Ixelles	68,9	1.100	2,6	3,8
Jette	55,0	1.207	6,8	12,4
Koekelberg	59,4	476	6,4	10,8
Molenbeek St-Jean	62,0	3.292	10,6	17,1
St-Gilles	73,9	938	4,6	6,2
St-Josse-ten-Noode	65,4	833	8,8	13,4
Schaerbeek	59,3	2.166	4,6	7,8
Uccle	50,4	1.588	4,5	8,9
Watermael-Boitsfort	51,0	2.184	18,6	36,5
Woluwe St-Lambert	56,0	2.484	10,2	18,2
Woluwe St-Pierre	43,2	862	5,1	11,8
Région bruxelloise	60,0	37.199	8,1	13,5

manière spectaculaire. Potentiellement, et à la lumière des arbitrages régionaux, cela peut ouvrir au secteur de nouvelles possibilités financières, pour autant que la rigueur reste de mise pour gérer le solde de la dette.

- Enfin, par rapport à la seconde partie des années 80, on a assisté à une certaine reprise de la politique d'investissement, puisque la construction de 1.969 nouveaux logements a été engagée et que 1.325 logements ont été réhabilités.

Malgré ces avancées positives, le secteur du logement social bruxellois reste cependant renvoyé aux limites de

son action, puisque la décennie a été marquée aussi par l'appauvrissement de la population de la Région. La taille, la qualité et les localisations du patrimoine, d'une part, les caractéristiques structurelles de la Région vues plus haut, d'autre part, jouent un rôle surdéterminant en la matière, et singulièrement dans la problématique du logement des populations plus fragilisées.

Une question apparaît dès lors plus clairement ou plus crûment posée qu'il y dix ans : comment faire pour que le secteur puisse intervenir plus largement et/ou avec davantage de pertinence ? Comment faire en sorte que

son action ait un impact plus significatif ou plus qualitatif, vu l'accentuation des problèmes de fragilité sociale rencontrés ?

## Le logement social dans la ville

Dans la Déclaration de politique régionale de la présente législature, la partie la plus importante du chapitre 3, consacré au logement, concerne le secteur du logement social bruxellois. Plusieurs objets y sont abordés, et une série d'évolutions sont prescrites que nous n'aborderons pas dans cet article <sup>2</sup>.

Les axes retenus en matière de politique d'investissement concernent à la fois :

- la priorité très clairement accordée à la rénovation du patrimoine existant, afin de revenir sur le déficit de qualité et de confort d'une partie importante du patrimoine du secteur, et aussi de tenir compte des besoins de publics plus spécifiques, comme les familles nombreuses et les personnes handicapées;
- l'amplification des moyens attribués par le budget régional, et la création de SICAV afin d'encourager, par des incitants fiscaux, les investissements dans le secteur à vocation sociale. On indiquera en ce sens que le projet de budget des dépenses de la Région prévoit pour 2001 une croissance des moyens affectés à la politique du logement de l'ordre de 550 millions par rapport au budget 2000. Parmi ces moyens supplémentaires, environ 350 millions serviront à amplifier les moyens du logement social.

Après plus d'une décennie de politique régionale en matière de logement social, il apparaît impératif de réarrimer ce secteur à la ville — dans tout ce qu'elle signifie comme espace d'activités, de liens sociaux et d'espaces urbains —, voire même à la société toute entière. Certes, c'est un objectif à long terme, qui dessine un horizon souhaitable. Mais il se justifie face à des constats objectifs qui permettent d'acter une sorte de décrochage urbain et social du secteur, en tout cas de parties significatives de ses usagers et de son patrimoine (lesquelles peuvent cependant présenter de très grandes différences selon les zones urbaines qui les accueillent). De nombreuses impulsions de la Déclaration de politique régionale vont d'ailleurs dans ce sens. Elles entendent répondre à la question suivante : comment mettre en place une nouvelle dynamique de liens urbanistiques et

sociaux entre la majorité des cités de logements sociaux et leur environnement?

## Du droit au logement au droit à l'habitat

Cette approche plus globale qui semble animer la Déclaration de politique régionale indique que l'objectif central n'est plus seulement le strict droit au logement, mais le droit à l'habitat. A savoir la possibilité de vivre dans un logement de qualité, accessible financièrement et ouvrant sur un environnement urbain et de services satisfaisant.

Mais, à Bruxelles, l'accès à un logement de qualité signifie clairement le développement du parc social de fait. On peut définir celui-ci comme la partie du parc de logements sise dans la Région (qu'elle soit de propriété privée ou publique) dont le coût locatif est régulé afin d'en permettre l'accès aux ménages fragilisés.

Le déficit régional le plus important réside donc dans l'offre trop étroite et de qualité souvent peu satisfaisante du parc social (au sein duquel nous rangeons le patrimoine du logement social). Il convient de revenir sur ce double déficit, et ce en développant deux stratégies principales :

- continuer à développer l'extension du parc social, non seulement pour répondre au déficit de l'offre actuelle, mais aussi pour agir préventivement. En effet, un minimum de prospective laisse augurer qu'une série de jeux en cascade vont conduire de la hausse actuelle des taux hypothécaires à un accroissement clair de la demande, déjà prégnante, de logements locatifs socialement accessibles;
- opérer un certain nombre de clarifications du côté de la politique régionale, et singulièrement sur le rôle des opérateurs concernés<sup>3</sup>, sur la taille, les localisations et les modalités de l'extension du parc social de fait.

De même, il semble impératif de renforcer la politique régionale en matière de production d'informations qualitatives. Cela constitue en tout cas une condition tant pour connaître les enjeux et y faire face que pour estimer l'environnement dans lequel les réponses des opérateurs doivent se formuler et, enfin, pour garantir et évaluer la pertinence et les impacts de ces réponses.

La gestion, hélas, de la rareté, demande des instruments de connaissance adéquats pour arbitrer au mieux, ici, la gestion de la demande sociale, là, les priorités d'investissement des différents opérateurs. ■

Pol Zimmer

Pour approfondir les thèmes de cet article, on pourra se reporter utilement :

- soit aux rapports annuels de la Société du Logement de la Région Bruxelloise (SLRB) ;
- soit au document intitulé *Dix ans de politique du logement social bruxellois* ;
- soit au tiré à part de M. Bolca, Le secteur public du logement, aux éditions Kluwer, dont un résumé, rédigé par l'auteur, figure dans *SLRB Info* n° 23.

Ces documents sont accessibles au service d'information de la SLRB, 45/55 rue Jourdan, 1060 Bruxelles.  
Tél. : 02.533.19.83

1. Les années 90 sont les dernières pour lesquelles, via le recensement, nous avons des données contemporaines entre secteurs. Par ailleurs, structurellement, les situations n'ont pas beaucoup évolué depuis.

La première décennie de politique régionale

2. Elles concernent notamment l'accentuation du rôle social du secteur, la simplification des règles de définition du loyer et son plafonnement, la solidarité régionale envers le secteur et la solidarité entre les sociétés immobilières de service public (les SISP), la mise en place de la dynamique dite "des inscriptions multiples", la création de conseils consultatifs de locataires, la mixité sociale dans les cités, etc.

3. C'est-à-dire, à ce jour, essentiellement les SISP, le parc locatif et social des pouvoirs locaux et CPAS, l'aide locative du Fonds du logement, et les Agences Immobilières Sociales.

## A propos de...

Dans le cadre des débats actuels sur l'euthanasie, le Dr. Maurice Einhorn a présenté son opinion et le texte d'une pétition dans une de nos rubriques "A propos de...".

L'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD) nous signale qu'elle fait circuler un texte de soutien à la proposition de loi relative à l'euthanasie déposée en décembre 1999.

Pour toutes informations : ADMD, rue du Président, 55 à 1050 Bruxelles.

Tél. & fax : 02/502 04 85. E-mail [admd@infonie.be](mailto:admd@infonie.be).

# EDITORIAL

suite de la p. 2

*de drogues licites et illicites, y compris l'alcool et les tranquillisants. La hausse de la consommation de cocaïne, souvent accompagnée d'une forte consommation d'alcool, est plus importante.»*

*Le Luxembourg semble avoir la plus forte proportion d'usagers à problème – environ sept usagers pour 1000 habitants âgés de 15 à 64 ans. Suivent l'Italie (environ six pour 1000), le Royaume-Uni et l'Espagne (environ cinq pour 1000), l'Irlande et la France (environ quatre pour 1000), puis l'Autriche, la Belgique et le Danemark (environ trois pour 1000). Les proportions les plus faibles sont enregistrées en Finlande, en Allemagne, aux Pays-Bas et en Suède (environ deux pour 1000). Selon l'OEDT, ces taux suggèrent que l'on ne peut guère établir de lien direct entre la prévalence de la consommation à problème et les politiques nationales en matière de drogues. Les pays présentent des niveaux de consommation similaires, souvent modérés, que leur politique soit plutôt libérale ou plutôt restrictive.*

*L'incidence de nouveaux cas de SIDA chez les toxicomanes par voie intraveineuse (TVI) continue de baisser en France, en Italie et en Espagne. Cependant, l'incidence des cas de SIDA continue d'augmenter au Portugal, tandis qu'en Finlande l'infection au VIH a fortement augmenté et conduira probablement à une augmentation prochaine des cas de SIDA. Les pays qui enregistrent le taux le plus élevé d'infection au VIH parmi les TVI sont l'Espagne (32%) et le Portugal (27%). Cependant, dans les 2/3 des pays de l'UE, ce taux est inférieur à 5% ; au Royaume-Uni, il ne dépasse pas 1%.*

*Avec ce Rapport, l'OEDT a présenté à l'UE et à ses Etats membres une vue d'ensemble du phénomène de la drogue en Europe à l'aube du nouveau millénaire.*

*Il est essentiel, pour agir efficacement, de disposer d'informations précises, et en répondant au besoin d'informations des décideurs à tous les niveaux, l'OEDT participe largement à l'élaboration d'une politique européenne en matière de drogue. ■*

Georges Estievenart, Directeur exécutif, OEDT

*L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), l'une des 11 agences européennes décentralisées, a été créé en 1993 en réponse à l'accroissement des problèmes de drogue en Europe et à la demande des institutions et de l'opinion publique, qui voulaient obtenir une image claire et précise du phénomène dans l'Union européenne. La mission de l'Observatoire est d'apporter à la Communauté et à ses Etats membres «des informations objectives, fiables et comparables au niveau européen sur le phénomène des drogues et des toxicomanies et leurs conséquences» et d'apporter aux citoyens, aux professionnels et aux hommes politiques européens les informations nécessaires pour mener une action appropriée face à la drogue. L'Observatoire travaille uniquement dans le domaine de l'information.*

1. «Le Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'union européenne» peut être téléchargé sur le site internet de l'OEDT :

<http://www.emcdda.org/publications/publications-annrep00.shtml>

## Bibliographie thématique

(sélection effectuée par Henri Amzel/Question Santé)

**La consommation de cannabis : chez les jeunes à Bruxelles : étude préliminaire réalisée à Bruxelles : juillet 1997 : La consommation de drogues illicites chez les jeunes scolarisés : quelques données de 1994 en Europe, en Belgique et dans la région de Bruxelles-Capitale /** Kohn L., Piette D.; Navarro F. - Université Libre de Bruxelles : Ecole de Santé Publique : Unité Promotion Education Santé - PROMES. - Bruxelles : Administration de la COCOF - Commission Communautaire Française : Service Santé, 1998. - (Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française ; 6). - 50 p. - tabl., biblio., lex., ann. - *Etude*

**Guide d'évaluation des actions de prévention des toxicomanies : à l'intention des planificateurs et des évaluateurs de programmes /** Kröger Ch., Winter H., Shaw R. / IFT - German Institut für Therapieforschung - Institut allemand de Recherche Thérapeutique. - Lisbonne : EMCDDA - OEDT - Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies, 1998. - 78 p. - biblio., lex. - *Guide*

**Les drogues : usages, abus, dépendances. La prévention en questions /** Vasseur D. (coord.). - In: La Santé de l'Homme, n° 334, 1998-01/02/03. - 57 p. - biblio., adres., lex. - 34 FF. - *Dossier*

**Les services actifs en matière de toxicomanies : un axe prioritaire de la politique de la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale.** - 1e éd. - Bruxelles : COCOF - Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale, 1999. - 47 p. - adres. - *Brochure*

**Assuétudes : une démarche interdisciplinaire pour aborder la question des dépendances dans le troisième degré de l'enseignement secondaire général /** Kayaert M.-C., Waub P.; Institut St-Dominique de Schaerbeek. - Bruxelles : Prospective Jeunesse, 1999. - 28 p. - biblio. - *Brochure*

**Vos enfants et les drogues : pour aider les parents /** Vasseur D. (Coord.); Fondation Toxicomanie et Prévention Jeunesse. - 2e éd. - Paris; Vanves : MILDT - Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie; CFES - Comité Français d'Education pour la Santé, 1997. - 23 p. - *Brochure*

**La prévention : groupe d'entraide : regards sociologique, philosophique et thérapeutique.** - In: Dépendances, n° 7, 1999-04. - 28 p. - 45 FCH (abonnement pour 3 numéros). - *Dossier*

**Drogues : au nom des lois : journée d'Etudes : mardi 2 juin 1998 /** FEDITO - Fédération Bruxelloise Francophone des Institutions pour Toxicomanes. - Bruxelles : COCOF - Commission Communautaire Française, 2000. - (Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française ; 14). - 122 p. - *Actes*

**Regards sur les dépendances /** Vasseur D. (Coord.). - Vanves : CFES - Comité Français d'Education pour la Santé. - In: La Santé de l'Homme, n° 347, 2000-05/06. - (Les dossiers de la Santé de l'Homme ; 47). - 38 p. - biblio. - 39 FF. - *Dossier*

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  
<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 n'engagent que leur auteur.

DANS NOTRE PROCHAIN NUMÉRO :  
La prévention