

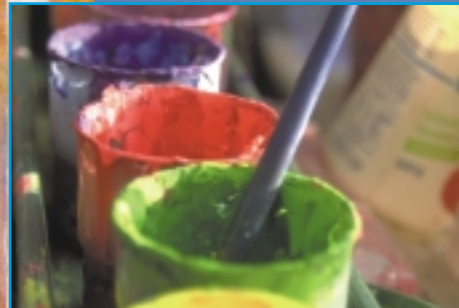
BRUXELLES SANTÉ

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°23 - Septembre 2001



N°23

Le saturnisme



BELGIQUE
P.P.
1050 BRUXELLES 5
1/6233
Bureau de dépôt
Bruxelles 5

En direct de...

La Maison médicale
du Vieux Molenbeekpages 2 à 7

Bouquins malinspages 8 et 9

Dossier

Le saturnisme :
une histoire de plombpages 10 à 17

Initiatives

Jumeaux, triplés, même combat ... pages 18 et 19

L'écho du CLPS

Who's whopages 20 et 21

Carte blanchepages 22 et 23

Annoncespage 24

En direct de...

La Maison médicale du Vieux Molenbeek

Le Vieux Molenbeek... Un quartier que nous vous avons présenté dans Bruxelles Santé n°18. Un quartier dégradé qui n'en finit pas de mal vieillir. Nos pas nous ont conduits cette fois vers la Maison médicale de la rue de la Savonnerie. Parce que sa raison d'être est "d'améliorer les conditions de vie, l'accès aux soins de santé, la perception du corps et du bien-être des plus démunis" dans une optique participative. Ici rien n'est imposé... c'est ensemble que des solutions sont recherchées.

Nous avons rencontré le Docteur Pierre Hendrick, médecin fondateur de la maison médicale et toujours en activité.

Notre maison médicale est née en 1975. L'idée de sa création vient du mouvement ATD Quart-Monde qui, depuis fort longtemps, s'était rendu compte que la santé des gens très pauvres était très prématurément et très profondément dégradée. Ils souhaitaient mettre sur pied un projet, à la fois de recherche et d'action, pour mieux comprendre ce qui se passait et, partant, pour éviter que cela ne se reproduise... Bien sûr, cela rejoignait des choses connues depuis longtemps : depuis que l'on fait de l'épidémiologie, on sait qu'il existe des inégalités sociales de santé; la littérature foisonne de descriptions détaillées de ces inégalités. Par contre, lorsqu'il s'agit de trouver des éléments de solution pour pallier ce genre de problèmes, la pêche est nettement plus maigre. Et c'est de là que notre projet tient sa particularité, dans la mesure où il s'agit à la fois de mieux comprendre mais aussi et surtout de lutter contre les inégalités sociales de santé.

Comment a-t-on fait ? D'abord, il faut resituer les choses dans leur contexte. C'était encore l'époque du post-"soixante-huitisme", avec une réflexion sur la santé de première ligne menée autour du GERM (Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine), qui avait développé le modèle du centre de santé intégrée. Les jeunes médecins que nous étions à l'époque étaient fort "branchés" là-dessus. Toutefois, le fondateur d'ATD Quart-Monde nous avait solidement mis en garde. Pour lui, la

© Photos de couverture : Alexandre Muylle et Delphine Duprez/Question Santé

voie la plus réaliste pour atteindre les pauvres impliquait que l'on habite le quartier, que l'équipe de départ ne comprenne que deux ou trois personnes au maximum, que l'on commence par ne rien faire d'autre que de rendre service aux gens, de les écouter, de regarder et d'écrire tout ce que l'on voyait. Et c'est ce que nous avons fait pendant deux ans. Sans développer d'autres actions qu'un petit cabinet de médecine



générale, avec trois médecins : Paul Galand, Patrick Coomans et moi-même.

Je pense que cela a été une chance extraordinaire de commencer ainsi, parce que nous avons vraiment eu le temps de nous faire connaître, de devenir nous-mêmes des habitants du quartier, de mieux connaître la réalité des conditions de vie.

Il faut dire que, quand nous avons acheté la maison, il a fallu trois mois de travaux plein temps pour la rendre habitable! Ce qui en dit long sur les problèmes de logement dans le quartier.

Un autre élément auquel le fondateur d'ATD Quart-Monde nous avait fait réfléchir, c'est que les gens ne font de progrès au niveau de leur santé que s'ils en font au niveau du savoir. En première approche, on pouvait comprendre cela comme : avec des populations défavorisées, il faut faire de l'éducation pour la santé. En fait, nous nous sommes très vite rendu compte que l'éducation sanitaire classique ne convenait pas du tout à ce type de population. Pourquoi ? Parce que les personnes très pauvres se sentent marquées dans

leur corps, se sentent disqualifiées au niveau santé, stigmatisées. Par conséquent, et c'était encore plus vrai à l'époque, les discours du style "faites ceci, ne faites pas cela, mangez ceci en grande quantité, etc." ne collaient pas à leur réalité. Pour eux, il était clair que, comme leur santé était mauvaise, ces discours ne les concernaient pas.

Nous avons pris progressivement conscience de cela. En fait, pour cette population, c'est comme si un ressort était cassé. Il y a un certain fatalisme par rapport à la santé. Ces constatations rejoignent d'ailleurs des études canadiennes, par exemple, parues beaucoup plus tard, qui indiquent très clairement que l'état de santé est déterminé par le sentiment qu'a la personne de pouvoir changer les choses. Ce fatalisme était donc pathogène en lui-même.

Préférer l'approche communautaire

Devant ces corps très abîmés — et qui dit corps dit aussi personnes — l'idée nous était venue de créer une



salle de bien-être où ces corps pourraient reprendre repos, vigueur, valeur aux yeux de leurs propriétaires et, par là, retendre le ressort, permettre un dynamisme nouveau.

Nous en avons donc parlé avec les habitants du quartier, et nous avons immédiatement senti une énorme réticence. Parce que nous proposons cela à titre individuel et qu'en réalité, les familles souhaitent une approche communautaire.

Probablement l'approche individualisée, focalisée sur un problème de santé, était-elle relativement anxiogène pour eux. C'est un peu le même phénomène que pour l'accès aux soins de santé mentale. Car, au fond, ces personnes savent qu'elles vivent une réalité très dure, qui n'est pas telle qu'elle devrait être — mais, en même temps, accepter de l'exprimer pour mieux redémarrer est très angoissant. Donc, cela passe mieux par le biais communautaire, au moins dans un premier temps.



Une lutte efficace contre la pauvreté passe par la participation des plus pauvres à une réflexion, à la mise en place de solutions. C'est le volet que nous appelons culturel; ce qui signifie, en clair, que lorsqu'on aborde des gens très pauvres, si on veut que les choses changent, il faut lutter contre ce fatalisme, permettre au corps de reprendre sa valeur, permettre aux gens d'enrichir leur tissu social, de réfléchir sur leur situation mais pas de manière défaitiste. Ce côté pro-actif, c'est, je pense, ce qui fait l'originalité de notre maison médicale.

C'est ainsi que nous avons mené une réflexion sur le logement avec les patients eux-mêmes. Eh bien, quand des personnes très pauvres parlent des médecins, des infirmières, ils disent avoir honte de les recevoir chez eux parce qu'ils connaissent l'état de délabrement de leur logement et ont peur que cela entraîne un jugement négatif de la part du professionnel. La réflexion que nous avons menée ensemble leur a permis de comprendre notre propre impuissance à changer les choses. Et ça, je pense que c'est important. Parce que, même si le logement n'a pas fondamentalement changé, au moins la honte a disparu. Le pire, à mon sens, c'est quand le monde médico-social s'installe en juge d'une population et qu'il se permet de lui dire ce qu'elle doit faire ou ce qu'elle pourrait faire : c'est une approche par les manques, les problèmes. Nous préférons de loin une approche de réflexion commune, où chacun apporte sa pierre à l'édifice; c'est plus dynamique, plus constructif.

Organiser la réflexion

La réflexion s'organise de différentes façons. Nous essayons d'utiliser divers canaux. Ainsi, il nous paraît très important de simplement marcher dans le quartier! Comme les gens se déplacent beaucoup à pied par ici, il ne faut pas longtemps pour rencontrer quelqu'un. On apprend ceci, on apprend cela, quelqu'un nous livre ce qu'il pense...

C'est comme cela que se crée un rapport différent, beaucoup plus riche. Il y a aussi la pratique médicale au jour le jour: on peut l'exercer en étant attentif à une série de paramètres importants pour la vie quotidienne de tous.



Une autre manière de faire réside dans l'organisation de réunions, de soirées, de discussions. Trois ou quatre fois par an, nous invitons également les familles à des sorties : tous ensemble, nos familles y compris, on va à la campagne, ou voir un spectacle... Tout est fait pour qu'il y ait une dynamique de vie, de rencontres.

Notre objectif n'est toutefois pas de faire un projet de quartier. Il y a assez d'autres associations qui fonctionnent dans le Vieux Molenbeek. Notre spécificité, c'est d'aller à la rencontre des plus pauvres qui, malheureusement, sont souvent en dehors du coup, et de solliciter leur participation, suivant les opportunités.

Les brochures : un processus de création collective

Nous avons beaucoup cherché (et erré) dans le domaine de l'éducation pour la santé. Nous en sommes arrivés à la conclusion que le plus utile était de réfléchir ensemble autour d'un thème "santé" au sens large. Nous organisons donc régulièrement des soirées-débats, que nous appelons réunions de découverte de la santé. Chacun y apporte son savoir, son expérience. Nous restons sur le même thème assez longtemps, ce qui permet de réfléchir, de renvoyer aux participants, de compléter...

Après cela, nous essayons de construire une brochure qui résume la réflexion commune. Quatre ont déjà été réalisées, et la cinquième est en préparation. Pour construire ces brochures, un texte martyr est établi à partir des décryptages des soirées (décryptage mot à mot...). Ce texte est proposé aux participants et retravaillé avec eux. Ensuite nous fabriquons un projet de brochure, qui est relu avec des personnes très pauvres n'ayant pas ou peu participé aux débats. Nous recorrogeons et nous faisons alors la mouture définitive.

Ce processus exigeant et long a le mérite de mettre en valeur le travail des personnes pauvres. "Dans ces réunions, dit un participant, on ne parle pas pour ne rien dire, et ce livre c'est notre livre."



Miroir du monde

Depuis 26 ans, le quartier a bien sûr considérablement changé. On a vu apparaître d'autres formes de pauvreté. En 1975, le noyau vraiment important, numériquement, était constitué de familles sous-prolétaires belges. Progressivement, des familles immigrées sont venues "enrichir" les rangs de la grande pauvreté.

Depuis une dizaine d'années, ce sont les réfugiés qui arrivent. Ce qui est assez extraordinaire, c'est de constater que ce quartier est devenu un véritable miroir de l'état du monde. Quand ça allait mal en Bosnie, on voyait arriver des Bosniaques, quand ça allait mal au Kosovo, on voyait arriver des Kosovars, etc.

A quoi est-ce dû ? Je ne sais pas très bien. Peut-être est-ce la proximité du Petit Château, ou le fait qu'il s'agit d'un vieux quartier de Bruxelles, avec un nombre important de logements dégradés et, de ce fait, un peu moins chers qu'ailleurs (même si c'est encore très cher pour la qualité offerte).



Peut-être est-ce un effet de regroupement : les réfugiés aiment à se retrouver entre personnes de même nationalité.

Quoi qu'il en soit, on peut constater que les réfugiés ne se ressemblent pas. Par exemple, nous avons eu

pas mal de gitans bosniaques. Leur état de santé était effrayant. En parlant avec eux (il y a toujours des gens dans le quartier qui acceptent de se faire interprètes), nous nous sommes rendu compte que, déjà dans leur pays d'origine, ils n'avaient pas accès aux soins de santé. Pour d'autres, par contre, on s'aperçoit vite que, si leur situation est précaire et qu'elle va vraisemblablement le rester un bon moment, elle n'est pour autant que temporaire. Parce que ceux-là disposent de tout un capital d'instruction, de relations sociales, de capacité de



réflexion, de compréhension, de structures, qui leur permettra de s'en sortir.

On se trouve ainsi confronté à une problématique de pauvreté au sens large mais quand même très différenciée. Néanmoins, tous ont le droit d'accéder à des soins que nous souhaitons de qualité optimale. Et, ici à Molenbeek, nous avons relativement de la chance: nous avons pu passer une convention avec le CPAS, qui prévoit que les actes prestés seront honorés.

Le curatif : l'autre volet des activités

Le volet curatif existe depuis l'ouverture de la maison médicale. Nous sommes aujourd'hui cinq médecins généralistes et trois kinésithérapeutes, qui assurons ensemble un accueil et des soins de manière continue, de 8h à 19h, tous les jours de la semaine. Nous nous posons la question de recruter une infirmière ou un infirmier. En fait, au départ, il n'était pas nécessaire de développer un service infirmier puisqu'il y avait une communauté de religieuses qui se chargeaient des soins

à domicile. Elles faisaient cela remarquablement bien, d'ailleurs, et elles allaient au-delà des soins en apportant un soutien aux familles. Malheureusement, comme dans beaucoup d'autres congrégations, ces sœurs ont vieilli et s'en sont allées ailleurs. La question se pose dès lors pour nous. Mais, de toute évidence, si nous organisons un service infirmier, il ne serait pas de type classique. Il faudrait vraiment l'envisager comme un service de soutien, de promotion familiale et communautaire. Quoi qu'il en soit, l'aspect "soins pour tous" est primordial pour notre maison; nous tenons absolument à être ouverts à tous, sans barrière financière. ■

Propos recueillis par Françoise Kinna

Les photos nous ont aimablement été prêtées par la Maison médicale.

Maison médicale du Vieux Molenbeek
Rue de la Savonnerie, 7
1080 Bruxelles
Tél. : 02.410.26.15
Fax : 02.410.16.29

En collaboration avec le Réseau Bruxellois des Centres de Documentation de la Santé

Edipe toi-même !

Consultations d'un pédopsychiatre - Marcel RUFO

Paris, Anne Carrière, 2000

Bien que l'on dise souvent que tout se joue avant 6 ans, Marcel Rufo nous montre qu'il n'y a pas de fatalité. Ce pédopsychiatre, reconnu comme l'un des meilleurs spécialistes de l'enfance et de l'adolescence, explique les liens de l'enfant avec la maladie, la somatisation ou la loi. Les petits n'osent pas toujours raconter leurs peurs ou leurs blessures; il faut donc s'intéresser à leurs histoires de famille, essayer de repérer la représentation qu'ils ont de leurs maladies. En outre, il s'agit d'explorer comment les enfants expriment leur anxiété avec leur corps. L'enfant est aussi un être social. Son imagination peut se heurter aux conflits et aux histoires tragiques de la vie.

Avec la faculté de se confronter à la rencontre, à l'échange, et de ne jamais perdre l'énergie du contact, l'auteur privilégie " l'empathie sensible plutôt que la neutralité bienveillante ". A travers leurs origines, la rivalité fraternelle ou l'identité sexuelle, l'enfant amputé, l'enfant battu, l'enfant anorexique donnent aussi aux parents — à tous les parents — l'occasion de mieux comprendre leurs enfants.

Disponible en prêt au CEDIF (02 502 68 00)

Les sources de la honte - Vincent de GAULEJAC

Paris, Desclée de Brouwer, 1996

Avant tout œuvre de sociologie clinique, ce livre attachant est cependant accessible à un large public, à la fois très bien structuré et empreint de nuances, de finesse, d'originalité — sur un sujet d'autant plus difficile qu'il recouvre un ensemble complexe et multidimensionnel d'émotions, de souffrances qui sont par excellence tues, cachées. Au travers de témoignages, d'analyses, de l'approche de trois auteurs (Freud, Sartre, Camus), de recherches sur les groupes, etc., l'auteur nous plonge au cœur des «coulées successives» de la honte intériorisée. Entre secrets de familles et domination dans les rapports sociaux, blessure narcissique et processus de révolte, violences, humiliations et repli sur soi, la honte est décortiquée. Peu à peu, celle-ci livre une myriade de facettes, nous permettant de comprendre les mécanismes d'un sentiment qui fait partie de chacun d'entre nous, à différents niveaux, à diverses doses.

L'auteur nous mène ainsi, par touches successives, à l'écoute de l'autre et de soi, pour briser la roue du silence, permettre l'émergence de la parole, le dégagement d'une part de souffrance. Derrière les zones troubles, les tranches de vie douloureuses, il creuse délicatement pour, tel un archéologue, finir au pinceau et mettre à jour une richesse insoupçonnée de sensibilité, d'amour, d'humanité. On ne peut que sortir grandi de la lecture de cet ouvrage, rapproché de soi-même et de

l'autre, confronté à l'acceptation de la condition humaine.
En consultation à Question Santé (02 512 41 74)

L'interruption volontaire de grossesse

CEDIF éd., 2001

Dans le souci d'accroître et d'améliorer l'information sur l'interruption volontaire de grossesse, le CEDIF a édité une brochure qui reprend, en les analysant, plusieurs aspects de la problématique de l'avortement. Sur le plan historique, on y détaille les divers événements qui ont jalonné l'accès à l'interruption volontaire de grossesse, de l'interdiction de celle-ci à la récente commercialisation de la pilule Mifégyne. Outre les techniques et les actes médicaux (comparaison entre la méthode chirurgicale et la méthode médicamenteuse), le lecteur disposera d'un panorama de la législation européenne, d'un aperçu des dernières statistiques belges, ainsi que d'une contribution originale concernant la réalité psychosociale de la femme demandeuse d'IVG.

En vente au CEDIF au prix de 100 FB (02 502 68 00)

Rapport sur l'état de la pauvreté dans la Région de Bruxelles-Capitale

T. ROESENS et A. PERDAENS (dir. scient. M. DE SPIEGELAERE) - Observatoire de la Santé, septembre 2000

Le nouveau rapport sur la pauvreté à Bruxelles est désormais disponible. Il pointe que "la dualité entre riches et pauvres est très grande et très nettement présente dans la structure spatiale de la région, ce qui peut être expliqué par le processus de suburbanisation. Celle-ci n'a pas seulement amené une dualité au sein de la Région de Bruxelles-Capitale, mais elle a aussi conduit à l'appauvrissement de toute la région par rapport au reste du pays. On constate que les revenus des habitants de la Région ont régressé entre 1991 et 1997 en comparaison avec la Flandre et la Wallonie."

Pour la première fois en dix ans, le nombre de bénéficiaires du minimex a diminué dans la Région et les écarts entre les communes de la première et de la deuxième ceinture n'ont plus augmenté, bien qu'un nombre croissant de ménages avec enfants, et surtout avec beaucoup d'enfants, aient dû recourir au minimex. "La diminution du nombre de bénéficiaires du minimex s'explique surtout par la diminution du nombre de jeunes qui dépendent de l'aide sociale. Néanmoins, le nombre de personnes percevant en 1999 une aide financière du CPAS a augmenté, ainsi que le nombre de nouveaux dossiers en vue de l'obtention d'un (équivalent) minimex". Malgré une évolution globalement encourageante depuis 1998, il faut donc se garder d'un trop grand optimisme; cette évolution cache une grande dualité : le nombre d'exclus, des chômeurs de longue durée et des jeunes chômeurs a continué à augmenter.

(Outre une partie quantitative, le rapport 2000 fait place à l'évaluation des recommandations formulées par l'Assemblée réunie en 1998, à l'expression des personnes vivant la pauvreté, et à un résumé des publications scientifiques et de la littérature «grise» concernant la pauvreté à Bruxelles.

Pour obtenir le rapport, s'adresser à l'Observatoire de la Santé de la Région de Bruxelles-Capitale, tél. 02 552 01 50 ou e-mail aperdaens@ccc.irisnet.be

Guide des thérapies alternatives Principes, efficacité et risques Bruxelles, Test-Achats SC, 2000

Ce guide pratique de Test-Achats apporte des réponses aux questions de ceux qui souhaitent faire confiance aux médecines dites naturelles et aux thérapies alternatives. Il fait une synthèse des connaissances actuelles relatives aux mouvements thérapeutiques alternatifs les plus courants. Ceux-ci sont décrits dans tous leurs aspects : fondements historiques, méthodes de travail et résultats, accessoires éventuels, utilité et risques. Mais tout ce qui est présenté comme naturel n'est pas nécessairement recommandable et sans danger. Beaucoup de thérapies ne sont rien de plus qu'un assemblage d'autres techniques et les promesses de guérison qu'elles charrient sont rarement réalisées... Grâce à ce guide, on en sait un peu plus sur la thérapie florale de Bach, la thérapie neurale ou les nosodes, la lithothérapie, l'autohémothérapie, et bien d'autres.

Disponible en prêt au CRIOC (02 547 06 11)

Savoir parler avec son médecin - T. GREACEN Paris, Ed. Retz, 2000

Vous est-il arrivé de sortir d'un rendez-vous avec le médecin en ayant l'impression de n'avoir pas compris certaines explications, de n'avoir pas pu poser les questions qui vous tenaient à cœur? Que le médecin ne vous dit pas tout ou qu'il fait montre d'impatience en vous consacrant un temps très limité? Que vous n'êtes plus un adulte, mais juste un corps, une maladie, une curiosité médicale?... Fondé sur le constat que le patient d'aujourd'hui veut comprendre ce qui lui arrive, cet ouvrage donne de nombreuses clés pour mieux se comporter vis-à-vis de son médecin et du système de soins en général. Il explique la stratégie à suivre pour:

- choisir le bon médecin selon les problèmes rencontrés;
- se comporter de façon efficace avant, pendant et après la consultation;
- lever les barrières à la communication, de nature psychologique et autres;
- faire entendre ses droits.

Riche de nombreux exemples et informations pratiques, tenant compte des études récentes sur la question, ce guide

s'adresse à tous les patients qui veulent prendre leur santé en main et à tous les intervenants qui accompagnent les patients dans cette démarche.

Compte rendu paru dans Education Santé n°158

Disponible en prêt à Infor Santé ANMC (02 246 48 53)

La fièvre des achats - Le syndrome des achats compulsifs Jean ADES et Michel LEJOYEUX Les Empêcheurs de penser en rond, 1999

Alors que se déploie une vaste campagne pour aider les jeunes à gérer leur argent, il est sans doute bon de rappeler le livre de ces deux psychiatres. A qui n'est-il pas arrivé d'acheter, sans véritable besoin ni envie, quelque objet inutile, par désœuvrement, ennui, ou comme remède à une morosité passagère, et d'en éprouver très vite le regret, voire de s'en sentir coupable? Cet «achat pour l'achat», répondant à une nécessité interne, diffère de l'acquisition des biens de consommation contrôlée par le besoin concret. L'achat-remède, souvent suscité par un sentiment de tristesse ou de frustration, accompli dans une euphorie relative, relève de la consolation plus que de la consommation. Certains, face aux difficultés, aux conflits, aux contraintes, se précipitent sur l'achat comme d'autres sur la nourriture, le jeu, la sexualité, l'alcool ou la drogue.

En consultation au centre de documentation de Prospective Jeunesse, (02 512 17 66).

Marijuana, mythes et réalités - Une revue des données scientifiques - Lynn ZIMMER et John P. MORGAN Georg Editeur, 2000

Comme dans beaucoup de pays, la marijuana est la substance interdite la plus répandue aux Etats-Unis. Deux universitaires américains conjuguent ici leurs recherches pour produire un livre qui passe en revue les publications scientifiques, les rapports gouvernementaux, ainsi que les pires allégations concernant les effets de la plante. Ce travail a mené les auteurs à constater que les conclusions d'expériences scientifiques incomplètes ou mal interprétées sont fréquemment citées par des politiques, des journalistes et certains experts.

"Le cannabis mène aux drogues dures; il détruit les cellules du cerveau; il rend fou; il nuit au fœtus pendant la grossesse; il représente une cause majeure d'accidents de la route; il est plus dangereux pour les poumons que le tabac"... De tels mythes sont tenaces et ce livre a le mérite d'en confronter une vingtaine tour à tour. Destiné à un large public (enseignants, policiers, juristes, thérapeutes, médecins, travailleurs sociaux, parents ou adolescents), il s'adresse autant à ceux qui apprécient la plante qu'à ceux qui la haïssent.

Disponible en prêt à Prospective Jeunesse (02 512 17 66).

Le saturnisme : une histoire de plomb

Il est des maladies dont les causes sont si aberrantes de nos jours qu'on a du mal à croire qu'elles puissent encore exister. Tel est le cas du saturnisme: une intoxication par le plomb. Et comment est-ce possible si l'on ne travaille pas dans une fonderie de plomb ? C'est très facile, en réalité. Il suffit par exemple de rénover une maison construite avant 1945 et d'inhaler les poussières de vieilles peintures au plomb.

Nous avons voulu connaître l'ampleur du problème en Région bruxelloise et avons rencontré pour vous le Docteur R. Lorenzo, conseillère médicale-pédiatre à l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) et le Docteur Anne Steenhout, directrice du Groupe d'Etudes Ecotoxicologiques sur les Polluants, la Santé et les Impacts sur l'Homme (GEEPSIH) à l'IGEAT (Institut de Gestion de l'Environnement et d'Aménagement du Territoire, à l'ULB).

Le plomb et ses composés sont très répandus dans notre environnement. Pour ne citer que quelques-unes de ces sources, on trouve du plomb dans les objets et produits domestiques tels que les théières, les poteries vernissées, les figurines en plomb. Il y a encore du plomb dans les soudures des boîtes de conserve, les crayons de couleur jaune ou orange au chromate de plomb, dans les plombs de chasse et par voie de conséquent dans le gibier, dans les bouchons verseurs de vinaigriers dont la bille d'arrêt est en plomb ... Le plomb pénètre dans l'organisme par voies cutanée, digestive (via les aliments et l'eau de boisson), aérien-

ne (inhalation des poussières atmosphériques contaminées), placentaire (le plomb présent dans le sang maternel traverse le placenta pour atteindre le fœtus) et conjonctivale (dans certains pays du Moyen-Orient, des cosmétiques comme le kôhl à forte concentration en plomb sont appliqués autour des yeux des nourrissons pour éloigner d'eux le "mauvais œil").



Photo © : Françoise Jacobs/Question Santé

Or, le plomb n'est d'aucune utilité dans le métabolisme humain. Sa présence témoigne donc toujours d'une contamination. La gravité de ses effets nocifs sur l'organisme humain est déterminée par des seuils de plombémie répertoriés par les *Centers for Disease Control* (CDC) américains. Avant 1991, on considérait un seuil de 200 microgrammes de plomb par litre de sang comme inquiétant. Depuis cette date, les Etats-Unis ont fixé le "seuil inquiétant" chez l'enfant à 100 mg/l de sang. De nombreux pays, dont la Belgique, ont adopté la même norme.

Docteur Lorenzo : "Historiquement parlant, on trouve des renseignements sur l'intoxication par le plomb dès le Moyen âge. Le plomb était alors utilisé dans la fabrication de vases et de coupes pour boire le vin. Des traces d'intoxication au plomb ont même été retrouvées dans les squelettes découverts dans les catacombes datant de l'époque romaine. Les Romains utilisaient le plomb pour adoucir le vin qu'ils fabriquaient. Car l'une des caractéristiques du plomb est sa douceur au goûter. Ce n'est pourtant qu'à l'époque de la révolution industrielle que le plomb a été abondamment utilisé, car c'est un métal très malléable. Un tel usage amène à ne plus pouvoir se défaire des résidus. Ceux-ci imprègnent toujours bien des sols."

C'est à partir des années 60 que la présence de plomb dans le micro-environnement que constitue l'habitat a été reconnue comme problème de santé publique. Jusqu'alors, l'intoxication au plomb, encore appelée saturnisme, était surtout considérée comme maladie professionnelle atteignant essentiellement des ouvriers de l'industrie des métaux non ferreux.

Le premier cas de saturnisme infantile par ingestion de peinture a été identifié en 1891 en Australie (à Brisbane, dans le Queensland). On y avait l'habitude de traiter le bois des vérandas au moyen de peintures résistant à la chaleur grâce à leur forte teneur en plomb. Les peintures, en s'écaillant, contaminaient les jouets que les enfants portaient à la bouche.

Le phénomène a commencé à être reconnu en Europe depuis la fin des années 1970, au Royaume-Uni d'abord, en Belgique ensuite dans des enquêtes ponctuelles : plus de 80 cas à Anvers (LIMBOS, 1987; NELEN, 1991) et une quinzaine à Bruxelles (résultats non publiés).



Photo © : Françoise Jacobs/Question Santé

Principales victimes: les jeunes enfants !

L'intoxication chronique par le plomb chez l'enfant est un problème de santé publique bien réel et d'ampleur non négligeable. Les intoxications les plus sévères chez l'enfant proviennent de l'ingestion d'écaillés de peinture et de plâtre ou de poussières riches en plomb dans des logements anciens (antérieurs à 1945) et dégradés.



Photo © : Françoise Jacobs/Question Santé

Les jeunes enfants, plus spécialement ceux âgés de moins de 6 ans, sont particulièrement vulnérables pour diverses raisons:

- le comportement oral de l'enfant de moins de 2 ans avec port à la bouche des mains et des objets (rôle de la poussière), voire l'ingestion active d'écaillés de plomb. Ce comportement de "pica"* est secondairement maintenu du fait du "bon goût" de ces écaillés de peinture;
- une absorption digestive du plomb et pulmonaire de poussières de plomb proportionnellement plus importante chez l'enfant que chez l'adulte avec une excrétion urinaire moindre. La résorption du métal ingéré atteint 40 à 50% chez l'enfant, particulièrement quand son estomac est vide, tandis qu'elle n'est que de 10 à 20% chez l'adulte;
- une toxicité cérébrale plus importante que chez l'adulte à imprégnation égale, en raison des processus de développement cérébral.

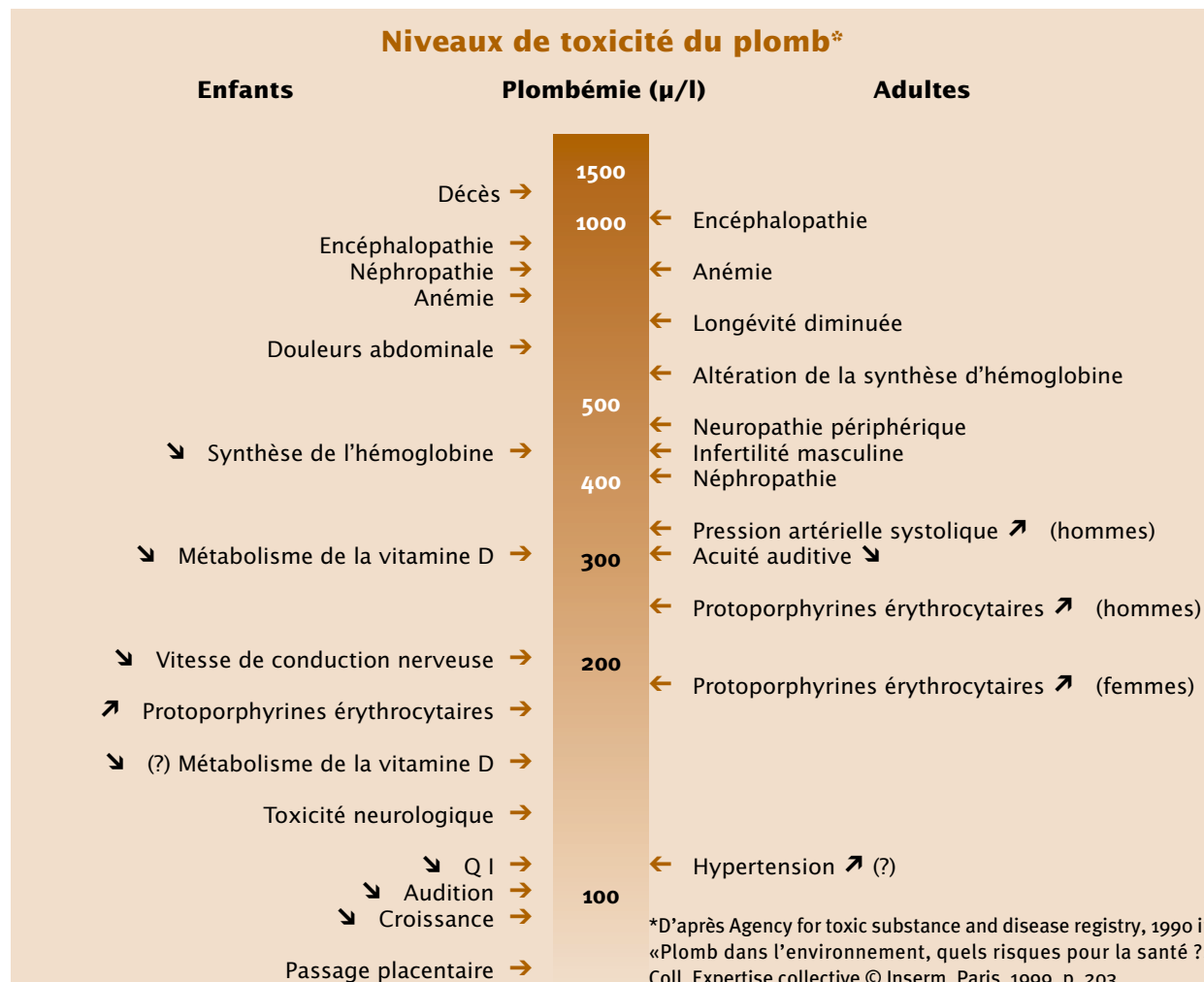
* Le mot " pica ", signifiant pie en latin, désigne l'ingestion de substances non alimentaires et non médicamenteuses.

Docteur Lorenzo : “Les signes permettant de suspecter une intoxication au plomb ne sont pas évidents. Il y a des enfants qui peuvent être contaminés et pour lesquels aucun signe n’est visible et d’autres, par contre, qui manifestent des symptômes avec des taux de plombémie parfois fort bas. L’intoxication doit vraiment être recherchée au niveau sanguin. Parmi les symptômes qui peuvent orienter le diagnostic, on a des maux de ventre inexplicables, une anémie qui s’installe... Ainsi, récemment, dans le Brabant wallon, un petite fille avait une anémie fort importante. Ses parents la trouvaient d’ailleurs fort pâle. Mais, comme d’autres raisons pouvaient expliquer cette pâleur, il a fallu qu’on recherche le taux de plomb pour comprendre que l’anémie y était liée. L’intoxication était telle que la petite fille aurait dû être dans le coma. Or, ce n’était pas le cas. Certains enfants développent également des troubles du comportement. Ils sont soit trop apathiques, soit trop irritables. Mais là encore, sans prise de sang, il est difficile de diagnostiquer une

intoxication au plomb car un jeune enfant de 2-3 ans peut être souvent fort énergique ou, au contraire, apathique pour un tas d’autres raisons.”

On l’a vu, la gravité des effets nocifs du plomb sur l’organisme humain est fonction des niveaux de plombémie. Une très grave intoxication au plomb de l’enfant (avec une plombémie supérieure à 800 mg/l) peut l’amener aux convulsions et au coma dus à l’encéphalopathie, voire au décès. Des effets nocifs sur le système nerveux central, les reins et le système hématopoïétique sont observés à des niveaux de plombémie de 200 à 700 mg/l. Des concentrations en plomb dans le sang aussi basses que 100 mg/l, au niveau desquelles aucun signe n’est décelable cliniquement, sont associées à une atteinte de l’intelligence et du développement neuro-comportemental, avec des répercussions sur l’apprentissage et l’adaptation en milieu scolaire.

La prise en charge d’un enfant intoxiqué par le plomb est déterminée par la valeur de la plombémie, selon



Classe	Plombémie ($\mu\text{g/l}$)	Interprétation / Recommandations
I	<100	Absence d'intoxication Répéter le dosage tous les 6 mois, jusqu'à l'âge de 3 ans, si l'enfant appartient à un groupe à risque; après 2 résultats inférieurs à 100 $\mu\text{g/l}$ ou 3 résultats inférieurs à 150 $\mu\text{g/l}$, le délai entre 2 dosages peut être porté à 1 an
II A	100-149	Répéter le dosage tous les 3-4 mois, jusqu'à l'âge de 3 ans; après 2 résultats inférieurs à 100 $\mu\text{g/l}$ ou 3 résultats inférieurs à 150 $\mu\text{g/l}$, le délai entre 2 dosages peut être porté à 1 an En cas de dépistage dans une communauté d'un nombre important d'enfants dont la plombémie dépasse 100 $\mu\text{g/l}$, des actions de prévention primaire devraient être mises en œuvre
II B	150-249	Rechercher les sources de plomb dans l'environnement de l'enfant. Rechercher une carence martiale. Donner des conseils diététiques et d'hygiène aux parents Répéter le dosage tous les 3-4 mois Si 2 dosages consécutifs indiquent une plombémie de cet ordre, une enquête environnementale avec des prélèvements et une décontamination doivent être envisagées
III	250-449	Confirmer le résultat en répétant le dosage, puis adresser l'enfant à une structure médicale capable d'évaluer l'intoxication et de la traiter Identifier et éliminer les sources de plomb
IV	450-699	Confirmer le résultat en répétant le dosage, puis adresser l'enfant à une structure médicale capable d'évaluer l'intoxication et de la traiter Le traitement de l'intoxiqué ainsi que l'identification et l'élimination des sources devraient être commencés dans les 48 heures
V	700	Confirmer le résultat en répétant le dosage; adresser l'enfant en milieu hospitalier: c'est une urgence médicale Le traitement doit être entrepris sans délai. Parallèlement, les sources de plomb seront identifiées et éliminées

Source : Plomb dans l'environnement, quels risques pour la santé ? Coll. Expertise collective © Inserm, Paris, 1999, p. 205

les recommandations de la commission de toxicovigilance (DGS, 1993, tableau ci-dessus).

L'identification de la ou des sources d'intoxication est obtenue généralement grâce à l'enquête effectuée au domicile par les services d'hygiène. Si l'éviction rapide et efficace de la source d'intoxication s'impose, elle reste malheureusement exceptionnellement réalisée. L'importance sur l'évolution des plombémies de mesures correctives portant sur le logement a été bien démontrée. L'évolution la plus satisfaisante, à court et à long terme, s'observe chez les enfants déménageant dans un habitat sans plomb ou complètement rénové selon des règles strictes.

Des conseils aux familles ou des interventions de dépoussiérage régulières peuvent contribuer à une

diminution des chiffres de plombémie, dans une mesure plus modeste.¹ Mais il faut se méfier de travaux spontanément entrepris par des non-professionnels, les exposant ainsi que leur entourage à des risques d'intoxication aiguë par la mise en suspension de poussières très riches en plomb.

En ce qui concerne le traitement, la thérapeutique actuelle consiste, par administration intraveineuse, à mobiliser le plomb afin de lui faire quitter l'organisme sous forme hydrosoluble par les urines. Il est, bien sûr, pratiqué en hôpital. Il existe toutefois un médicament qui permet un traitement en ambulatoire; malheureusement, il coûte fort cher et n'est pas remboursé par la sécurité sociale.

Saturnisme infantile à Bruxelles : 1991, première enquête pilote²

Il est apparu important à nos autorités politiques de connaître l'ampleur du saturnisme en Belgique. En 1991, la Région de Bruxelles-Capitale, à l'initiative de Didier Gosuin, Ministre de l'Environnement, dégagait les crédits nécessaires à la réalisation d'une première enquête pilote. Les buts de cette étude étaient d'estimer la fréquence (prévalence) de l'intoxication par le plomb chez les jeunes enfants résidant dans des quartiers bruxellois, choisis aléatoirement sur base d'une forte proportion d'habitations anciennes, et de rechercher à l'intérieur de l'habitat la source majeure d'apport de plomb ainsi que les facteurs de risque associés à l'intoxication.

533 enfants ont pu être retenus pour l'enquête (287 garçons et 246 filles). L'âge moyen était comparable entre les deux sexes (34 mois chez les garçons, 36 chez les filles). Les enfants se répartissaient de la façon suivante: 201 à Anderlecht, 99 à Bruxelles-Ville, 65 à Forest, 1 à Ixelles, 155 à Schaerbeek, 1 à St-Gilles et 11 à St-Josse. En ce qui concerne la nationalité, 22 pays différents étaient représentés : le Maroc (55,4%), la Turquie (16,5%), la Belgique (11,8%), la Yougoslavie (3,6%), le Zaïre (2,4%) et l'Algérie (1,9%). Les autres pays étaient représentés chacun par moins de 10 enfants.

Résultats

La moyenne géométrique des plombémies était de 105,3 mg/l pour les garçons et de 103,4 mg/l pour les filles. La distribution de la plombémie révélait que 48% des enfants examinés présentaient une plombémie inférieure à 100 mg/l, 41% avaient une plombémie comprise entre 100 et 200 mg/l et 11% une plombémie dépassant 200 mg/l.

Selon la classification CDC, 399 enfants (74,9%) se situaient en classe I et n'étaient donc pas intoxiqués; 15 enfants (10 garçons et 5 filles), soit 2,8% de l'échantillon présentaient une intoxication légère (classes Ib et II) et 15 autres (8 garçons et 7 filles) une intoxication grave ayant nécessité une hospitalisation.

La répartition des enfants par commune révélait que 46,6% des intoxiqués (classes Ib à IV) provenait d'Anderlecht, 26,7% de Schaerbeek et 26,7% de Bruxelles-Ville. Aucun cas d'intoxication n'avait été enregistré à Forest ni à St-Josse.

Parmi les 30 enfants intoxiqués, 20 étaient de nationalité marocaine, 4 étaient belges, 2 algériens. Les autres étaient respectivement tunisien, laotien, yougoslave et turc.



Photo © : Françoise Jacobs/Question Santé

L'étude a pu démontrer que la source principale incriminée était la présence d'anciennes peintures au plomb accessibles, sous forme d'écaillés et/ou de poussières, aux enfants qui les manipulaient. On le sait, l'activité main-bouche, le comportement pica et un manque d'hygiène sont des facteurs de risque nécessaires et primordiaux pour que survienne une intoxication; c'est la combinaison des deux facteurs — plomb dans les peintures et activité main-bouche ou pica — qui provoque le saturnisme. D'autres facteurs peuvent encore favoriser l'intoxication. Ainsi, la rénovation de l'habitation constitue transitoirement un facteur supplémentaire de risque; une alimentation carencée en fer en est un autre. Près de 20% de la population investiguée présentent une anémie ferriprive, ce qui indique qu'un problème nutritionnel se pose également dans ce type de population.

Et l'eau ?

L'étude menée par l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie n'a pas associé la contamination de l'eau de distribution par le plomb au risque d'intoxication. Et pourtant ! Lors d'un colloque sur la santé et l'environnement, organisé en février 2000³, le Dr Anne Steenhout déclarait : "Je voudrais apporter une information sur (...) l'affirmation selon laquelle l'eau n'est pas un risque dans l'agglomération. Les expositions excessives au plomb chez les enfants peuvent provenir de peintures ou de pous-

sières, dans les cas d'exposition aiguë, mais il y a aussi les expositions chroniques, résultant d'une somme de sources, parmi lesquelles diverses poussières mais aussi l'eau de distribution. Or, ce risque n'est pas réparti de la même manière sur l'ensemble de la Région. (...) Dans les enquêtes que nous avons faites, les contaminations varient selon les époques et les quartiers; dans la situation actuelle, plus de 40% des habitations dépassent la norme de 10 mg/litre d'eau, qui sera la norme européenne dans l'avenir et est déjà celle de l'OMS. L'organisme n'attendra pas dix ans de plus pour ressentir les effets du plomb... Et 25% des maisons ont des teneurs supérieures à 25mg/l. On ne peut pas considérer ce type d'exposition comme non préoccupant."

Fin 1998, une directive européenne relative aux eaux destinées à la consommation humaine abaissait la valeur-guide de la teneur en plomb dans l'eau de 50 mg plomb/l à 10 mg plomb/l. Cette directive s'alignait sur les recommandations de l'OMS, émises en 1992, qui conseillaient aux Etats membres " le respect des valeurs paramétriques au point de mise à disposition (ndlr: le robinet) du consommateur".

Un an plus tard, la situation semble évoluer favorablement, même si l'on est encore au stade des études et qu'aucune réglementation n'est faite en ce qui concerne le remplacement des tuyaux en plomb.

Un Arrêté du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale, antérieur à la directive européenne (il date du 4 juillet 1996), prévoit l'obtention d'une prime pour des travaux de rénovation susceptibles d'éliminer les tuyauteries en plomb dans le circuit de distribution d'eau potable du logement.

Encore faut-il que le logement dont la construction, bien sûr antérieure à 1945, se situe dans le périmètre de développement renforcé du logement, les périmètres d'intervention de la Société de Développement Régional de Bruxelles ou les périmètres des contrats de quartiers.*

* Pour plus d'informations : consulter la brochure " La santé, le logement ", 2ème édition, 2000, Commission Communautaire française

Dr. Steenhout : "Le problème à Bruxelles, à l'époque de la recommandation de l'OMS, c'est qu'il y avait non seulement plusieurs sources d'intoxications au plomb mais que celles-ci variaient encore selon les quartiers. En réalité, les quartiers anciens, dégradés, sont plus spécifiquement touchés par les problèmes de pollution



Photo © : Hugues de Wursterberger/Question Santé

que les quartiers plus récents de la capitale. Or, les pouvoirs publics n'étaient pas aussi réceptifs qu'aujourd'hui au problème du plomb dans l'eau. Avec la directive européenne, la situation a changé. Désormais, la nouvelle valeur est un objectif à atteindre.

Le service dont je m'occupe, le GEPSHI — pour Groupe d'Etude Ecotoxicologique sur les Pollutions, la Santé et les Impacts sur l'eau —, est une entité qui a pour objectif de développer une méthodologie intégrée. Nous réalisons des études qui s'articulent entre elles pour travailler sur des expositions humaines à plusieurs problèmes en même temps. Il y a aussi une recherche plus large, plus unifiante, qui prend en compte des polluants inorganiques pour aller vers des pollutions organiques. On doit développer une philosophie de travail qui vise à traiter les divers aspects des recherches pour mieux coller à la complexité de la situation réelle. Cela inclut les problèmes d'exposition au plomb, le niveau de qualité des logements, l'environnement des individus, leurs habitudes de consommation, etc. Il s'agit de visualiser l'ensemble, depuis l'émission des polluants jusqu'aux impacts, et d'amener ainsi des solutions qui interviennent à différents niveaux. C'est une approche écosystémique, qui embrasse les interactions entre les divers types de problèmes, les divers types de "compartiments" dans l'environnement et même dans l'organisme humain.

C'est une vision assez novatrice parce qu'elle permet de renforcer la capacité des normes à gérer le problème. De nombreux facteurs peuvent faire qu'une norme issue d'une étude "au coup par coup" ne sera pas suffisante, pas assez sévère pour protéger l'organisme dans une situation réelle, c'est-à-dire multiple et complexe. La question n'est donc pas seulement "dans quoi trouve-t-on du plomb?", mais aussi "comment va-t-on traiter, tant les problèmes de la qualité des milieux de vie des personnes, que ceux qui sont liés à l'inégalité devant leur environnement?". C'est pour développer cette vi-

sion sociale que l'asbl RISQUE (Réseau d'Intervention en Santé et Qualité de l'Environnement) a été créée, pour montrer combien il faut faire ce type de liens pour amener des solutions qui, à mon sens, sont meilleures."

L'asbl RISQUE s'est créée autour d'un projet d'évaluation des risques de divers polluants pour la santé humaine et pour les groupes les plus vulnérables, tels les enfants. Une approche des composantes sociales et d'habitat, avec des visites de terrain, se greffe sur des études scientifiques des contaminations du milieu de vie et des impacts de ces pollutions sur la santé. Une méthodologie de nature écosystémique est utilisée, qui a pour caractéristique d'examiner les circulations et accumulations des matières polluantes dans l'organisme humain et dans son environnement au cours du temps. Etudes épidémiologiques, environnementales et toxicologiques sont décloisonnées. L'ensemble des informations éclaire les processus de transfert de polluants selon l'âge et à diverses étapes du développement et de la croissance et identifie les doses effectives à l'origine d'effets indésirables. "Mémo", n°349, juin 1999, Solidarités Nouvelles asbl

En avril 1999, à l'occasion d'une réunion d'information visant à favoriser la visibilité du projet RISQUE pour des associations de terrain et des organismes impliqués dans la problématique Environnement-Habitat-Santé, le Docteur Steenhout exposait les grands axes du projet et la méthodologie utilisée. Celle-ci porte sur plusieurs polluants simultanément, mais le contexte actuel donne la priorité à une réévaluation de l'exposition au plomb chez les enfants de Bruxelles.⁴

"Près de 50% des logements examinés sont pourvus de canalisations entièrement ou partiellement en plomb ("hybrides", par exemple plomb et cuivre). On note cependant un certain accroissement de la fraction d'habitations pourvues de canalisations hybrides résultant de rénovations partielles des réseaux d'adduction d'eau. Trois types d'échantillons d'eau différents sont prélevés dans chaque logement au robinet d'eau froide de la cuisine. Des dépassements à la valeur-guide de 10 mg/l se rencontrent fréquemment à l'un ou l'autre moment de la journée. Pour plus de 29% des logements examinés, les réseaux en cause sont en plomb ou avec des parties en plomb et d'autres en cuivre. Dans certains réseaux rénovés, les parties remplacées se passivent* aux dépens des parties plus anciennes en plomb,

et ces dernières, mises à nu, donnent lieu à des dépassements aux valeurs limites. Par ailleurs, les soudures et raccords reliant les tuyaux en cuivre contiennent du plomb et donnent lieu à certains dépassements modérés à la valeur-guide, de même que les tuyaux en acier galvanisé et certains en PVC. Au stade actuel de cette réévaluation sur Bruxelles, plus de 7% de conduites en d'autres matériaux que le plomb montrent des dépassements. Les teneurs élevées ne sont pas seulement rencontrées dans la première eau du matin. Alors qu'une période de stagnation de l'eau pendant toute la nuit dans les conduites mène à un dépassement dans presque 27% des cas, quelques heures suffisent à révéler des dépassements à la valeur-guide dans plus de 24% des cas. De telles situations sont rencontrées au retour du travail, lorsqu'on boit un verre d'eau ou qu'on se prépare une tasse de café, par exemple. Jusqu'à treize années pourraient encore s'écouler d'ici au respect par chaque Etat Membre de la valeur paramétrique prescrite, du fait des diverses dérogations successives possibles quant à la mise en conformité avec la directive. Des teneurs maximales considérées comme sans danger par les autorités compétentes seront admises pendant 5 ans. Une étape intermédiaire se situe à 25 mg/l. Or, cette teneur est actuellement dépassée dans plus de 17% des logements examinés.

L'approche écosystémique apporte encore un autre type d'information, relatif à la gestion du risque. Compte tenu des taux de transfert de plomb qu'elle a établis entre compartiments dans l'organisme, il est possible de quantifier les accroissements du taux de plombémie liés à l'une ou l'autre source dans des environnements donnés.

Plusieurs sources peuvent se combiner, et il faut tenir compte de leur intensité respective lorsqu'on veut œuvrer pour que la valeur-guide pour la teneur dans le sang soit respectée. Si l'on permet certains apports limités par d'autres sources (mais hors cas d'empoisonnement par les peintures au plomb, qui doivent être éradiquées), un tel taux de plombémie pourrait

*Si certaines conditions sont réunies, une passivation des conduites peut se produire. Une couche stable (par exemple de l'hydroxy-carbonate de plomb dans les réseaux en plomb) se dépose sur l'intérieur de la conduite qui assure une protection du consommateur. Une enquête de l'ULB avait montré que la diversité des eaux distribuées à Bruxelles allait à l'encontre de cette passivation.

déjà être atteint suite à des consommations régulières d'un litre d'eau chargée à 25 mg de plomb/litre d'eau.

Admettre la valeur maximale fixée par la directive pendant une certaine période ne serait donc pas sans danger, en particulier pour les enfants. ”

“ La fréquence d'équipement des logements anciens par des réseaux contenant du plomb en tout ou en partie permet d'estimer à quelques 142.000 unités le parc de logements à risque hydrique. Si l'on en juge par la fréquence observée pour le dépassement aux valeurs réglementaires au moins une fois dans la journée dans de l'eau prélevée pour consommation alimentaire, quelque 100.000 de ces logements seraient concernés par des dépassements à 10 mg/l et environ 60.000 pourraient subir des dépassements à 25 mg/l. Les risques de dépassement à la valeur-guide toucheraient 25.000 logements supplémentaires munis de conduites en d'autres matériaux. Compte tenu de la grande proportion de familles nombreuses dans ces quartiers, on peut estimer, en première approximation, à plus de 350.000 le nombre d'enfants susceptibles de subir une exposition excessive par l'eau de distribution. ” 4

Pour respecter la directive, il faudra notamment envisager l'éradication complète des conduites en plomb des logements. La Commission européenne a estimé ce coût à 27 milliards d'euros pour l'ensemble de la Communauté, mais les coûts à charge des distributeurs d'eau ou des Pouvoirs Publics n'en représenteraient que 5 à 25%. Le texte reconnaît, en effet, que la qualité des eaux pour la consommation humaine peut être influencée par le réseau de distribution privé et que la responsabilité de celui-ci n'incombe pas nécessairement aux Etats membres. Dans la directive, l'installation privée inclut l'ensemble des canalisations et appareillages installés entre le point de conformité (le robinet du consommateur) et le réseau de distribution, mais seulement lorsqu'ils ne relèvent pas de la responsabilité du distributeur. Dans cet ordre d'idées, les coûts principaux, correspondant à la mise en conformité des installations privées incomberaient aux propriétaires. Il ne faut pas oublier le fait que, pour un certain nombre de cas, les parties en plomb ne se trouvent pas directement dans l'habitation mais bien dans les tronçons reliant le compteur de l'habitation à la canalisation-mère dans la rue. La responsabilité des distributeurs

pourrait peut-être être étendue jusqu'au robinet du consommateur. ■

*Propos recueillis par Alain Cherbonnier
et Françoise Kinna*

1. "Attention au plomb dans la maison", Cultures & Santé, asbl, 2001

2. "Saturnisme infantile à Bruxelles. Etude de prévalence et des facteurs étiologiques", Rapport final. Juin 1992, Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, F. Claeys – Ch. Limbos – G. Ducoffre – F. Sartor

3 " Santé et Environnement. Actes du forum des 17 et 18 février 2000 organisé par l'Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement et la Fédération des Maisons Médicales et des Collectifs de Santé Francophones " in Bruxelles Santé n° spécial 2000, septembre 2000

4 in "Mémo", n°349, juin 1999, Solidarités Nouvelles asbl

En pratique : quelques adresses utiles

Suspicion de plomb dans la maison

I.G.E.A.T.

Campus du Solbosch
Avenue A. Depage, 13
1050 Bruxelles
Tél.: 02.650.43.28 – 02.650.43.27
Fax: 02.650.43.24
E-mail : mfgodart@ulb.ac.be

Laboratoire Intercommunal de Chimie et Bactériologie

Avenue du Maelbeek, 3
1000 Bruxelles
Tél. : 02.230.80.01

Institut Scientifique de Santé Publique

Rue Juliette Wytmans, 14
1050 Bruxelles
Tél. : 02.642.50.23
Fax: 02.642.54.10
E-mail : fclaeys@iph.fgov.be

Conseils pour la rénovation

Centre Urbain

Place Saint-Géry, 1
1000 Bruxelles
Tél. : 002.512.86.19

Aides pour inciter le propriétaire à participer à la rénovation

Syndicat des Locataires

Square Albert 1er, 32
1070 Bruxelles
Tél. : 02.522.98.69
Fax: 02.524.18.16

Jumeaux, triplés... même combat !

Si vous êtes allés à l'Hôpital Erasme récemment, vous avez peut-être vu, dans le hall d'entrée, l'affiche reproduite ci-contre. Pourquoi des séances d'information à l'intention des futurs parents de jumeaux ou de triplés? L'arrivée de ce duo ou de ce trio de bébés pose-t-elle vraiment des problèmes si particuliers? Eh bien... oui. Nous avons rencontré Cathy Coeurnelle-Gérard, de l'association "Naissances multiples", et Yves Hennequin, pédiatre au Département de Périnatalogie de l'Hôpital Erasme.



Y a-t-il beaucoup de naissances de jumeaux?

Yves Hennequin : Le chiffre normal est d'une grossesse sur cent, mais maintenant c'est plus du double : cela fait approximativement un millier de grossesses par an en Communauté française. Pourquoi y en a-t-il davantage aujourd'hui? Parce que beaucoup de femmes ont des enfants de plus en plus tard, et qu'après 35 ans les problèmes de fertilité sont plus fréquents. On fait alors appel à des méthodes de stimulation de la fertilité, qui donnent une probabilité accrue de naissances gémellaires ou de triplés.

Comment avez-vous eu l'idée de cette initiative?

Cathy Coeurnelle-Gérard : J'ai des jumeaux qui ont maintenant huit ans, et c'est pendant ma grossesse que j'ai connu l'association "Naissances multiples", qui m'a aidée et renseignée. Je l'ai rejointe ensuite comme bénévole. L'association a été fondée il y a dix ans par une TMS de l'ONE, Madeleine Bouché, qui s'étonnait de rencontrer, au cours de ses visites à domicile, des mamans de jumeaux très désespérées. Elle a eu l'idée de regrouper des parents qui étaient passés par là et qui pourraient témoigner de leur expérience, montrer qu'ils avaient survécu! Et donner des trucs, des astuces et autres bonnes adresses pour s'en sortir... Nous avons une permanence téléphonique, assurée uniquement par quelques bénévoles. Nous proposons aussi une aide

pratique, parce que rien n'est prévu pour aider les parents de jumeaux: un service de location de matériel (le matériel de puériculture, notamment, représente à l'achat un sérieux budget), le lait au prix de gros... Sans savoir que je travaillais moi aussi à l'hôpital, Yves a voulu créer une initiative d'information pour les parents. Il a entendu parler de l'association et c'est comme ça qu'on est entrés en contact. Maintenant je participe à chaque réunion.

YH : J'avais été frappé moi aussi

par le besoin d'information et, en discutant avec les gens de "Naissances multiples", j'ai compris qu'il fallait de l'information avant la naissance plutôt qu'après. Les parents se posent des questions comme : "et à la naissance, comment est-ce qu'ils vont être? Comment va-t-on s'organiser dans les premiers mois?" Il y a aussi les aspects psychologiques. Plus simplement, allaiter des jumeaux peut être très fatigant : un allaitement mixte est-il envisageable, un bébé nourri au sein, l'autre au biberon?...

Et puis il y a l'organisation de tous les jours, l'achat de matériel, les aspects financiers, les aides que l'on peut recevoir. Sur ce dernier point, il faut signaler que les parents de triplés ont droit à une aide publique (une puéricultrice à temps plein et une aide ménagère à mi-temps). Cette aide est vraiment indispensable parce que, très pratiquement, on n'a pas assez de sa journée pour nourrir des triplés! Mais pour les jumeaux il n'y a rien du tout (sinon un allongement de deux semaines du congé prénatal), alors que les grossesses gémellaires sont très fatigantes et que les jumeaux, qui sont souvent prématurés, ne rentrent pas toujours tout de suite à la maison. Donc, quand les bébés se retrouvent enfin à la maison, la maman doit très vite se remettre à travailler, alors que deux bébés réclament son attention. Un projet de loi a été déposé, qui propose de tenir compte des grossesses multiples pour ajuster la durée du congé de maternité. Mais les employeurs ont dit qu'ils n'étaient pas d'accord, les partis n'arrivent pas à s'entendre, et le projet semble bloqué.

CCG : Quand on leur annonce l'arrivée de deux ou de trois enfants, les gens passent toujours par le même schéma : pendant une fraction de seconde c'est "enfin une grossesse!", puis tout de suite après "oui... mais deux!! Comment allons-nous faire?" On passe par une phase d'angoisse. Car, en général, on ne s'y attend pas du tout; dans le cas d'une fécondation in vitro, on sait que c'est une possibilité, mais le désir de grossesse est tel qu'on ne l'envisage pas vraiment. L'avantage des réunions, c'est le contact; les gens en ont vraiment besoin. L'équipe est pluridisciplinaire : un pédiatre, une gynécologue, une infirmière spécialisée en allaitement, parfois une psychologue... On peut poser des questions en fonction de la spécialité de chacun. Il y a des gens qui font 200 km pour venir à une réunion, à 8 heures du soir à Bruxelles!

YH : Il est très important aussi que les parents rencontrent d'autres personnes qui vont vivre ou ont vécu l'expérience. Ils se rendent compte qu'ils ne sont pas tout seuls, ils peuvent échanger leurs impressions, établir des contacts... Parfois ça discute ferme. Par exemple, un soir la question des crèches a été soulevée. Car trouver une crèche pour un enfant, ce n'est pas facile, mais pour deux ce sont les difficultés au carré! Non seulement il faut trouver deux places, mais en plus les crèches sont réticentes : on sait que les jumeaux, souvent un peu prématurés, ne viendront pas tout à fait au moment prévu, que les parents vont demander une réduction... Donc ces enfants sont loin d'être prioritaires. Or il est important que les mamans puissent avoir des moments pour s'occuper un peu d'elles. Et des autres enfants s'il y en a...

CCG : Et du couple! Les parents disent souvent que le couple est "étouffé" par la gestion du quotidien. Rien n'est prévu pour pouvoir souffler un peu. Il y a bien les haltes-garderies, mais si vous arrivez avec deux bébés, c'est simple : il n'y a pas deux places.

YH : C'est la même chose pour les baby-sitters. Un enfant, ça va, mais deux... Les grands-parents aussi hésitent : deux enfants, c'est plus de fatigue, plus de stress. Souvent les parents se sentent très isolés. Même s'ils sont bien entourés pendant les premiers jours à la maternité, pendant les premières semaines à la maison, au bout de quelque temps les bonnes volontés s'essoufflent.

CCG : Souvent on va devoir déménager, acheter une nouvelle voiture : l'aspect financier prend tout à coup beaucoup de place. Le papa va devoir travailler davantage

et la maman se retrouve seule... Les gens abordent aussi le problème des aînés, qui vont vivre l'arrivée de deux ou trois tout petits. L'arrivée d'un petit frère ou d'une petite soeur, c'est déjà angoissant, mais deux ou trois... Les parents vont être très occupés, et pourtant il faut garder une place pour le ou les aînés. Il n'y a pas de solution-miracle, mais les aînés doivent être inclus dans cette aventure, ne pas se sentir hors-jeu... L'éducation vient aussi sur le tapis : faut-il mettre les jumeaux dans la même classe, peuvent-ils dormir ensemble, vont-ils se ressembler très fort, avoir des liens particuliers...? Les gens posent des questions de toutes sortes.

Comment se déroule une réunion-type?

YH : Les échanges sont structurés par une vidéo qui aborde les différents aspects de la situation. Ce sont toujours un peu les mêmes questions qui reviennent, mais l'ambiance est chaque fois particulière : tantôt il y a des révolutionnaires, tantôt des gens stressés, ou des timides... Tantôt l'ambiance est du tonnerre, tantôt les questions ne sortent pas... Nous acquérons ainsi une certaine habitude de la dynamique des groupes : sentir qui a des questions mais n'ose pas les poser, par exemple. Très souvent, alors que la réunion se termine, des gens arrivent avec des questions plus personnelles, plus délicates. C'est aussi pour ça qu'il est important que nous soyons plusieurs, pour qu'ils puissent repérer la personne à laquelle ils auront envie de s'adresser. Si la réunion a amené chez certains plus de stress que de réconfort, soulevé plus de questions que de réponses, il faut que nous puissions en parler.

CCG : On ne sait jamais comment les gens vont réagir, certains peuvent prendre les choses au pire et se dire "ce n'est pas possible, je n'y arriverai jamais". On l'a déjà vu une ou deux fois. Ce n'est évidemment pas cela que nous cherchons, mais il ne s'agit pas non plus de leur faire croire que tout est rose. C'est peut-être ça le plus difficile : arriver à dire les choses comme elles sont, sans tomber dans le dramatique ni enjoliver la situation. ■

*Propos recueillis par Françoise Kinna
et Alain Cherbonnier*

Association "Naissances multiples" : 02 652 01 81
(répondeur téléphonique qui aiguille vers le bénévole de permanence)

Département de Périnatalogie de l'Hôpital Erasme :
02 555 34 30, ou visiter le site
<http://www.hopitalerasme.org/jumeaux.htm>

Who's who ?

Le Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles a deux ans à peine. Des partenariats dans plusieurs campagnes ("Drogues Pur Kultur", ou plus récemment "Tom et Pedro... et les autres" et le "Permis de séduire"), des participations plus structurées (à la Plate-forme Prévention Sida de réduction des risques liés à l'usage des drogues) ont pu le faire mieux connaître d'un nombre croissant d'acteurs de terrain. Mais peut-être certains se demandent-ils encore ce que recouvre le sigle CLPS.

On peut répondre en termes de missions, de décret et de programme (quinquennal). Mais une institution, c'est d'abord des gens, c'est-à-dire des noms, des visages et des activités bien concrètes. Alors, qui fait quoi au CLPS de Bruxelles?... Réponses autour d'un micro, un mercredi ensoleillé du mois d'août.

Qui se jette à l'eau?



Yves Gosselain : Je suis assistant social de formation, mais je n'ai jamais vraiment fait de travail social *stricto sensu* et je suis aussi licencié en communication. J'ai quitté l'enseignement pour venir au CLPS; je consacre par ailleurs un autre mi-temps à des projets de promotion de la santé à la Fédération des Maisons Médicales. Au CLPS, un des dossiers dont j'ai la responsabilité concerne l'information sur les brochures et dépliants destinés à la population. Il s'agit pour nous de rendre ce matériel plus accessible aux acteurs de terrain et de favoriser ainsi leur diffusion auprès du public. Un de nos objectifs est la publication d'un répertoire de ce matériel; en attendant, nous réalisons un feuillet périodique reprenant dix à quinze dépliants ou brochures que l'on peut trouver au CLPS. Bien sûr, à plus long terme, il est impensable de centraliser ici tout ce qui existe : nous n'avons ni caves ni greniers!

Nous recevons aussi des demandes d'aide méthodologique : par exemple, quelqu'un nous appelle à propos d'un projet de dépliant d'information. Dans un premier temps, nous lui demandons s'il a déjà pris contact avec le Service communautaire compétent (en l'occurrence, Question Santé), nous précisons qui fait quoi dans le secteur de la Promotion de la Santé, nous posons des questions sur le public-cible et la diffusion. Parfois, un contact téléphonique suffit : la personne est réorientée, ou elle se rend compte que son projet pourrait être développé et elle fera appel à nous.

D'autres demandes d'aide méthodologique débouchent sur plusieurs entrevues, parce que le projet suppose une réflexion, une relecture, des conseils, une aide à la rédaction d'un programme en vue de l'obtention d'un subside...

Quelques questions que l'on nous pose... ou que l'on peut nous poser

Comment s'y prendre pour faire connaître une nouvelle brochure?... Faire la promotion d'une formation?... Construire un nouveau projet?... Obtenir une aide financière?

Où trouver un outil, un formateur, une information, un dépliant sur : le stress des élèves, le tabagisme en entreprise, la consommation d'XTC, la prévention sida ...?

Comment évaluer notre dernière publication ou le travail de l'année?

Pouvez-vous faire partie d'un groupe de travail sur : le sida, la toxicomanie, la sexualité, l'homosexualité, le dépistage du cancer du sein...?

Une campagne va être organisée. Pouvez-vous être le relais pour Bruxelles, trouver des partenaires, coordonner, aider à animer le projet bruxellois...?

Voilà ce que nous réalisons. Qu'en pensez-vous, avez-vous d'autres idées, cette action se situe-t-elle bien dans le cadre de la promotion de la santé?

Au tour de la coordinatrice...



Catherine Vegainginsky : Ma formation de base, ce sont les sciences politiques, mais j'ai travaillé deux ans dans l'édition, ensuite dans un Cabinet ministériel, puis dans le domaine de la prévention du sida. Mon travail au CLPS, c'est d'abord de coordonner une petite équipe – six personnes – c'est-à-dire faire en sorte que les gens qui travaillent ici s'engagent dans une logique de projet, et qu'ils prennent du plaisir à travailler ensemble. Il est assez rare que nous travaillions à plusieurs sur un même projet, mais il me semble important qu'il y ait une réflexion commune sur ces projets. Mon boulot, c'est de faire en sorte que ça se passe bien, qu'il y ait du contact, du lien, de la parole... Même si, à certains moments de l'année, ce sont plutôt le stress, les contraintes et l'urgence qui dominent!

Yves a déjà parlé de l'aide méthodologique; je n'y reviendrai pas. J'insisterai plutôt sur notre désir de faire travailler ensemble des gens de secteurs différents autour de thèmes qui les préoccupent tous, et d'enrichir ainsi le débat, la concertation, la collaboration. Un exemple, ce sont les ateliers "Prévention de la violence, violence de la prévention", qui regroupent principalement des intervenants du social, de la santé mentale et de l'enseignement autour de la question de la violence à l'adolescence. Une fois par

mois, deux groupes de quinze personnes se retrouvent au CLPS pour réfléchir ensemble.

Y. G. : Ces ateliers sont issus d'une initiative du CLPS, des contacts que nous avons pris avec une quarantaine d'associations pour mieux connaître leurs besoins en matière de promotion de la santé mentale¹. A côté de ces demandes induites, il y a des demandes spontanées de collaboration, par exemple celle de la Plate-forme Prévention Sida. Sur ce plan, ce que le CLPS peut apporter par rapport aux relais habituels d'une institution comme la Plate-forme, c'est un regard plus extérieur, plus distancié que celui des acteurs de terrain. Et aussi des contacts avec de nombreux secteurs différents, sans que nous ne soyons jamais spécialistes d'un domaine particulier.

En fonction de la demande que l'on a, à qui faut-il s'adresser au CLPS?

C. V. : Quelle que soit la demande, nous essayons d'abord d'en savoir plus : préciser la question. Lorsqu'une réponse ponctuelle ne suffit pas, la demande est généralement discutée en équipe, de façon plus ou moins formelle. Quand cela donne lieu à un rendez-vous, nous essayons d'y aller à deux, pour partager nos points de vue. Enfin, en fonction du sujet, du temps disponible, de l'expérience et des compétences de chacun, le dossier est pris en charge par l'un ou par l'autre.

Certaines demandes concernent clairement la documentation, je suppose. Je me tourne donc vers le documentaliste...



Mourad Benmerzouk : Je suis licencié en sciences de la santé et responsable du centre de documentation du CLPS. Celui-ci est issu d'une collaboration entre la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale, la Fédération des Maisons Médicales et Question Santé, quoique pour l'instant le fonds documentaire de la Ligue ne soit pas accessible. Les thèmes que nous traitons recouvrent principalement la promotion de la santé, la santé communautaire, les soins de santé primaires, la prévention, etc. Une des particularités du centre de documentation est de traiter la documentation non publiée (littérature grise) et de constituer un dépôt systématique des études et recherches. Le fonds documentaire est constitué d'ouvrages de référence, rapports, thèses, mémoires, études, dossiers thématiques, recueils de statistiques... Nous proposons un accueil et une aide à la recherche documentaire, qui peut se faire soit par l'outil informatique, soit par un catalogue papier, soit encore via internet.

L'autre volet de la documentation du CLPS s'adresse à un public d'acteurs de terrain : professionnels de la santé, enseignants, éducateurs, animateurs,

travailleurs sociaux... Nous avons une collection de périodiques, scientifiques, professionnels et "tous publics". Nous avons aussi 6.700 fiches pédagogiques: brochures, dépliants, affiches, etc. Ainsi qu'une vidéothèque comprenant 150 films et une ludothèque de 60 jeux éducatifs, que l'on peut emprunter moyennant une participation financière démocratique. Nous pouvons également établir, en fonction de la demande, des listings bibliographiques comprenant des documents accessibles dans des centres de documentation plus spécialisés².

On termine le tour de table par la "nouvelle"...



Dominique Werbrouck : Je suis camera(wo)man de formation et j'ai travaillé plusieurs années dans le documentaire. Puis, pendant six ans, j'ai été responsable de projet à l'Agence Prévention Sida et, après un voyage d'un an et demi, j'ai travaillé à la coordination Maltraitance à la Communauté française. Je suis ici depuis bientôt deux mois, donc pour l'instant je prends mes marques! En projet, je réalise une enquête sur les nouvelles drogues de synthèse, qui débouche sur des rencontres avec les professionnels d'un secteur que je connais moins. Je réponds aussi à des demandes en relation avec le projet de diffusion, simplement parce que Béatrice est en vacances pour le moment! De manière plus générale, je suis amenée à travailler avec chacun dans l'équipe, et à me familiariser avec les différents aspects du travail au CLPS.

C. V. : Je voudrais souligner deux choses. D'abord, la réponse que nous apportons à une demande (je pense à celle du Centre d'Education du Patient, mais c'est un exemple) est aussi une opportunité pour rencontrer un secteur que nous connaissons encore mal. Une des tâches fondamentales d'un CLPS est de bien orienter les gens, ce qui implique une bonne connaissance des différents secteurs. Ensuite, nous tenons beaucoup à l'idée de polyvalence dans l'équipe : quand Béa est en congé (ou quelqu'un d'autre d'ailleurs), il faut pouvoir répondre aux demandes, gérer la location des salles de réunions... Même si Béatrice Garlito, notre secrétaire n'est pas la plus facile à remplacer, puisqu'elle s'occupe du secrétariat administratif en général et du secrétariat de chaque projet en particulier. Et aussi parce que ses fous-rires quotidiens sont particulièrement sonores et communicatifs!



Propos recueillis par Alain Cherbonnier

1. Voir Bruxelles Santé n° 20, pp. 17-19.

2. Rappelons qu'il existe à Bruxelles un réseau des centres de documentation en santé. Voir Bruxelles Santé n° 20, p. 14.

Réglementer la prostitution : progrès ou

Les prises de positions diverses, tantôt d'ordre moral, tantôt plus pragmatiques se multiplient dans un débat complexe et les arguments évoluent au gré de la multiplicité des situations ... Les évoquer en quelques lignes contraint à être réducteur. Je me limiterai à ouvrir des pistes (et à en fermer de fausses) pour, en réponse aux attentes des personnes qui se prostituent, améliorer leurs conditions de vie avec, pour phare, le refus de l'exploitation et la volonté de promouvoir l'égalité entre tous les citoyens.

Distinction entre traite et prostitution ?

Bien qu'elle soit tentante, je vais évacuer cette distinction. Un proxénète est un proxénète qu'il agisse à " l'abattage " dans des réseaux internationaux ou dans une relation plus locale. Il n'y a pas les mauvais proxénètes et les bons ... Il ne faut ni diaboliser les uns pour habiller les autres de respectabilité, ni saluer la prostitution-belge-donc-libre-donc-bonne en opposition aux réseaux alimentés au-delà de l'espace Schengen. La prostitution " locale " peut être extrêmement violente et les réseaux capter dans leurs mailles mafieuses des êtres consentants (ce qui ne les rend pas moins odieux). Luttons donc contre les réseaux mafieux sans pour autant oublier nos " traditionnels maquereaux ".

Cette distinction entre prostitution libre et forcée est un argument des marchands de sexe pour augmenter le nombre de consommateurs en les orientant vers la " bonne " prostitution. Un zeste de libération sexuelle, une pincée de discours sur les aspects thérapeutiques de la " prestation sexuelle " et l'idée que tout un chacun peut être client ou travailleur du sexe est prête à émerger, niant l'asymétrie existant entre les femmes et les hommes dans la prostitution, escamotant l'exploitation dont profitent certains. Par ailleurs arrêtons de croire que se prostituer est plaisant : pour une " pretty woman ", combien de quotidiens violents ? Et l'heure n'est pas à la ten-

dresse : l'offre augmentant plus vite que la demande, certain(e)s bradent les prix et acceptent davantage du client.

La question de la réglementation

Dans ce souci d'améliorer leurs conditions de vie, par un statut social et professionnel, les " réglementaristes " voudraient que nos lois reconnaissent comme légaux une prostitution salariée et l'exercice du proxénétisme. Comme aux Pays-Bas où, partant de la louable intention de quitter l'hypocrisie et d'améliorer le sort des prostitué(e)s, la législation rencontre surtout dans les faits les demandes des proxénètes et banalise le phénomène prostitutionnel. Alors que certain(e)s souhaitent ne faire qu'un passage temporaire et/ou incognito dans la prostitution, le système réglementariste les étiquette implacablement ou les renvoie dans davantage de clandestinité. Nombre de prostituées hollandaises continuent à pratiquer dans la clandestinité, voire à l'étranger (en Belgique notamment). La loi n'aide guère les femmes retenues malgré elles dans des hôtels de passe, ni les très jeunes filles vendues sur internet, ni ceux ou celles qui tapinent occasionnellement pour une dose d'héro. Quant aux personnes en situation illégale, elles sont coincées dans la clandestinité criminogène face au désinvestissement des forces de police qui se contentent d'une surveillance du seul cadre légal.

En Allemagne, la réglementation n'empêche pas le sida de faire des ravages dans les Eros Center et la réglementation n'a pas fait diminuer la prostitution clandestine.

En Australie, il y a quelques années, le gouvernement travailliste a légalisé la prostitution pour combattre la violence contre les femmes. Il s'en est suivi le développement d'une industrie du sexe prolifique et hors de contrôle, davantage de trafics et de clandestinité. Avec toujours autant de violences et de souffrances.

Certaines déclarations officielles insistent sur des dimensions pragmatiques de meilleures conditions de travail et sur l'émancipation des personnes qui se prostituent. N'occultons pas du débat le proxénète

Le piège ?

et le client et donc la dimension patriarcale de la prostitution. Les clients sont quasi exclusivement des hommes qui jouissent du droit d'acheter le corps d'autrui. A savoir, majoritairement, celui des femmes (75 à 80%), des jeunes hommes (même non-homosexuels), des enfants. L'homme client est investi du pouvoir de satisfaire ses pulsions sexuelles. Pulsions au demeurant alimentées, voire remodelées, par les marchands du sexe qui lancent de nouvelles modes en matière d'utilisations du corps de l'autre.

Dès lors ce mouvement de réglementation, tandis qu'il avalise la marchandisation du corps et le développement de l'industrie du sexe, se situe aux antipodes des mouvements de lutte pour l'égalité entre les femmes et les hommes.

Et chez nous ?

Notre société est ambiguë, pour ne pas dire hypocrite. Mais le plaidoyer voulant qu'avec la réglementation, les prostitué(e)s auront une couverture sociale est abusif. Notre système permet déjà cette protection notamment si la personne se déclare comme indépendante. Le système n'est pas toujours très souple (pour n'importe quel travailleur d'ailleurs) : il est du devoir des politiques de l'assouplir et d'informer de leurs droits et obligations, notamment fiscales, les prostitué(e)s sans pour autant propulser le proxénète dans les commissions paritaires au même titre que les autres employeurs. Améliorer la condition des prostitué(e)s ne doit pas passer par un cadeau législatif aux profiteurs du sexe.

Quant à appeler les prostitué(e)s "travailleurs du sexe", ce n'est qu'une demande minoritaire des personnes intéressées. Beaucoup d'entre elles n'embrassent la profession que pour des raisons économiques et non par vocation. La misère est mauvais conseil. Agissons d'abord là. Mettons en place de façon intersectorielle et transversale des politiques "socio-économiques" de prévention et d'accompagnement. Améliorons notre système pour aider les victimes à sortir de la clandestinité dans le cadre de la lutte contre la traite. Donnons davantage de cohérence dans le combat contre les trafiquants et les exploités. Aidons correctement ceux qui veulent

quitter le milieu ... Toutes les initiatives menées par les différents acteurs produiront plus d'effets si elles sont mises en synergie.

En ce qui concerne les personnes en situation illégale, ni les lois actuelles ni la réglementation ne les aideront. Il faut donc associer cette réflexion à celle de notre politique, hautement perfectible, en matière d'accueil des étrangers.

Mon credo le plus puissant concerne les politiques d'éducation à l'égalité et au respect entre les sexes notamment dans nos écoles. Quand un enfant n'a comme repères que les mauvaises séries de télévision et un discours publicitaire érotisé, comment va-t-il gérer sa sexualité dans le respect des autres et de son orientation sexuelle ? Quels sont les rapports qu'il entretiendra avec l'enfant de l'autre sexe ?

Le client est resté longtemps absent des réflexions et pourtant il s'inscrit dans une chaîne de production qui enrichit le crime organisé et les esclavagistes. Il serait intéressant d'actualiser les données sur les clients et leurs comportements. A partir de là, des lieux d'écoute peuvent se développer tandis que des campagnes d'information pourront rendre chaque "consommateur" conscient du système qu'il entretient par sa "consommation" qu'elle soit liée à la prostitution "classique" ou à la traite des êtres humains. Le criminaliser "à la suédoise", comme certains le proposent actuellement, n'est sans doute pas la réponse la plus appropriée car cela pousse à davantage de clandestinité.

La question est multiforme et les réponses plus complexes que la réglementation ou la criminalisation. Elles sont à trouver à des niveaux de pouvoir différents, certaines à court terme, d'autres nécessitant un changement des mentalités et sans doute un autre regard sur la personne qui se prostitue. Dans un contexte où le sexe figure au top de la rentabilité, ne laissons pas le commerce et l'industrie du sexe récupérer l'émancipation sexuelle, ne permettons pas que le plaisir et le corps deviennent de simples marchandises.

*Dominique Braeckman
Députée Ecolo*

Annonces

► **Lundi 8 octobre 2001 à 19h aux Facultés Universitaires de Namur (rue de Bruxelles 65) : Conférence-débat “ L’offre médicale en Belgique ”.**

Entrée gratuite.

Pour infos : Pierre-Antoine Bogaerts, 0474.24.45.41

► **Mardi 9 octobre 2001 à 14h : “ Les traitements adjuvants après un cancer du sein, pour qui et quelle thérapie ? ” une conférence d’information et d’éducation à la santé pour les opérées du cancer du sein organisée par l’asbl Vivre comme avant.**

Conférencière : Professeur Martine Piccart, Chef de clinique, Responsable de l’unité de chimiothérapie à l’Institut Jules Bordet.

Lieu : Palais des Congrès de Bruxelles, Salle Benelux – Entrée par les Arcades au Mont des Arts.

Participation : 200 francs qui seront perçus à l’entrée.

► **Du 9 au 12 octobre 2001 à Angers (France) : colloque francophone des villes santé de l’Organisation Mondiale de la Santé sur le thème “ Villes solidaires-Villes fraternelles ”**

Pour infos : Jacqueline Trignon, coordinateur du Réseau belge francophone des Villes Santé et Georges Pire, Président de l’asbl “Liège Province Santé” de l’OMS, 19 Boulevard de la Constitution à 4020 Liège – Tél. : 04.349.51.33 Fax : 04.349.51.35

► **Jeudi 11 et vendredi 12 octobre 2001 : “Transformations en santé mentale entre évolution des pratiques et mutations sociales”. 2 journées, 6 conférences plénières, 12 ateliers organisés par la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale dans le cadre de 2001, année de la Santé Mentale.**

Lieu : Centre Culturel et de Congrès de Woluwé St.-Pierre - 93, Avenue Charles Thielemans - 1150 Bruxelles

Pour infos: secrétariat de la L.B.F.S.M.

Tél : 02/511.55.43 de 9h.00 à 17h.00

► **Samedi 13 octobre 2001, de 10h.00 à 18h.00 : Forum “Grand public”**

La Campagne 2001 Année de la Santé Mentale est fondée sur l’idée du dialogue, “La santé mentale, j’en parle”. Ce dialogue doit mettre en correspondance le grand public, les usagers et le monde des professionnels. Dans cette perspective, une journée de Forum sera organisée à Bruxelles. La journée sera organisée de manière à favoriser tous les échanges singuliers et à permettre à chacun de recevoir toute l’information souhaitée. Elle permettra aux professionnels d’expliquer qui ils sont, quels sont leurs projets, comment ils pensent leur travail, et de transmettre leurs témoignages et expériences concrètes acquises sur le terrain.

Lieu : Centre Culturel et de Congrès de Woluwé St.-Pierre - 93, Avenue Charles Thielemans - 1150 Bruxelles

Pour infos: secrétariat de la L.B.F.S.M.

Tél : 02/511.55.43 de 9h.00 à 17h.00

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

► **Les 19 et 20 octobre 2001 : Rencontres européennes: “ Approche communautaire de la santé et inégalités sociales ”.**

Palais des Congrès, 3 Coudenberg à 1000 Bruxelles.

Pour infos : programme et formulaire d’inscription disponibles sur le site de Question Santé asbl : <http://www.questionsante.org> (Rubrique nouveautés)

► **Les 2 et 3 novembre 2001 : Quatrième Congrès européen sur la Réanimation Cardio-Pulmonaire, les Soins Préhospitaliers et la Prévention au Palais des Congrès, Coudenberg – 1000 Bruxelles.**

Pour infos : Croix-Rouge de Belgique-Flandre, 98 Chaussée de Vleurgat à 1050 Bruxelles

Tél. : 02.349.55.71- Fax : 02.349.55.73

E-mail : laurent.vanrillaer@redcross-fl.be

► **Le samedi 10 novembre 2001 à 14h30 : l’association Belge contre les Maladies neuro-Musculaires (ABMM) organise un après midi d’informations avec la participation du Docteur Manto sur “La paraplégie spastique dans la Strümpell Lorrain” au Centre neurologique William Lennox, 6 allée de Clerlande à 1340 Ottignies.**

Pour infos : 071.52.44.65

► **Le “ Fonds de Participation pour les habitants ” en matière de santé est né. Cette initiative du Ministre, Membre du Collège de la Commission communautaire française, Didier Gosuin, vise à soutenir financièrement diverses initiatives, individuelles ou collectives, d’habitants souhaitant créer du lien social, de la convivialité, ... au sein de leur lieu de vie.**

L’aide, d’un montant maximum de 50.000 Fb, sera accordée sur base d’un dossier et de factures à adresser au Service santé de la Commission communautaire française.

Pour infos : Thierry Lahaye, Service santé de la CoCof, 100-103 Boulevard de Waterloo à 1000 Bruxelles.

Tél.: 02.542.83.16 E-mail : t.lahaye@belcast.be

Secrétariat de rédaction :
Françoise Kinna

Comité de rédaction :
Dr Robert Bontemps
Alain Cherbonnier
Myriam De Spiegelaere
Michel Hemmeryckx
Thierry Lahaye
Dr Roger Lonfils
Solveig Pahud
Dr Patrick Trefois

Graphisme :
Carine Simon

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



Une réalisation de l’asbl Question Santé
Tél. : 02/512 41 74 Fax : 02/512 54 36
E-Mail : question.sante@skynet.be
<http://www.questionsante.org>



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