

# BRUXELLES SANTÉ

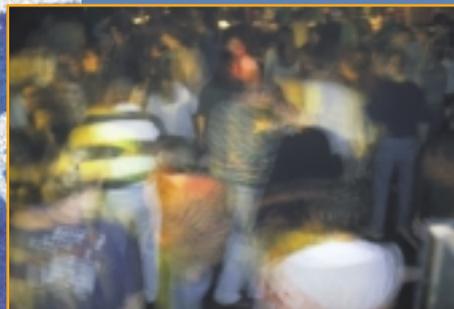
Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°24-décembre 2001



N°24

## Les services d'urgence

*Lieux d'accueil*  
*Lieux de soins*



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

### En direct de...

Le Centre d'Action Sanitaire  
de Saint-Gilles .....pages 2 à 5

### Interview de D. Gosuin, Ministre Membre du Collège de la Commission Communautaire Française, chargé de la Santé

Quelle politique de santé  
pour Bruxelles ? .....pages 6 et 7

**Bouquins malins** .....pages 8 et 9

### Dossier

Les urgences médicales .....pages 10 à 17

### Initiatives

Télé-parents .....pages 18 et 19

### L'écho du CLPS

Usages problématiques des drogues  
de synthèse .....pages 20 et 21

**Carte blanche** .....pages 22 et 23

**Annonces** .....page 24



# Le Centre d'Action Sanitaire de Saint-Gilles

**Parmi les nombreuses initiatives dont le Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles s'est fait l'écho, notre attention a été attirée par l'action menée par le Centre d'Action Sanitaire de Saint-Gilles. Il y avait question d'un travail en santé mentale avec deux patients du Centre, débouchant sur une exposition de peintures dans les locaux de la Maison communale de Saint-Gilles... Pour en savoir plus, nous avons rencontré le Docteur Habib Torbey, initiateur de cette exposition et ethnopsychiatre au CAS, ainsi qu'Aziz Lahlou, l'un des artistes exposants.**

**Dr Habib Torbey :** Une des spécificités du Centre d'Action Sanitaire, c'est le travail de proximité, de réseau. Dans une perspective communautaire, il s'agit d'utiliser toutes les ressources au niveau communal, au niveau local, pour aider la personne ou pour identifier un problème et le gérer. L'important, en santé mentale communautaire, c'est de "faire lien". Nous, professionnels de la santé mentale, nous essayons de donner une autre place aux patients dans la commune, dans la ville, et de reconnaître les compétences des personnes souffrant d'une maladie mentale, de reconnaître leur citoyenneté. Dès lors, quand deux de mes patients m'ont demandé de les aider à exposer leurs œuvres, j'ai fait appel aux relais que j'avais, via nos partenaires, au niveau de la commune. Ils ont tout de suite été très intéressés par cette démarche et n'ont pas hésité à mettre une salle communale à notre disposition. L'exposition a été précédée d'un grand vernissage en présence des autorités communales et de l'associatif saint-gillois. Les autorités ont trouvé le travail de ces deux artistes à ce point intéressant qu'elles leur ont passé plusieurs commandes. Elles leur ont notamment demandé d'organiser la décoration de fêtes de quartier (à la place Bethléem, par exemple). Aujourd'hui, nos artistes ont reçu d'autres offres ...

***Bruxelles Santé : Cette initiative que vous avez menée avec deux de vos patients rejoint une des spécificités du Centre. Quelles sont les autres ?***

En fait, le Centre d'Action Sanitaire en milieu communautaire est une asbl subsidiée par la COCOF dans le cadre du décret toxicomanie.

Ce qui fait notre particularité dans le secteur, c'est que nous travaillons beaucoup avec des usagers de drogues issus de l'immigration. D'abord parce que 50% de nos patients sont d'origine maghrébine, 30% Belges de souche, et 20% Italiens ou Portugais (ce qui correspond tout à fait à la population de ce quartier). Ensuite parce que la plupart des membres de l'équipe parlent l'arabe. Dans une approche ethnopsychiatrique, nous pouvons accueillir l'usager et sa famille dans leur langue, en utilisant des concepts beaucoup plus accessibles pour ce type de population.

Une autre de nos caractéristiques, c'est le travail local. Nous sommes situés chaussée de Forest, dans le bas de Saint-Gilles, et nous travaillons essentiellement sur ce territoire. Il y a cinq ans, quand nous sommes arrivés, nous avons interpellé la commune à propos de la toxicomanie dans le quartier. Les problèmes sont nombreux. Ainsi, à l'école Sainte-Marie, juste en face de nos locaux, les descentes de police sont fréquentes. Et les gens, en rue, nous interpellent régulièrement sur la question. Nous avons donc rencontré les responsables communaux; de cette rencontre est née une commission toxicomanie, qui regroupe les intervenants de terrain (c'est à Saint-Gilles que l'on trouve la plus grande concentration de centres pour toxicomanes), l'échevin responsable de la santé et de l'intégration, et les fonctionnaires de prévention engagés dans le cadre des contrats de sécurité. Il y a à Saint-Gilles une réelle collaboration entre l'associatif et le pouvoir communal. Nous allons d'ailleurs ouvrir très prochainement un comptoir fixe d'échange de seringues en partenariat avec l'asbl Dune et la commune.

Un exemple de nos activités au niveau local, c'est le travail avec les trois écoles qui nous entourent. Le CAS est devenu un interlocuteur privilégié des écoles du bas de Saint-Gilles pour tout ce qui touche à la consommation de cannabis. Deux projets ont ainsi été mis en place avec le soutien de la Communauté française, dans le cadre du projet Hazette. Nous accompagnons deux classes dans des ateliers créatifs où nous essayons de travailler leur conception du cannabis. Mais, même là, on se rend compte que les messages classiques ne marchent pas. Il faut être novateur et créer à chaque fois de nouveaux messages, la finalité étant que les élèves deviennent eux-mêmes

des acteurs de promotion de la santé. Cette option est vraiment le fil conducteur de nos actions à tous niveaux: rendre les gens acteurs et participatifs.

**Voilà pour le volet toxicomanie. Mais vous répondez, nous l'avons vu, à d'autres demandes. Quelles sont-elles ?**

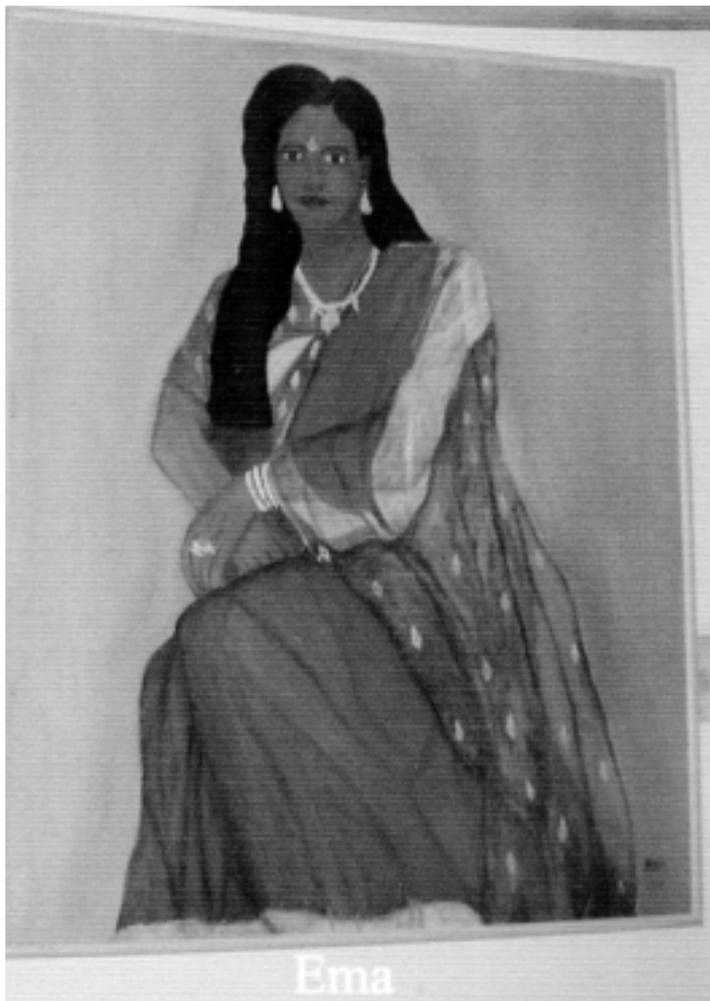
Comme le centre donne pratiquement sur la rue, nous sommes constamment sollicités pour toute une série de demandes. Les habitants du quartier savent qu'il y a ici des travailleurs sociaux, des éducateurs qui parlent arabe, des psychologues qui parlent arabe. Même si l'étiquette toxicomanie est sur notre porte, cela ne les empêche pas de la franchir aisément. Nous répondons donc à toutes sortes de demandes. C'est ainsi qu'il y a un an et demi, pendant la phase de régularisation des sans-papiers, le CAS a été le centre de référence pour les régularisations à Saint-Gilles. Nous avons pu aider une série de personnes qui, aujourd'hui, continuent à venir chez nous pour d'autres demandes. C'est vraiment le travail en partenariat qui nous permet d'y répondre; le réseau qui s'est créé est très important, et nous l'activons sans arrêt. Aujourd'hui, on peut dire que le CAS est devenu le point de chute pour tout ce qui est santé mentale ou "psycho-médico-social" dans le quartier.

### Parcours d'artiste

**Aziz Lahlou** : Habib Torbey, je le connais depuis 1990. Je l'ai rencontré à la garde de l'hôpital Brugmann. Il était alors étudiant en ethnopsychiatrie. Il me suit depuis dix ans. Il faut dire que j'ai un lourd passé psychiatrique. J'ai été hospitalisé pendant six ans à Titeca. En 1990, je me suis rebellé contre mon médecin traitant; je ne voulais plus prendre tous ces médicaments, je voulais autre chose. J'ai donc décidé d'aller à Brugmann, et c'est là que j'ai rencontré le docteur Torbey.

**Quand et comment vous êtes-vous mis à la peinture ?**

Le côté artistique, c'est depuis mon enfance : j'ai eu plusieurs prix artistiques au cours de mes études. Pendant très longtemps je n'ai plus rien fait. En 1992-1993, j'étais au centre de jour de l'hôpital Brugmann,



et là j'ai repris goût à la vie. Quelque chose s'est passé, qui fait que j'ai contré la maladie. J'ai suivi une thérapie et j'ai été très soutenu par un ami, Etienne Zait, professeur à l'ULB, qui m'a demandé si je souhaitais sortir de l'hôpital. Je lui ai répondu par l'affirmative. Il m'a alors suggéré de m'inscrire à l'université. J'ai suivi son conseil : je me suis inscrit comme élève libre pendant deux ans et j'ai suivi les cours de religion et de philosophie. Cela m'a beaucoup apporté.

Entretemps, je me suis marié, et j'ai eu une petite fille, Sara. Quand j'ai eu Sara, je venais de quitter l'ULB et je voulais être actif dans la société. En passant chaussée de Forest, j'ai vu qu'on cherchait un bénévole pour l'école des devoirs. J'ai commencé par là. Le côté affectif des enfants a été pour moi très précieux. Lorsque Soukhaina est né, j'avais deux enfants. Ma femme travaillait. J'ai téléphoné à une halte-garderie à la Maison en Plus, à Forest. J'ai vu que, là aussi, il y avait une école des devoirs; j'y ai donc participé. Il y avait également un

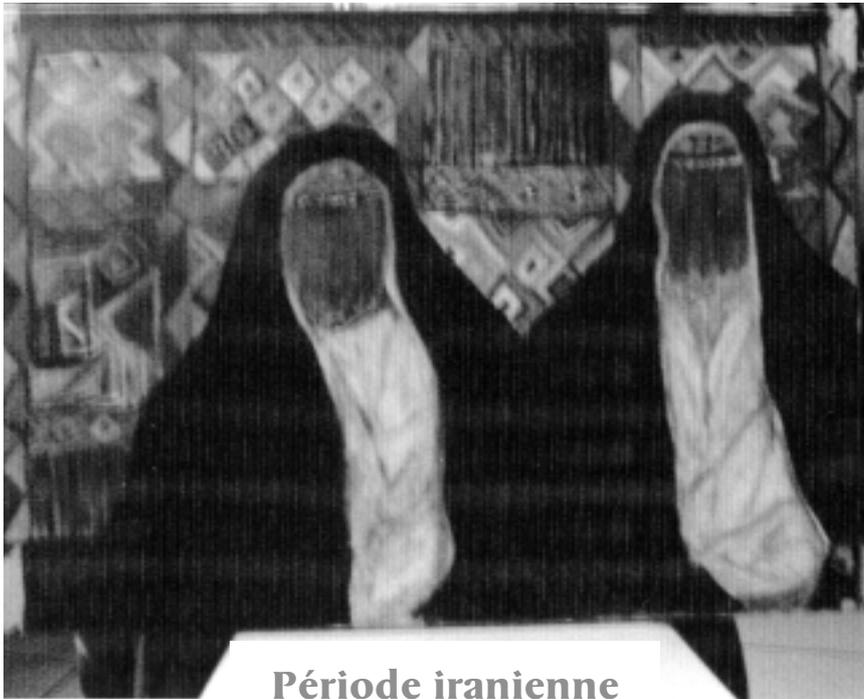
atelier artistique pour adultes, et c'est là que j'ai recommencé à peindre. Le Docteur Torbey m'a dit que, lorsque j'aurais assez d'œuvres, il pourrait m'aider à exposer. Et il a tenu parole. La première exposition que j'ai faite a eu lieu au Centre Galilée.

Après cela, j'ai exposé au Centre Lama. J'y ai découvert les gens qui souffrent de la toxicomanie. Il y avait beaucoup de choses à faire, je sentais que je devais apporter ce plus que m'avait apporté la Maison en Plus. Au Lama, j'ai d'abord été co-organisateur bénévole, animateur des activités et reporter au journal " El Najour ", puis j'ai demandé à pouvoir organiser un atelier. Le projet a été accepté et j'ai ouvert l'atelier à l'antenne Lama de la rue Ransfort, à Molenbeek. J'ai obtenu un subside de la commune, mais mon histoire avec le Centre Lama s'est très mal terminée. A la même époque, j'avais des problèmes familiaux, je venais de me séparer de ma femme. J'ai pris une petite chambre et j'ai repris mes pinceaux. J'ai fait plusieurs tableaux que j'ai exposés à Saint-Gilles.

*Le Docteur Torbey nous a dit qu'à l'occasion de cette exposition, vous aviez eu des commandes de la commune...*

En fait, à l'occasion de l'exposition au Lama, Philippe Moureaux était présent. Et moi j'ai un problème avec les noms. Donc il entre — et je l'appelle "M. Spitaels"... Il est vraiment grand, lui, et moi je suis petit. Il me regarde et ne me répond pas. Je le sollicite à nouveau





## Période iranienne

en l'appelant M. Spitaels et, à nouveau, je reçois un regard méprisant. Quelqu'un du Centre Lama me signale mon erreur et me dit qu'il s'agit de M. Moureaux. Je lui demande de m'excuser et là on commence à discuter, à sympathiser. Et, comme je ne crois pas aux hasards, je crois à la destinée, je suis resté une semaine à réfléchir pour voir comment j'allais faire pour lui demander de m'aider. Je me suis dit que comme il était venu chez moi, c'était à mon tour d'aller chez lui. J'ai été le voir à la commune et je lui ai demandé s'il serait possible d'organiser une exposition avec l'atelier de la Maison en Plus. Il m'a donné son accord, mais l'accueil était très froid. Donc j'étais un peu sceptique. Mais le lendemain, j'ai reçu une lettre d'accord pour exposer au château du Karreveld. Ça a été une très grande réussite.

### *Et aujourd'hui, quels sont vos projets ?*

Aujourd'hui, ce qui m'intéresse c'est le retour au travail, le retour à la citoyenneté. J'ai des enfants. Je suis reconnu comme schizophrène, paranoïde handicapé à 80%, mais je voudrais qu'on m'aide à travailler. J'ai envie de gagner ma vie. Je n'ai vraiment plus besoin qu'on me donne un chèque tous les mois. Je voudrais gagner cet argent par moi-même. Et si je redeviens malade — rien n'est sûr dans la vie —, on verra... J'ai deux expositions en vue : une à l'hôpital des enfants Reine Fabiola, et une autre

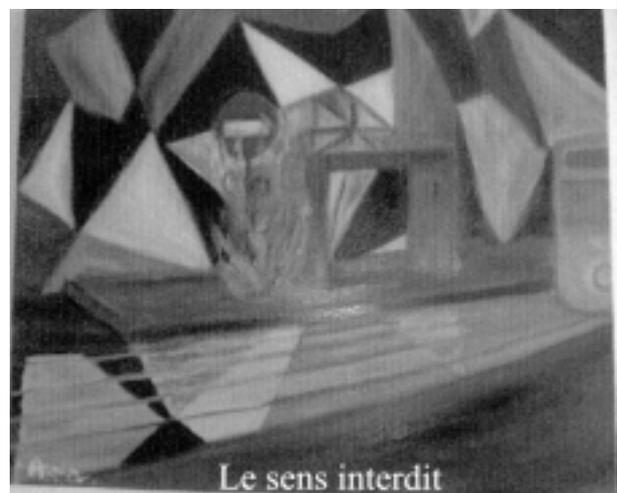
dans le cadre d'une maison néerlandophone au mois de mars-avril. En avril je mettrai mes œuvres en vente. En plus de la peinture, j'ai écrit un petit livre qui s'appelle " Cet inconnu " (NDLR: publié par Robert Empain et disponible à la polyclinique Gallée). Actuellement, je suis en trains d'écrire une autobiographie. Mon autre grand projet c'est de faire du snack dans lequel nous nous trouvons (NDLR: Le Snack Oriental, 242 chaussée de Ninove à 1080 Bruxelles) un lieu de rencontres, de discussions à thèmes. J'ai créé, pour ce faire, une asbl "El Founoune". Actuellement, j'offre les murs aux artistes qui veulent exposer. Je connais une Marocaine qui joue du luth, ce qui est très rare pour une femme. Je vais la présenter ici. Pour

l'ouverture officielle, je vais présenter les œuvres d'une autre artiste, Anne-Sophie.

*Propos recueillis par  
Alain Cherbonnier et Françoise Kinna*

Centre d'Action Sanitaire de St-Gilles  
Chaussée de Forest, 42  
1060 Bruxelles  
Tél. : 02.539.10.45

Snack Oriental  
Chaussée de Ninove, 242  
1080 Bruxelles  
GSM A. Lahlou: 0479.341.376



# Quelle politique de santé pour Bruxelles?

## Quatre questions

à **Didier Gosuin**

**Ministre Membre du Collège de la Commission communautaire française chargé de la Santé**

*On parle depuis longtemps de faire entrer la Ville-Région de Bruxelles dans le réseau européen des Villes en Santé (Healthy Cities) de l'OMS. Où en est-on aujourd'hui, et quels pourraient être les avantages pour les Bruxellois ?*

La procédure d'adhésion au réseau des Villes en Santé a été introduite auprès de l'OMS en juillet 2000. Elle implique l'ensemble des Exécutifs bruxellois : les Collèges, les Communautés, le bicommunautaire et le Gouvernement de la Région. Depuis lors, la coordinatrice qui sera la cheville ouvrière du projet est entrée en fonctions, et les moyens budgétaires ont été affectés. C'est un pas essentiel, puisque cela amène tous les politiques à se mettre autour de la même table pour discuter de la problématique de la santé à Bruxelles. Cela montre bien que la santé, notion transversale, n'est pas l'apanage des spécialistes et doit être appréhendée de façon globale. Elle ne se décline pas seulement en termes médicaux mais aussi en termes d'environnement, de transports, d'aménagement, etc. : la dimension santé doit être présente dans toutes nos décisions, en vue d'améliorer la qualité de vie des citoyens, que ce soit sur le plan physique ou psychique... Les communes, les associations seront appelées à déposer des projets — projets qui seront labellisés —, afin que les acteurs de terrain puissent eux aussi entrer dans la dynamique du projet Ville en Santé.

*Comment voyez-vous les ajustements — ou les difficultés d'ajustement — à Bruxelles entre les différents niveaux de pouvoir : régional, communautaire et fédéral ?*

Le concept de santé est allé en s'élargissant. On s'est progressivement rendu compte que, peu ou prou, de plus en plus de responsables politiques avaient à voir avec les questions de santé : là où cela se vérifie le plus aisément, c'est en matière d'environnement. De facto, la matière est devenue de plus en plus transversale. Il est vrai que la fédéralisation de la Belgique a accentué l'éclatement des compétences, séparant la prévention primaire, le secteur hospitalier, la prise en charge du coût des soins, etc. C'est incontestablement une difficulté, dont témoigne par exemple le problème de l'organisation et du financement de la garde médicale et du soutien du travail des médecins généralistes à Bruxelles. La cacophonie que l'on connaît aujourd'hui est sans doute le signe que l'on n'a pas suffisamment veillé à des points de référence communs, à des lieux de dialogue et de concertation. De plus en plus, aujourd'hui, on délaisse le généraliste, on recourt aux spécialistes, aux hôpitaux, aux services d'urgence. Conséquences : de moins en moins de gens sont suivis au quotidien, les interventions sont plus lourdes et plus onéreuses, et on y perd sur le plan qualitatif. Il faudrait développer des campagnes d'information, tant au niveau communautaire que régional, pour revaloriser la fonction du généraliste et inciter le public à revenir vers lui... Donc, oui, il y a éclatement des compétences, oui, les choses sont très complexes, oui, la matière santé a commencé à couvrir presque tout le spectre politique — c'est une difficulté, mais en même temps c'est un défi auquel nous sommes confrontés. Les Ministres chargés de la Santé seront appelés, à l'avenir, à mieux travailler ensemble. Le fédéral ne pourra pas, sous prétexte qu'il est responsable du budget de l'INAMI, prendre unilatéralement des options politiques, sans associer aux décisions les niveaux de

pouvoir qui ont en charge, par exemple, la prévention. Car on sait que, par des politiques de prévention, d'information, de sensibilisation, on peut avoir une influence positive en termes de coût des soins de santé. Nous sommes donc devant une obligation de résultats au niveau de la coordination des politiques.

***Vous avez dans vos compétences la Santé et l'Environnement. Qu'est-ce qui se dessine dans la continuité du colloque de février 2000 organisé par l'IBGE, p. ex. en matière de pollutions intérieures ?***

Le projet d'« ambulance verte » est un projet que j'ai initié en tant que Ministre de l'Environnement et qui me tient à cœur. On sait que l'un des facteurs importants de mauvaise santé (avec des conséquences parfois graves) est la mauvaise qualité de l'environnement intérieur : allergies, intoxications au CO, affections des voies respiratoires, saturnisme, etc. Cela m'a incité à créer l'ambulance verte bruxelloise, à savoir la Cellule Régionale d'Intervention en Pollution Intérieure (CRIPI) qui, à la demande du médecin généraliste, se rend sur place et fait une analyse scientifique de la situation : manque de ventilation, délabrement de l'habitat, présence de plomb... Une fois la cause identifiée, cela permet d'introduire une action auprès du propriétaire, mais aussi d'adopter des comportements plus adéquats d'hygiène ou de ventilation, ou encore d'accélérer des procédures de prime à la rénovation... A l'issue d'une première année de fonctionnement et d'une centaine de visites à domicile, il reste un enjeu. Nous avons maintenant cerné les priorités et les besoins principaux. Ce service va devoir s'institutionnaliser, quitter la sphère environnementale pure, entrer dans la sphère santé et trouver les financements adéquats. Nous n'en sommes pas encore là mais, dans les années à venir, il est clair que tout généraliste suspectant un problème de pollution intérieure devra pouvoir solliciter une intervention scientifique. Celle-ci ne pourra rester à la charge des pouvoirs publics actuels : c'est au fond une radiographie — la radiographie d'une habitation. Il paraît donc normal que l'INAMI prenne finalement en charge ces prestations.

***Quelles sont vos priorités futures en matière de santé à Bruxelles, notamment en tenant compte du Tableau de bord de la Santé publié par l'Observatoire de la Région de Bruxelles-Capitale ?***

Ce Tableau de bord est une première en Région bruxelloise, qui résulte de la mise en place de l'Observatoire régional de la Santé et de l'engagement du personnel y afférent. Il situe la santé au cœur même des préoccupations politiques : dorénavant on ne peut plus éviter, lorsqu'on prend une décision, de penser à l'impact que celle-ci peut avoir sur l'amélioration ou l'aggravation de l'état de santé de la population concernée. Nous avons aujourd'hui des données qui brossent le tableau de la problématique santé en Région bruxelloise. La situation est loin d'être catastrophique; on rencontre certes à Bruxelles les mêmes problèmes que dans d'autres grandes villes, mais on a aussi des atouts de par le rajeunissement de la population. Le taux de mortalité n'est pas excessif. Les différences culturelles ont des aspects positifs, en matière d'alimentation par exemple : les populations immigrées ont moins de maladies cardio-vasculaires en raison de leurs traditions culinaires... Le Tableau de bord fournit ces constats, mais surtout il constitue une incitation à réfléchir de manière globale à la problématique santé, à ne pas la confiner dans les compétences du Ministre de la Santé. Ce doit être le réflexe de chaque Ministre : celui qui a le Logement social dans ses attributions doit rénover les habitations parce que le logement est un élément essentiel de la santé physique, comme on l'a vu, mais aussi mentale : avoir un logement agréable, à la taille de la famille, y contribue pour beaucoup... Mais la première édition de ce Tableau de bord n'est qu'une étape; il y aura des mises à jour successives. Les politiques mais aussi les citoyens devraient lire ce rapport, en tirer des informations pour leur propre pratique, leur propre comportement, pour devenir des acteurs responsables de leur propre santé et non de simples consommateurs en attente d'une remédiation. De l'avis même des spécialistes, le Tableau de bord est un outil important, mais ce n'est que la première ligne de la page. Il faut maintenant écrire la suite.

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

## Les vilains petits canards

Boris CYRULNIK, Paris, Ed. Odile Jacob, 2001

Maria Callas, «la divine», la voix du siècle s'il ne devait en rester qu'une, fut une petite fille dépérissant de carences affectives dans un dépôt d'enfants immigrés de New York... Barbara, meurtrie par un viol paternel et persécutée pendant la guerre, a su chanter sa vie et chacun la fredonne...

Dans cet ouvrage, Boris Cyrulnik montre qu'une enfance douloureuse, souffrante, violente, n'enraye pas fatalement le développement de l'être humain. Il n'y a pas de fatalité : un processus de *résilience* peut se mettre en place très tôt, avec le tricotage des liens affectifs puis l'expression des émotions.

*En consultation au Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles (02 639 66 88)*

## Adolescents dans la violence

Médiations éducatives et soins psychiatriques

Pierre KAMMERER, Paris, Gallimard, 2000

Psychanalyste formé à l'ethnologie, l'auteur a choisi de s'intéresser dans sa pratique aux adolescents violents et à tous ceux qui vivent auprès d'eux dans des foyers, des centres de réadaptation sociale ou mêmes des prisons.

Il s'est particulièrement penché sur leurs psychothérapies individuelles, sur la structuration de leur environnement relationnel.

Il tente de rendre efficaces, dans le champ clinique individuel ou institutionnel, les concepts des grands psychanalystes d'enfants (Freud, Winnicott, Dolto, Lacan, Diatkine, Balier). Pierre Kammerer articule la question des soins et des besoins psychiques des adolescents violents avec celle des interdits humanisants indispensables pour leur socialisation. Il insiste sur la nécessité de mettre à leur disposition un cadre de vie qui contienne leur angoisse et les dispense progressivement du passage à l'acte.

Aux éducateurs qui s'inquiètent de ne pas avoir été formés pour soigner, il montre sur quoi peut reposer le soin psychique au quotidien. Il s'adresse aussi aux soignants qui ont pris conscience de la nécessité, parallèlement à la cure, de mettre à la disposition de ces jeunes en danger des procédures susceptibles de les renarcissiser en les culpabilisant, de leur faire intégrer des interdits et de soutenir leur idéal.

*En consultation au Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles (02 639 66 88)*

## Santé publique. Du biopouvoir à la démocratie

Philippe LECORPS et Jean-Bernard PATURET

Rennes, Ed. de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 1999

L'ambition de ce livre est de proposer une «critique de la raison politique» en santé publique. Comment penser la santé aujourd'hui, a fortiori la santé publique, face au développement de ce biopouvoir déjà identifié par Michel Foucault? Sommes-nous condamnés au meilleur des mondes sanitaires et à l'eugénisme «démocratique»? Le politique doit-il se contenter de gérer le système et de parer aux risques entraînés par l'industrie? Face à la tyrannie de l'expert, les auteurs souhaitent redonner toute leur place au sujet désirant et au citoyen. Mais le sujet ne veut pas toujours son «bien», et le citoyen se dérobe trop souvent aux responsabilités du vivre ensemble...

*En consultation au Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles (02 639 66 88)*

## Des médecins du travail prennent la parole

Association Santé et Médecine du Travail

Ed. La Découverte et Syros, Paris, 1998, 2000

Une centaine de médecins du travail français parlent, haut et fort, des conséquences dramatiques, sur la santé des salariés, de la précarisation des emplois, de l'intensification du travail et de la violence des rapports sociaux dans les entreprises. Ils parlent aussi de leur métier, de leurs combats pour rester indépendants, pour échapper à toute instrumentalisation par les employeurs.

Un ouvrage nourri de nombreux témoignages de salariés et de médecins.

*En consultation au centre de ressources de la Fondation Travail & Santé (02 534 26 81 ou 539 31 71)*

## Innovation sociale

Quand les actions rencontrent les politiques

Habitat et Participation

Louvain-la-Neuve, 2001

Cet ouvrage contient la présentation de 31 expériences (20 belges et 11 d'autres pays) innovantes en matière de lutte contre l'exclusion sociale via l'insertion par le logement et l'insertion socio-professionnelle. Les axes-clés développés dans la présentation des expériences sont l'innovation sociale,

la participation des bénéficiaires et le relevé des obstacles. La récolte des informations s'est réalisée principalement sous forme d'échanges avec les responsables et les bénéficiaires des projets. On y trouve des expériences comme celles de Convivial (service d'aide aux réfugiés mettant l'accent sur la participation et la responsabilisation des bénéficiaires), DAK (service d'actions bénévoles de première ligne d'aide et de soutien aux personnes sans abris et/ou mal logées), Alpil (habitat adapté pour les gens du voyage), etc. *Disponible à Habitat et Participation (010 45 06 04)*

**Avec ses enfants mieux dans la cité**  
**Réseau Capacitation Citoyenne**  
**France, Ed. Arpenteurs, 2000**

Ce livret, dont le sujet est la rencontre entre mères de famille et jeunes adolescents des cités, fait partie d'une série réalisée dans le cadre d'une recherche-action menée par le Réseau Capacitation Citoyenne.

Le terme de capacitation citoyenne renvoie à une démarche qui permet aux gens de renforcer et de développer leurs capacités à exercer leur rôle de citoyen. Une quinzaine de sites (brésilien, sénégalais et français) d'opérations permettant aux habitants d'acquérir de nouvelles connaissances, des capacités à organiser, construire et rendre compte d'un projet, sont analysés. On y trouve par exemple l'analyse d'une formation de leaders de quartiers populaires (Brésil) ou l'action du centre d'études et de recherches populaires pour l'action citoyenne (Sénégal). Ce sont les habitants ou les membres d'associations qui ont participé directement à l'élaboration des 12 livrets.

*Disponible à Habitat et Participation (010 45 06 04)*

**Le droit de participer**  
**Paris, Ed. Quart Monde, 2000**

Ce dossier illustre divers chemins explorés pour l'exercice du "droit de participer" que revendiquent les plus pauvres et leurs associations. Et ce dans le droit fil du Rapport général sur la pauvreté (1994), qui donnait la parole aux exclus et formulait des recommandations et propositions opérationnalisables par les pouvoirs publics. On y trouve divers articles et témoignages sur, notamment, l'engagement pour son quartier, la formation à la parole publique, les avancées de la démocratie participative au regard des plus pauvres.

*Disponible à Habitat et Participation (010 45 06 04)*

**Drogues, assuétudes : quelle prévention ?**

C'est le titre d'une brochure publiée en septembre dernier par la Communauté française, à l'initiative des services subventionnés pour la prévention des assuétudes, représentés par les Fédérations des Institutions pour Toxicomanes (FEDITO) wallonne et bruxelloise. Cette brochure situe la prévention des assuétudes dans le cadre de la politique de promotion de la santé. Elle présente les objectifs, les principes et les méthodes qui sont mis en oeuvre par les services subventionnés et que soutient la Communauté française. Une série diversifiée d'exemples permet de se faire une idée concrète de l'aide que ces services peuvent apporter, et des différents niveaux d'action et types de projets que l'on peut envisager pour aborder la prévention des assuétudes, que ce soit à l'école, dans une maison de jeunes, une association de quartier, etc.

*Cette brochure va être rééditée et sera à nouveau disponible en 2002. On pourra l'obtenir auprès des services subventionnés et des Centres Locaux de Promotion de la Santé.*

**Une architecture nouvelle pour l'habitat des personnes âgées**  
**R. Vercauteren, M. Predazzi et M. Loriaux**  
**Toulouse, Erès, 2001**

Cet ouvrage est un des trois livres, de conceptions distinctes mais complémentaires, qu'a inspiré le congrès international tenu en 1999, "Où habitera la personne âgée du IIIe millénaire ?" En matière d'habitat, disent les auteurs, le grand défi sera d'identifier et de réaliser de nouvelles formes d'habitations ou tout l'arc de vie pourra trouver son espace et un confort idéal, des lieux où le quotidien pourra être vécu dans la sécurité et la dignité, même dans les moments difficiles et dans les phases critiques de l'existence.

La première partie du livre est consacrée aux problématiques émergentes en matière d'habitat. On y fait état, entre autres, de plusieurs expériences d'habitats comme les coopératives d'habitats ou encore l'habitat "kangourou". Le concept innovant de la maison évolutive fait l'objet de la deuxième partie. La dernière partie est consacrée à la domotique et plus particulièrement à l'automatisation de la maison.

*Disponible à Entr'Agés (010 47 90 20)*

# Les urgences médicales

**Nous avons déjà abordé la notion d'urgence à plusieurs reprises dans *Bruxelles Santé*. Citons, tout récemment, les urgences psychiatriques dans le numéro spécial 2001 (pp. 68-73). Nous revenons sur la question en nous centrant sur les urgences médicales, avec en contrepoint une double ouverture : vers les urgences "sociales" et vers le cas plus particulier des services d'écoute téléphonique d'urgence.**

Dans les représentations sociales actuelles, la notion d'urgence médicale est étroitement liée à celle d'hôpital. Mais il faut nuancer cette association. Tout d'abord, d'autres services interviennent en urgence : les médecins de garde, la police, les pompiers, les infirmiers ambulanciers, les volontaires de la Croix Rouge... Ensuite, pendant des siècles — des Chevaliers de Saint-Jean (XIe s.) à Larrey, médecin-chef des armées de Napoléon, en passant par Ambroise Paré (XVIe s.) —, les soins d'urgence ont surtout été rattachés à la médecine de guerre, y compris d'émeute ou de guerre civile. L'ambulance voit d'ailleurs le jour sur les champs de bataille. Enfin, depuis le Moyen âge et jusqu'au XVIIIe siècle, l'hôpital est plutôt lié à la notion d'accueil, d'asile (cf. hôtel, hospitalité); on ne parle pas d'urgences mais de secours; c'est la charité chrétienne et non la médecine qui préside à l'hôpital.

Prenons donc d'abord un point de vue rétrospectif en nous appuyant sur la thèse de Stéphanie Le Quellec, *Histoire des urgences à Paris de 1770 à nos jours*<sup>1</sup> — un sujet qu'elle qualifie de "très peu traité et parfois même ignoré". Ce que semble confirmer le fait que nous n'ayons rien trouvé d'équivalent pour Bruxelles ni même pour la Belgique.

A Paris, à la veille de la Révolution française, les secours publics sont offerts par trois grands établissements. L'Hôpital général, fondé par Louis XIV pour "le renferment des pauvres mendiants", n'assure pendant longtemps aucun soin médical. Le Grand

Bureau des Pauvres, créé par François Ier, est l'embryon du secours à domicile et du bureau de bienfaisance. Enfin, l'Hôtel-Dieu, dont l'origine remonte au VIIe siècle, est "l'hôpital de l'homme nécessiteux et malade", selon l'expression de Tenon, auteur d'un rapport sur l'état des hôpitaux de France en 1788. S'y côtoient, dans un complet manque d'hygiène, des personnes souffrant de maladies contagieuses ou transmissibles et des accidentés, ouvriers et artisans pour la plupart mais aussi victimes de chiens enragés ou d'accidents de carrosse. La mortalité y est effrayante : 20 à 25%.

En 1815 encore, on peut lire dans le *Dictionnaire des sciences médicales* que l'hôpital est le lieu "où les pauvres de toute espèce se réfugient et où ils sont bien ou mal pourvus des choses nécessaires aux besoins urgents de la vie." Néanmoins, c'est au XIXe siècle que se construisent, très progressivement et non sans contradictions, bricolages et pauvreté de moyens, les bases de ce que sont aujourd'hui les services d'urgence. Une phrase suffira pour caractériser cette lenteur et ces limites : en 1900, il n'y a encore qu'un seul chirurgien de garde pour tout Paris...

## XIXe siècle : le tournant

Parmi les facteurs généraux de cette évolution, le principal est sans doute l'essor de la médecine, de la chirurgie et de la prévention (hygiène publique, vaccination). Parallèlement, l'hôpital, mis à mal pendant la période révolutionnaire, se développe, se médicalise aussi; il n'est plus seulement lieu d'hébergement mais aussi de soins. Cependant il reste le refuge du pauvre; rappelons que cette époque est celle de la révolution industrielle, qui va concentrer dans les villes une classe ouvrière nombreuse et misérable. Les gens plus aisés se font soigner chez eux ou dans les maisons de santé privées. Ce phénomène ne se modifiera qu'à la fin du siècle. En effet, d'importantes découvertes scientifiques interviennent entretemps, les notions de confort et d'asepsie se répandent peu à peu, et l'opinion publique évolue vis-à-vis de l'hôpital : "La bourgeoisie est progressivement accueillie dans les chambres, les épouses d'employés ou d'ouvriers (à la fin du siècle) préfèrent accoucher à la maternité plutôt que dans leur

logement; toute maladie un peu grave, toute perspective d'opération délicate entraîne un séjour à l'hôpital."

Le XIXe siècle voit se concrétiser la notion d'admission d'urgence (comme d'ailleurs celle de consultation gratuite). Mais l'ouverture d'un bureau d'admission par établissement ne sera décidée qu'en 1877; jusque-là, il n'était pas rare que les malades ou les blessés soient ballottés d'un hôpital à l'autre. A la fin du siècle naît la médecine sociale, dont les prémisses ont été jetées sous la Révolution. La loi d'assistance médicale gratuite (1893) stipule que "tout Français malade, privé de ressources, toute femme en couches dans les mêmes conditions reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou dans un établissement hospitalier." Enfin, face aux limites et aux insuffisances (en personnel, en moyens) que rencontrent les soins d'urgence, le Professeur Terrier promeut la création d'un service d'urgence spécifique. Il écrit en 1896: "Cette chirurgie des blessés civils, cette chirurgie d'urgence, touche de près une autre chirurgie, celle de la guerre."

Les secours à domicile (autre idée lancée sous la Révolution, qui l'oppose un temps à l'hôpital) sont assurés par les bureaux de bienfaisance, au nombre d'un par arrondissement parisien, et par quelques médecins de quartier: "A partir de 1850, le recours aux secours à domicile s'accroît, 30.000 patients sont soignés chez eux entre 1854 et 1863, soit un tiers des malades hospitalisés. Le nombre d'accouchements à domicile s'intensifie. Les ouvriers, et non plus les indigents, représentent le plus gros de la clientèle des bureaux de secours." Cependant, rien n'est vraiment organisé, surtout la nuit et le dimanche. Peu avant la guerre de 1870, le Docteur Passant émet l'idée d'un service médical de nuit, qui verra le jour en 1876, avec le concours de 554 médecins volontaires.

D'autres initiatives naissent à Paris dans la deuxième moitié du siècle: la Préfecture de police installe des postes de secours lors des grands rassemblements; le service des ambulances de la Ville de Paris est créé; les pavillons de secours aux noyés, le long de la Seine, sont reliés par télégraphe au poste de police le plus proche; etc. Bien sûr, sur le plan européen puis mondial, l'initiative la plus remarquable est celle du Suisse Henri

Dunant qui, ayant vu de près les horreurs de la bataille de Solferino (1859), lance une campagne d'opinion qui aboutira à la signature de la première Convention de Genève et à la création de la Croix-Rouge.

## Les urgences modernes

Il faudra cependant attendre la seconde moitié du XXe siècle pour que la prise en charge des urgences évolue de façon remarquable. Cette évolution suit celle de la médecine. Jean Bernard écrit: "Un médecin de 1900 endormi par quelque sortilège, s'éveille en 1930: les empires se sont écroulés, mais la médecine a peu changé. La révolution est telle que le médecin de 1930 endormi par un magicien et réveillé en 1960, n'est plus capable d'exercer la médecine."



Photo © : Hélène Martiat/Question Santé

Le concept d'urgence est aujourd'hui défini de façon très large. "En 1990, la mission des services d'urgence est précisée comme étant «l'accueil de tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont la prise en charge n'a pas été programmée, qu'il s'agisse d'une situation d'urgence lourde ou d'une urgence ressentie». De la simple contusion au grave polytraumatisme, de la crise d'angoisse à l'infarctus du myocarde, en passant par le sans-abri qui cherche à s'abriter du froid, la notion d'urgence est très diversement ressentie. D'après les études, 80% des patients n'ont pas à être à l'hôpital, ce qui sous-entend qu'ils devraient consulter en ville."

C'est ici que nous quittons Paris et la thèse de Stéphanie Le Quellec pour aborder les urgences aujourd'hui à Bruxelles. Dans le cadre de ce petit dossier, nous devons évidemment nous limiter à des considérations générales. Nulle prétention non plus à l'exhaustivité: on ne parlera pas ici des urgences assurées par les pompiers ou la police, par exemple... Pour avoir tout d'abord une idée de la situation au niveau hospitalier, nous avons été trouver le Docteur **Pierre Dernier**, chirurgien, chef des urgences à l'Hôpital d'Ixelles. Pourquoi l'avoir choisi? Parce que l'Hôpital d'Ixelles est un établissement de taille moyenne et non un gros hôpital universitaire. Parce que le Dr Dernier, vieux routier des urgences et coordinateur du Collège de médecine d'urgence du Réseau Iris, peut témoigner d'une évolution qui dépasse certainement celle de son propre service.

Comment pourrait-on caractériser cette évolution dans les dernières décennies? "Auparavant les urgences étaient sous la responsabilité soit du service de médecine soit du service de chirurgie, qui déléguaient du personnel pour assurer une permanence. Aujourd'hui, la médecine d'urgence est devenue une spécialité à part entière : j'ai ici, 24h/24, au moins un assistant ou un adjoint spécialisé en médecine d'urgence ou titulaire d'un BMA (Brevet de Médecine Aiguë), qui travaille dans le service à plein temps, soit 36 heures/semaine minimum. Pour être reconnu par le 100, un service d'urgence doit d'ailleurs être indépendant de tout autre service de l'hôpital et être dirigé par un médecin urgentiste. Cette évolution était indispensable : avec l'introduction des BMA et des personnes rattachées directement au service d'urgence, celui-ci ne dépend plus du bon vouloir des chefs des autres services."

### **Le recours aux urgences monte en flèche**

Comme on l'a vu plus haut, l'évolution la plus visible, sinon la plus importante, est sans doute le recours croissant aux urgences. C'est un phénomène difficile à expliquer, mais on peut avancer quelques hypothèses. La surmédicalisation propre aux sociétés occidentales se traduit, c'est connu, par une surconsommation de médicaments (notamment d'antibiotiques, d'antidépresseurs, etc.), mais aussi de soins : on veut une

réponse médicale immédiate, sûre et concrète. Et ce n'est certainement pas la tendance grandissante de nos sociétés à rechercher le risque zéro qui va renverser la vapeur.



Photo © : Maurice Müller/Question Santé

Nous avons demandé au Dr Dernier comment, pour sa part, il expliquait ce phénomène. Il ne le rattache pas à l'augmentation de la fréquence de tel ou tel type de pathologie ou d'accident : "Quand je regarde mes statistiques, je constate que la fréquentation du service a augmenté, en six ans, de 25 à 30%, qu'il s'agisse de cas de chirurgie, de chirurgie infantile, de médecine ou de pédiatrie. La proportion est également la même, que le patient arrive à l'hôpital par le 100, qu'il soit envoyé par son médecin traitant ou qu'il vienne de lui-même, que ce soit un accident de travail ou un accident scolaire. Donc je ne peux pas lier l'augmentation à tel ou tel facteur médical... Par contre, j'ai été surpris, en consultant les statistiques que le Dr Bellemans a établies sur base de relevés nationaux, de voir que, globalement, les allochtones (puisque c'est le mot qu'on emploie maintenant) fréquentaient moins les urgences que les autochtones. A mon sens, c'est dû pour une grande part au fait que la Belgique est devenue une société d'ayants droit : les gens viennent aux urgences tout simplement parce qu'ils «y ont droit»!..."

La surconsommation des urgences peut aussi être liée au principe même d'accessibilité inconditionnelle de ces services. L'image des urgences que l'on a en général, c'est l'ambulance qui arrive toutes sirènes hurlantes, avec un accidenté de la route ou quelqu'un qui a eu

## Généralistes vs spécialistes?

La baisse de la consultation des médecins généralistes au profit des spécialistes en général et de la médecine hospitalière en particulier intervient probablement aussi<sup>2</sup>. Cette transformation culturelle et sociologique peut être reliée à l'urbanisation de nos sociétés — la plupart des gens vivent aujourd'hui en ville, même si ce n'est pas toujours dans une grande agglomération —, à la concentration de populations nombreuses dans des cités qui elles-mêmes concentrent de nombreux services de santé, dont notamment des hôpitaux. Il faut rappeler que notre système de soins est très "hospitalocentré".



Photo © : Hélène Martiat/Question Santé

une crise cardiaque. En réalité, près de la moitié des gens viennent d'eux-mêmes, dit le Dr Dernier : "Soit parce qu'ils ont des difficultés financières : aux urgences, on ne paie pas, on recevra la facture plus tard; en plus les cartes SIS permettent la fraude. Soit parce qu'ils sont pressés : j'ai vu quelqu'un venir aux urgences pour faire une radio pendant son heure de table! Je l'ai envoyé promener... Pour eux, les urgences ça veut dire «j'arrive, on m'examine, on me soigne, je pars». Et certains sont même agressifs, au nom du «j'y ai droit» et parce que le prestige social du médecin s'est considérablement dégradé."

Mais le phénomène joue aussi chez les professionnels: "Les urgences, c'est la garde-poubelle; arrivent chez nous tout ceux dont les autres services, y compris dans l'hôpital, ne veulent pas. Ceux qui sont rejetés par toutes les structures sociales, les sans-abri, ceux qui sont refusés par les psychiatres, où les amène-t-on? Aux urgences. Nous ne pouvons pas dire : «Désolé, c'est impossible, nous ne pouvons pas vous accueillir.» Nous sommes obligés d'accepter. Et les autres en profitent. Je pourrais donner des dizaines d'exemples. Quand on ferme momentanément une consultation, parce qu'un médecin est malade et un autre en congé, on se dit : «Les patients n'ont qu'à aller à la garde.» Quand un médecin arrive en salle et voit six patients, il dit : «Il y en a trop; j'en prends trois, on n'a qu'à commencer la mise au point des autres à la garde.» C'est un aspect ingrat de la médecine d'urgence : on est le dernier bastion, et en même temps on devrait aider tout le monde."

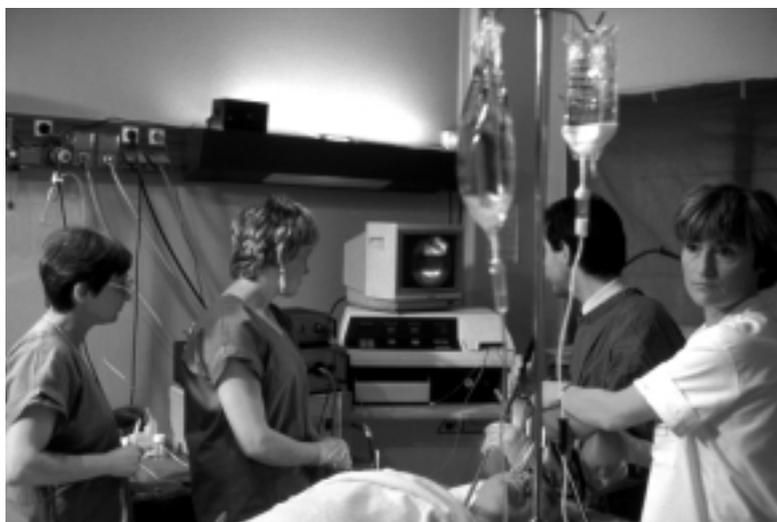


Photo © : Maurice Müller/Question Santé

Mais le phénomène mérite une analyse plus fine : "Ce n'est pas facile à expliquer. Les services d'urgence en sont peut-être en partie responsables : vous avez ici, derrière le médecin qui vous reçoit, tout un plateau technique. On peut vous faire immédiatement une prise de sang, une radio, un électroencéphalogramme... Si vous passez par votre médecin traitant, vous devrez attendre le lendemain ou le surlendemain pour votre prise de sang, puis courir ailleurs pour faire une radio, etc. Lorsque je dis aux gens «pour ceci, vous pouvez aller chez votre médecin traitant», je suis frappé par le nombre de ceux qui n'en ont pas. Evidemment, la plupart du temps, ce sont des jeunes entre 16 et 25 ans, et on peut comprendre qu'à cet âge, n'étant généralement pas malades, ils n'aient pas de médecin traitant. Il n'empêche que les faits sont là."

Comme on l'a vu, de nombreux patients s'adressent d'eux-mêmes aux urgences : "Les gros cas — accidents de la route, infarctus, gros problèmes abdominaux — nous arrivent par le service 100. Mais ils ne représentent que 15 à 20% du total. Dans les 80% restants, 10 à 20 sont envoyés par le médecin traitant, pour un avis complémentaire. Nous avons encore les accidents du travail et les accidents scolaires, même bénins. Chez les gens qui viennent d'eux-mêmes, on voit beaucoup de petits traumatismes, à hauteur de 30%, je dirais : des gens qui sont tombés dans l'escalier et qui se demandent s'ils n'ont pas une fracture à la cheville, par exemple. Pourquoi ne vont-ils pas chez leur médecin traitant? Parce qu'ils savent qu'ici on va leur faire une radio et qu'ils vont repartir avec leur traitement. Quand j'ai commencé la médecine, tout le monde suturait à domicile. Aujourd'hui, si vous vous faites une plaie d'un centimètre, votre médecin traitant vous envoie à l'hôpital. Il faut dire que la vie du médecin généraliste n'est pas facile, parce qu'on l'appelle pour un oui ou pour un non à n'importe quelle heure. Donc il est très difficile d'organiser sa tournée, comme on le faisait auparavant. Et les gens ont tendance à considérer qu'il est «payé pour» et qu'il n'a qu'à venir tout de suite."

Il est temps de recueillir le point de vue du généraliste. Nous avons rencontré à ce sujet le Docteur **Etienne De Keyser**, qui fut pendant huit ans secrétaire général de la FAMGB (Fédération des Associations de Médecins Généralistes Bruxellois) et siège toujours au Conseil consultatif de la COCOF pour les Soins à domicile. Nous lui avons d'abord demandé comment fonctionnent les services de garde en médecine générale à Bruxelles.

### La garde en médecine générale

"Commençons par les «gros» services, au nombre de trois : Médi-Garde, qui couvre toute l'agglomération bruxelloise, SOS Médecins et le Vlaamse Wachtdienst. Médi-Garde est né à l'initiative de Jean Vossen, en collaboration avec les Chambres syndicales, suite à la grève des médecins en 1964. Je n'étais pas encore médecin à l'époque, donc je ne peux pas dire comment cela s'est passé en pratique, mais c'est clairement parti d'un besoin. Une cotisation est demandée à tout médecin généraliste pour soutenir financièrement Médi-Garde. Chacun peut s'y inscrire, en donnant ses disponibilités, et un rôle de garde est établi tous les mois,



Photo © : Hélène Martiat/Question Santé

en synergie avec les associations de généralistes... SOS Médecins est une organisation plus privée, qui travaille avec dix à vingt médecins. Ceux-ci ne font pratiquement que de la médecine en urgence, ils n'ont pas de cabinet médical et sont payés au pro rata de leurs prestations (comme ceux de Médi-Garde, d'ailleurs). En ce qui concerne le Vlaamse Wachtdienst, il faudrait interroger les responsables, mais je crois que c'est assez comparable à Médi-Garde et qu'ils rencontrent d'ailleurs le même problème, à savoir que trop peu de médecins sont volontaires pour remplir le rôle... Et puis il y a tous les petits réseaux de médecins qui s'organisent entre eux, le plus souvent à partir d'associations de généralistes. Il s'agit plutôt de gardes de remplacement : les médecins se rendent service mutuellement pour que les patients puissent recevoir de l'aide en dehors des heures régulières de consultation. Il existe d'ailleurs une obligation au niveau provincial : les généralistes sont tenus d'organiser un service de garde dans leur région. Cela peut fonctionner seulement le week-end, 24h/24, ou uniquement le soir; c'est très variable selon les associations."

Toutes proportions gardées, on peut relever un certain nombre de points communs entre le recours au médecin de garde et le recours aux urgences hospitalières : "D'abord, un certain nombre de personnes s'adressent à la garde parce qu'elles n'ont pas de médecin traitant ou n'arrivent pas à le contacter directement. La motivation peut aussi être d'ordre socio-économique : certains n'ont pas les moyens de payer et s'adressent au méde-

cin de garde (ce qui pose évidemment un problème à celui-ci) ou à la garde de l'hôpital, où le paiement n'est pas immédiat... En ce qui concerne les raisons médicales, je dirais que les «vraies» urgences sont relativement rares, elles sont drainées par le SAMU ou le 100. Ce sont plutôt des urgences ressenties, des gens qui ne se sentent pas bien et qui sont inquiets. Ou bien quelqu'un qui téléphone le dimanche pour obtenir un certificat médical, parce qu'il a une angine et ne peut pas aller travailler le lendemain — ou parce qu'il s'est fait une entorse, ou qu'un enfant a de la température. Il y a du tout venant.”

On ne peut pas dire pour autant que le recours au médecin de garde augmente spectaculairement : “Je pense même qu'il y a une certaine diminution, parce que les gens se rendent bien compte que cela leur coûte plus cher d'appeler un médecin le week-end ou la nuit. Je crois que le côté financier a davantage d'importance qu'auparavant; l'accès aux soins de garde est plus difficile. Si un effort pouvait être fait pour en améliorer l'accessibilité, ce serait une bonne chose... C'est un appel du pied à l'INAMI! Il faudrait que le ticket modérateur soit diminué pour les gardes, de façon à ce que les prestations soient mieux remboursées et que les gens puissent appeler plus facilement un service de garde, quel qu'il soit.”



Photo © : Maurice Müller/Question Santé

Pour conclure, quels problèmes rencontre aujourd'hui le généraliste de garde moyen? La presse médicale parle parfois d'une certaine insécurité... “Il y a un *sentiment* d'insécurité. En regard, le nombre d'agressions est étonnamment limité, mais il est arrivé à tout

médecin de se sentir en insécurité à un moment ou l'autre, même avec ses propres patients. Et il est clair qu'une femme médecin va difficilement s'engager pour répondre à un appel, à 3 ou 4 heures du matin, dans des quartiers un peu délicats. L'insécurité est en augmentation même si on ne voit pas beaucoup de blessés dans les statistiques. Par contre, les agressions psychologiques peuvent être plus fréquentes : des pressions pour obtenir des médicaments ou un certificat, par exemple. On en parle relativement peu... Mais le problème principal est plus large : on a du mal à trouver des médecins qui veulent bien assurer des gardes. Il ne s'agit pas d'un refus de principe, mais d'un manque de motivation : c'est un travail relativement mal payé (ou pire quand on a affaire à de mauvais payeurs et qu'il faut se battre pour récupérer ses honoraires), qui présente des risques particuliers et qui devrait être revalorisé. Le problème de disponibilité est réel : on parle de pléthore médicale, mais ce n'est pas le cas dans les services de garde!

“Un autre aspect de la question, qui fait l'objet d'une grande discussion en ce moment, c'est qu'un service de garde est un service public. Dès lors, les autorités publiques devraient prendre leurs responsabilités et se préoccuper de l'organisation de la garde, sans laisser aux généralistes le poids financier d'un tel service : une permanence téléphonique 24h/24, cela se chiffre en millions! Il faut se rendre compte qu'un tel service est nécessaire à Bruxelles. Si l'on veut diminuer le recours à l'hôpital (urgences et/ou hospitalisation), avec le surcoût qui s'ensuit, cela implique un soutien des pouvoirs publics et une meilleure rémunération des médecins. La problématique bruxelloise est assez spécifique. En Wallonie, le plus souvent, les gardes ne fonctionnent que le week-end. Bien sûr, c'est différent dans les grandes villes comme Liège ou Charleroi. Mais Bruxelles est une agglomération de près d'un million d'habitants, avec une population très mélangée et changeante, et il est indispensable de pouvoir appeler un médecin vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept.”

1. Université de Paris VII, thèse de doctorat d'Etat, 2000. Consultable sur le web.

2. Il faut cependant nuancer cette affirmation puisque, dans la dernière enquête nationale de santé, en 1997, 80% des Bruxellois de plus de 15 ans déclaraient avoir consulté un généraliste au cours de l'année précédente, et 55% un spécialiste.

## Les urgences sociales

Comme on l'a vu au début de ce dossier, l'hôpital a progressivement perdu son caractère de lieu d'accueil des indigents. Aujourd'hui que la figure du Pauvre laisse place à celle du Sans-Abri, se pose chaque hiver la question de l'hébergement "en urgence" de SDF de plus en plus nombreux, présentant ou non des problèmes de santé mentale ou physique de gravité diverse. Il est vrai que ce n'est pas l'état de santé qui compte ici le plus<sup>1</sup>. Andrea Rea<sup>2</sup> définit le "sans-abrisme" par deux facteurs principaux: l'absence de logement adéquat et permanent, bien sûr, mais aussi la perte des relations sociales entraînant la dépendance aux institutions pour la survie au jour le jour (nourriture, vêtements, hygiène, soins, abri...).

Qu'en est-il des services d'urgence sociale? Il faut d'abord distinguer les notions d'hébergement et d'urgence. Comme on le voit dans le tableau ci-dessous, l'accueil d'urgence au sens strict est quantitativement peu représenté à Bruxelles. Ce sont les maisons d'accueil qui occupent la place centrale : elles représentent plus de la moitié des institutions du secteur.



Photo © : Hélène Martiat/Question Santé

d'urgence, on risque de focaliser l'attention sur le logement, et surtout (voire uniquement) à la saison froide. Alors que trouver un abri pour la nuit est une question qui se pose toute l'année; que la problématique du sans-abrisme ne se limite pas au logement; et que la prise en charge des sans-abri demande un accompagnement social et psychologique à long terme, prenant en compte les multiples dimensions de cette problématique<sup>3</sup>. En gros, non au "tout à l'urgence"; oui à un dispositif 24h/24 pour faire face aux situations de crise, mais aussi pour orienter l'usager vers d'autres services résidentiels ou ambulatoires.

Classification selon l'activité principale (d'après Rea et coll., 2001)\*

	COCOM	COCOF	VGC	Autres
Maisons d'accueil	4	14	4	1
Habitat accompagné	5	-	4	-
Accueil d'urgence	1	1	-	-
Travail de rue	1	-	1	-
Accueil de nuit	1	-	-	1
Accompagnement ambulatoire	-	-	1	1
Communautés	-	-	2	-

\* Le Samu social, aujourd'hui disparu, figure encore dans ce tableau.

Le concept d'urgence est néanmoins plus large dans la pratique. Le rapport de recherche dirigé par Andrea Rea, déjà cité, fait notamment la synthèse d'interviews réalisées auprès d'acteurs de terrain, "essentiellement ceux de l'urgence sociale", dit-il. A savoir les services suivants : Ariane et Samu social (accueil d'urgence), Pierre d'Angle et Besace-Yser (accueil de nuit), Diogène (travail de rue) et Tremplin (accompagnement ambulatoire).

Quelle est la position de ces acteurs sur la question? Ils font remarquer qu'en mettant en avant la notion

C'est ici que l'on voit bien un autre lien avec les urgences médicales : car il s'agit, d'une certaine façon, d'éviter une dérive analogue à celle qui se produit au niveau des services d'urgence hospitaliers, lesquels se voient adresser des patients qui pourraient très bien être pris en charge, hors de l'urgence immédiate, par des structures plus "généralistes". Mais arrêtons là cette analogie, pour ne pas risquer de gommer la spécificité et la complexité de la problématique des sans-abri.

1. Daly (1993), cité par Rea et coll. (2001), rattache cependant l'émergence du phénomène des sans-abri à quatre grands groupes de facteurs, parmi lesquels la maladie physique ou mentale et les facteurs politico-institutionnels qui aboutissent à "mettre à la rue" une série de personnes, parmi lesquels des réfugiés clandestins et des ex-détenus, mais aussi des personnes sans ressources qui ne sont plus hébergées à l'hôpital (psychiatrique ou général) ni ailleurs (en raison de l'abrogation de la loi sur le vagabondage, notamment).
2. La problématique des personnes sans-abri en Région de Bruxelles-Capitale, Bruxelles, ULB, Institut de Sociologie, GERME, janvier 2001.
3. Pour plus de détails, voir Bruxelles Santé n° 22, p. 7.

## L'urgence au téléphone

*Télé-Accueil est né il y a plus de 40 ans. L'idée d'une écoute par téléphone 24h/24 est arrivée d'Angleterre, où un pasteur anglican avait créé un service d'urgence pour écouter les personnes qui étaient au bord du suicide; mais, très rapidement, les appels ont porté sur d'autres causes de souffrance. Télé-Accueil est donc un service généraliste\*. Trois notions président à sa création : l'anonymat, la non intervention et le non jugement. Télé-Accueil se caractérise aussi par le fait que les écoutants sont bénévoles et par son accessibilité permanente. Dans quelle mesure peut-on parler ici d'urgence ? Nous avons posé la question à Véronique Van Espen.*

C'est une question délicate. Pour nous, l'urgence se situe dans le besoin de parler et d'être écouté. L'urgence à dire ne va pas forcément de pair avec l'urgence vécue. Il peut y avoir un décalage entre le moment où quelqu'un vit une situation difficile et le moment où il souhaite en parler. Evaluer le caractère urgent des appels qui arrivent à Télé-Accueil est difficile. Cela tient au fait que notre offre est centrée sur l'écoute et exclut toute forme d'intervention. C'est un principe fondamental : notre travail est d'abord d'écouter la personne, sa souffrance, de l'aider à s'y retrouver, à prendre du recul par rapport à ce qu'elle dit. Se dégager de l'intervention permet une écoute beaucoup plus attentive. Cela ne nous empêche pas, dans un second temps, d'orienter les gens si besoin est.

Télé-Accueil fonctionne 24h/24h et offre une disponibilité, une accessibilité permanentes. Ceci est essentiel pour répondre aux «urgences» de la parole. Cela permet d'être à l'écoute «vite» mais aussi «tout le temps». Car si certains appelants sont dans l'urgence de parler, d'autres cherchent aussi souvent «le bon moment» pour parler. Cela arrive fréquemment la nuit; la parole est alors parfois plus facile, plus profonde. Ce peut aussi être le cas de personnes qui appellent le 107 en cachette et ne peuvent pas choisir le moment d'appeler.

L'urgence peut prendre la forme d'un appel unique, mais elle est aussi présente dans les appels que nous recevons de personnes habituées à appeler le 107. Certains forment

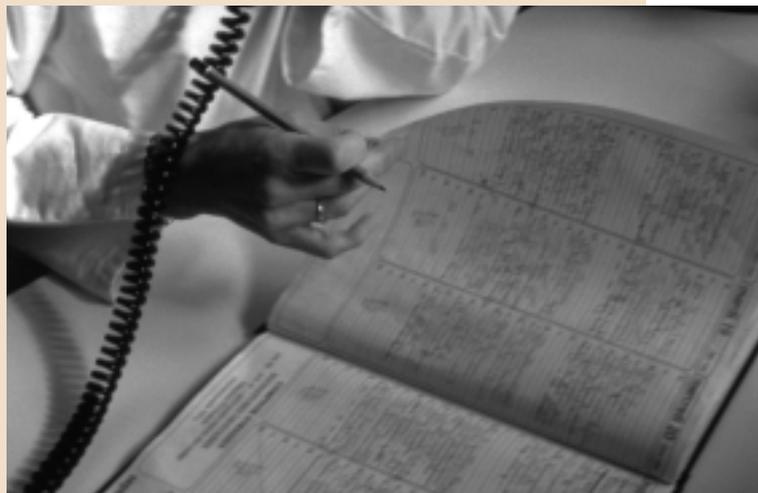


Photo © : Maurice Müller/Question Santé

le 107 chaque jour et, chaque jour, l'urgence est la même. Elle n'est plus liée au caractère exceptionnel d'un vécu, elle est ancrée dans le quotidien, dans l'indispensable besoin de parler chaque jour à quelqu'un.

Le fait d'être accessible 24h/24h joue très fort. Des gens souvent fragiles, qui sont suivis par ailleurs, téléphonent lorsque leur point de chute habituel n'est plus accessible, et aussi parce que c'est gratuit. La gratuité et l'accessibilité permanente ne vont pas toujours sans poser problème; si nous tenons à offrir une disponibilité permanente à l'écoute de l'autre, celle-ci ne doit pas être synonyme d'une écoute immédiate et inconditionnelle. Le fait que nous recevions beaucoup d'appels oblige souvent les appelants à patienter avant d'obtenir une réponse. Celle-ci sera également limitée dans le temps et dans sa fréquence. A nous de placer nos limites et de les expliquer, qu'elles soient au niveau du temps ou du respect de chacun.

Pour conclure, je dirais qu'à Bruxelles le besoin de parler est important. En témoigne le nombre élevé d'appels que nous recevons chaque jour, chaque nuit. De cela, il est peut-être aussi urgent de témoigner.

\* Raison pour laquelle nous nous sommes adressés à ce service. Mais sur le même modèle se sont créés de nombreux services d'urgence "spécialisés" : le Centre de Prévention du Suicide, SOS Viol, SOS Solitude, Infor-Drogues, la permanence téléphonique des Alcooliques Anonymes, etc.

## Télé-parents



*Le service d'écoute Télé-Parents n'est pas une initiative récente, puisque sa création, sous l'égide*

*de l'Ecole des Parents et des Educateurs (EPE), remonte à plus de 25 ans! Ce qui est plus neuf, c'est le partenariat avec la Ligue des Familles et le numéro national unique 070 233 757...*

*Entretien avec Evelyn Verstraeten.*



Ce partenariat fonctionne depuis quelques années. C'est d'ailleurs la Ligue des Familles qui a demandé que nous ayons un numéro 070, pour toute la Belgique\*. Elle intervient dans nos frais de fonctionnement et fait la promotion du service dans Le Ligeur, ce qui n'est pas une mince publicité. L'EPE, de son côté, offre ses formations au personnel de la Ligue.

### *Quel est l'historique de Télé-Parents ?*

Le service est né d'un constat : certains parents venaient suivre une formation à l'EPE, mais d'autres, qui n'y avaient pas accès, vivaient des problèmes dont ils souhaitaient parler. D'emblée s'est imposée l'idée d'un service d'écoute, uniquement par téléphone, dans l'anonymat. Une équipe d'écoutes a été formée, et la permanence téléphonique a démarré. Bien sûr, au début, ce n'était pas, comme aujourd'hui, de 9h30 à 16h00, du lundi au vendredi; c'était quelque chose comme deux fois par semaine, pendant 2 heures... Mais le principe était le même. Nos bénévoles ne sont pas des spécialistes; même si certains ont une formation de travailleur social ou de psychologue, ils n'écoutent pas en tant que professionnels. Par contre, ils suivent une formation à l'écoute, selon des normes strictes, prolongée par une formation continue. Nous avons une supervision avec une psychologue, où nous pouvons parler de nos difficultés, de notre façon de faire, de ce qui va bien et moins bien. Et nous continuons à nous informer sur des sujets qui concernent la parentalité : par exemple l'adoption, les parents en deuil d'enfant, la drogue, la psychogénèse, l'hyperkinésie, etc. C'est donc une formation assez solide pour un travail qui, s'il est bénévole, se fait dans un cadre bien précis.

\* Les numéros régionaux pour Bruxelles (02 736 10 03) et Charleroi (071 309 190) subsistent néanmoins.

### *Les questions et les demandes des parents ont-elles évolué au fil du temps ?*

Elles suivent en partie l'évolution de la société : on compte aujourd'hui beaucoup plus de divorces et de séparations qu'il y a 15 ou 20 ans. Davantage d'enfants naissent hors mariage. On voit aussi apparaître parmi les appelants les familles monoparentales et les familles recomposées, même si le nombre d'appels n'est pas très important : il y a dix ans, quand j'ai commencé, il n'y en avait pas du tout. Quant aux problèmes évoqués, des différences apparaissent d'une année à l'autre, mais elles ne sont pas énormes. Comme l'étiquette de Télé-Parents est bien claire, on continue à nous poser des questions sur la petite enfance, les difficultés scolaires (d'apprentissage mais aussi de comportement), les problèmes relationnels... Les pourcentages sont presque constants. Par contre, j'ai constaté une certaine recrudescence de la question de la violence, qu'il s'agisse de violence vécue par les enfants ou de parents qui se reprochent d'être violents. Cette année, j'ai noté aussi les appels de parents stressés parce que leur enfant pleure, ne s'adapte pas à la crèche ou à l'école : on en fait des problèmes psychologiques bien plus vite qu'avant. Comme si les parents avaient peur de mal faire. L'enfant ressent peut-être cette crainte, ce stress, d'où les pleurs, les cauchemars... Sans doute ces problèmes étaient-ils occultés auparavant, mais aujourd'hui on tend à les psychologiser très rapidement. C'est d'ailleurs une tendance générale de la société, cela ne se retrouve pas seulement chez nous.

Il y a deux ans, nous avons aussi ouvert une ligne Allô Grands-Parents (au même numéro), parce que les questions de ceux-ci sont bien spécifiques. Elles interviennent souvent suite à un article dans la presse

ou une émission de radio ou de télévision. Beaucoup tournent autour de la relation avec les petits-enfants : suite à une dispute familiale, une séparation ou un divorce, les grands-parents ne voient plus leurs petits-enfants. Un peu comme si les enfants étaient un élément de chantage ou de revanche quand quelque chose ne va pas dans la famille. C'est un moyen de pression lorsque les grands-parents voyaient souvent leurs petits-enfants et a fortiori s'ils les gardaient régulièrement. Aujourd'hui ces conflits prennent une dimension juridique, puisque la loi consacre le droit des grands-parents à voir leurs petits-enfants. Comme nous n'intervenons pas, nous orientons si nécessaire vers un service juridique, un service de médiation, etc. Cela arrive fréquemment, près d'une fois sur deux, soit à la demande de l'appelant, soit de notre propre initiative lorsque la situation semble inextricable.



Nous écoutons, mais nous ne sommes pas des thérapeutes. Nous sommes là, disponibles, "sous la main", y compris pour quelqu'un qui est suivi par un psychologue ou un psychiatre. Les gens téléphonent pour se décharger d'un problème qui les accable, et aussi dans l'urgence : "je me suis fâchée très fort sur mon enfant et je ne sais plus quoi dire". Ou bien : "il ne veut plus aller chez sa gardienne, qu'est-ce que je vais faire demain matin?"... Les gens sont dans le désarroi, ils ont besoin d'une réponse à court terme, qu'ils n'obtiendront pas s'ils s'adressent ailleurs : comme il ne s'agit pas d'une urgence vitale, on leur donnera un rendez-vous pour la semaine suivante. Nous ne détenons évidemment pas la solution; nous n'avons pas non plus le conseil qui dénouerait la situation. Mais le fait de dire leur problème permet déjà aux gens de préciser leur pensée. Souvent, rien qu'en parlant, ils modifient leur point de vue, ils comprennent quelque chose qui leur avait échappé. Quand on s'entend dire les choses, on découvre ce que l'on pourrait faire. Ou, tout simplement, on se sent mieux. Parfois, au début, nous ne comprenons rien, tellement les appelants sont sous le coup de l'émotion.

Mais, à la longue, ils voient plus clair, la tension retombe, ils reprennent confiance en eux et retrouvent la capacité de gérer leur problème. De notre côté, nous avons du recul, nous leur permettons de voir les choses avec un peu plus de distance. Ou bien nous leur proposons des pistes : "vous en avez parlé avec votre mari?... L'enfant a-t-il compris pourquoi vous vous êtes fâchée?..."



#### **Faites-vous le relais vers des structures comme celles de l'ONE, par exemple ?**

Bien sûr. En fait, nous ne référons jamais à une personne précise. En fonction de ce que l'appelant souhaite et selon l'endroit où il habite, nous lui proposons diverses options. Ce peut être un centre de consultations, l'ONE, la Ligue des Familles, un centre de planning familial, le CPAS, un centre de guidance... Beaucoup d'asbl existent qui se spécialisent dans telle ou telle problématique, et que la plupart des gens ne connaissent pas, comme les groupes d'entraide. Je pense par exemple aux parents d'enfants anorexiques : il existe une asbl qui permet à ces parents de se rencontrer, d'échanger, de se soutenir... Notre fichier est très complet et nous ne faisons pas de choix a priori.

*Propos recueillis par  
Françoise Kinna et Alain Cherbonnier*

# Usages problématiques des drogues de synthèse

*Une enquête autour de la question de l'usage problématique des " nouvelles " drogues de synthèse menée en partenariat avec le CLPS de Bruxelles, Modus Vivendi<sup>1</sup> et CAW Mozaïk-Adzon<sup>2</sup>.*

C'est dans le cadre de la Plate-forme bruxelloise de réduction des risques<sup>3</sup> qu'un groupe de travail a émis le souci d'en savoir davantage sur cette question et a décidé de s'associer pour mener une enquête.

Cette enquête contient deux volets : l'un, auprès des usagers de drogues de synthèse, est mené par Modus Vivendi et l'autre, auprès des professionnels de la région de Bruxelles, est réalisé conjointement par les trois associations.

## Les " nouvelles " drogues de synthèse

Sous cette appellation se retrouvent des produits psychotropes comme l'ecstasy, le speed, et autres substances apparentées. Ces produits se présentent le plus souvent sous la forme de pilules ou comprimés. Ils sont faciles à consommer et relativement peu onéreux.

Ils connaissent aujourd'hui un succès grandissant auprès des jeunes adultes issus principalement d'un niveau social favorisé.

Leurs utilisations sont associées notamment au monde de la fête (" party drugs " en anglais) : soirées techno, raves, etc. On remarque cependant que ces produits sont également consommés dans d'autres lieux (école, travail, ...).

## Un " usage problématique "

Le terme " usage problématique " s'utilise quand la consommation pose un problème à l'usager, consciemment ou inconsciemment.

On considère généralement que la consommation pose un problème lorsqu'il y a une durée dans le

processus qui peut donner lieu à divers problèmes comme : envie de consommer de plus en plus, impossibilité de sortir, de s'amuser sans consommer, ne fréquenter que des consommateurs, dépression suite à une consommation massive, perte de contact avec l'entourage dû à une vie nocturne,...

Il est évident que sur cette question les avis diffèrent en fonction des idéologies de chacun et des positions institutionnelles.

## Une enquête, deux volets d'exploration : du côté des usagers, du côté des professionnels

Au Centre Local de Promotion de la Santé de Bruxelles, nous travaillons essentiellement avec le public des relais. C'est donc dans le volet exploratoire auprès des professionnels que nous nous investissons plus particulièrement.

Au-delà de notre mission d'évaluation des besoins, aller à la rencontre d'un secteur que nous ne connaissons pas bien, approfondir nos connaissances du réseau bruxellois, travailler sur une matière prioritaire et qui nous intéresse sont des motivations supplémentaires.

Durant les mois d'été 2001, nous avons rencontré des professionnels que nous pressentions comme susceptibles de recevoir des demandes d'aide de la part d'usagers de drogues de synthèse, soit parce qu'ils sont spécialisés dans le secteur de la toxicomanie, soit parce qu'ils touchaient un public principalement de jeunes, soit parce qu'ils avaient des missions plus généralistes.

Ces différents entretiens, menés auprès d'organismes

tels que des centres spécialisés en toxicomanie, des centres de planning familial, des maisons de jeunes, des AMO..., constituent la phase exploratoire de cette enquête.

Lors d'entretiens semi-directifs, nous avons tenté de mettre en évidence l'offre de services des professionnels par rapport à cette thématique ainsi que leurs demandes éventuelles.

- Les professionnels amenés à rencontrer des jeunes sont-ils confrontés à des demandes émanant d'usagers " problématiques " de drogues de synthèse ?
- Par qui ces usagers sont-ils envoyés ?
- Quel profil ont-ils (âge, situation sociale) ?
- Quelle est la demande d'aide formulée ?
- Comment les intervenants répondent-ils à ces demandes ?
- Ont-ils des besoins particuliers par rapport à celles-ci (temps, moyens, connaissances, motivation, pas dans les missions, ...) ?

### Quelques conclusions

Lors de cette phase exploratoire, nous avons pu pointer que seulement un très faible nombre d'associations recevait des demandes de prise en charge émanant de ce public-là.

Et pourtant, bon nombre d'usagers de drogues de synthèse disent avoir rencontré une ou plusieurs des situations problématiques comme : ne pas pouvoir sortir et s'amuser sans consommer, l'envie de consommer de plus en plus, la perte de contact avec l'entourage, etc.

Ce décalage est interprété par les intervenants de différentes manières :

- On pourrait supposer que les usagers de drogues de synthèse n'adressent pas leur demande d'aide à ces organismes-là :
  - parce qu'ils n'en ont pas besoin, ou n'ont pas conscience d'en avoir besoin ;

- parce qu'ils n'envisagent pas que les difficultés qu'ils rencontrent puissent être écoutées et prises en compte dans le cadre d'une institution ;
  - ou encore, parce qu'ils ont des difficultés à exprimer une demande quelle qu'elle soit.
- D'autre part, on pourrait supposer que les usagers de drogues de synthèse ne s'adressent pas aux services spécialisés en toxicomanie:
    - soit parce qu'ils ne connaissent pas leur existence ;
    - soit parce qu'ils n'ont pas envie de s'adresser à eux : la réponse offerte n'est pas adéquate, ils ne veulent pas être assimilés à des " tox " ou ne se vivent pas comme toxicomanes.

### Mais alors, où vont-ils ?

Nous avons décidé d'élargir l'enquête vers d'autres professionnels, issus du secteur médical (médecins généralistes, maisons médicales, services d'urgences), du secteur psy (services de santé mentale), ou du secteur touchant les universités et écoles supérieures.

Lors d'un prochain numéro, nous vous présenterons une synthèse des résultats de l'ensemble de cette enquête.

*Dominique Werbrouck  
Responsable de projets  
au Centre Local de Promotion de la Santé  
de Bruxelles*

---

*1 Réduction des risques et prévention sida à l'attention des usagers de drogues.*

*2 Aide sociale et prévention à l'attention des jeunes prostitués.*

*3 La Plate-forme bruxelloise de réduction des risques est un lieu de concertation mis en place par Modus Vivendi et qui rassemble les institutions bruxelloises du secteur de la toxicomanie.*

# Interdire ou autoriser la prostitution ?

Comme l'a démontré une récente journée d'études au Sénat, il est indispensable d'accroître les efforts pour lutter plus efficacement contre la traite des êtres humains à des fins de prostitution.

Les lois autorisent aujourd'hui en Belgique la prostitution mais prohibent la traite des êtres humains, le proxénétisme. Plus que des changements législatifs, ce qui, me semble-t-il, est nécessaire c'est de renforcer les services de contrôle et d'assistance dans le secteur de la prostitution, c'est d'augmenter les moyens réels dont disposent les acteurs de terrain pour appliquer de manière cohérente nos lois existantes en la matière.

### **Modifier ou non la législation ?**

Trois initiatives parlementaires ont été prises récemment dans le domaine de la prostitution.

La première de ces propositions (proposition de loi organisant la prostitution) émane de Madame Meryem Kaçar et de Monsieur Frans Lozie. Cette proposition s'inspire de la législation hollandaise et autorise les "maisons de prostitution".

La seconde (proposition de loi relative à l'interdiction de l'achat de services sexuels) a été déposée par Madame Anne-Marie Lizin et Madame Nathalie de T'Serclaes. Elle s'inspire de la législation suédoise. En pénalisant le client elle revient à interdire la prostitution.

La troisième (proposition de loi visant à lutter contre la marginalisation sociale des personnes prostituées) a été déposée par le Sénateur Philippe Monfils. Cette proposition s'intéresse à la situation de la personne qui se prostitue de manière à lui reconnaître les droits auxquels n'importe quel travailleur peut prétendre.

Le phénomène de la prostitution étant fortement présent dans certains quartiers de Bruxelles, il ne peut nous laisser indifférent.

La première proposition signifie la réouverture des maisons closes avec le danger que celles-ci ne tombent sous le contrôle de mafias du sexe. Les avantages d'un meilleur contrôle du secteur ne justifient pas ce risque. Sans compter les dérives auxquelles on assiste en Hollande où des publicités sont faites dans les journaux pour recruter des filles. La réouverture des maisons closes signifie aussi l'officialisation d'une forme de proxénétisme.

Si la dépénalisation de l'exploitation de la prostitution en Hollande donne aux pouvoirs publics davantage de possibilités de contrôler et d'assainir ce secteur et de réprimer les abus, la seconde proposition ne présente pas cet avantage. Elle a toutefois le mérite de poser la question du "client". Si des femmes et parfois de très jeunes femmes sont victimes de la traite, c'est parce qu'il y a un "marché" à alimenter !

Interdire la prostitution et pénaliser le client, c'est cependant, me semble-t-il, renvoyer dans la clandestinité tout le phénomène de la prostitution. C'est ne pas permettre la mise sur pied d'une politique efficace de lutte contre la traite des êtres humains, la prostitution forcée, le proxénétisme. C'est aussi confondre le droit et la morale.

Si, à titre personnel, on peut regretter le commerce du sexe et refuser d'y avoir recours, il n'appartient pas au politique de l'interdire et d'imposer par la loi sa vision morale. Lorsque le politique transpose l'interdit moral dans le droit, il doit le faire avec prudence. Les effets engendrés peuvent être contraires à ce qui était souhaité comme l'a démontré la prohibition dans les années trente.

La proposition du Sénateur Philippe Monfils présente l'intérêt de faire correspondre la législation à une réalité qu'on ne peut supprimer mais qu'il faut mieux encadrer qu'aujourd'hui afin d'éviter toute violence et toute contrainte.

Elle présente toutefois l'inconvénient d'autoriser la publicité de services sexuels et l'engagement de prostituées sous un contrat de travail.

Même si la prostitution est et doit rester autorisée, il n'est pas souhaitable qu'elle soit encouragée. Il y a donc lieu de proscrire toute forme de publicité comme on le fait par exemple pour le tabac.

Autoriser les prostituées à être des salariées c'est, comme dans la proposition qui légalise les maisons closes, permettre et organiser l'exploitation d'êtres humains. Même si c'est une réalité, il y a lieu de la combattre et de ne permettre l'exercice du métier de prostituée qu'en toute autonomie de la personne qui l'exerce et donc dans le cadre d'un statut d'indépendant.

La loi en Belgique n'est, d'autre part, pas si mal faite que cela aujourd'hui. Elle interdit le proxénétisme, la prostitution de mineurs, la traite des êtres humains, les abus sexuels. Ce qui fait défaut ce sont les moyens pour appliquer la loi.

### **Donner les moyens pour appliquer la loi**

Les services de contrôle et d'assistance dans le secteur de la prostitution doivent être notablement renforcés. La seule manière de faire sortir la prostitution de l'illégalité, c'est de la reconnaître en tant que profession. La prostitution doit devenir une profession indépendante à part entière. L'exploitation éhontée dont font l'objet certaines prostituées par des propriétaires qui leur louent des carrés à des prix excessifs doit être combattue par une interdiction

de pratiquer de tels prix prohibitifs et par l'assimilation de cette pratique à du proxénétisme.

La prostitution est une réalité que l'on ne peut ignorer. Les trois propositions déposées au Sénat ont le mérite de soulever le débat.

La vraie réponse aux abus de ce secteur est une meilleure aide aux victimes et un renforcement des moyens de répression (plus de policiers, de magistrats,...) Lorsqu'un proxénète est condamné à 8 ou 9 ans de prison, l'effet sur le terrain est immédiat.

Il est également indispensable de renforcer l'aide aux associations de terrain qui contribuent à améliorer les conditions de vie des prostituées ou qui les aident à quitter ce métier.

Des politiques de prévention et d'accompagnement dans le secteur de la prostitution, des campagnes d'information et de sensibilisation du grand public sont indispensables, aussi bien pour aider les victimes de la prostitution que pour éviter la banalisation de la prostitution.

Une banalisation qui présente le danger de voir augmenter encore l'exploitation sexuelle des mineurs et de voir l'emprise de la grande criminalité, qui exploite 80% des personnes prostituées, devenir tout à fait banale également.

Les campagnes de prévention qui sont menées doivent viser à convaincre les clients potentiels de renoncer à l'achat de services sexuels.

*Marc Cools  
Député PRL – Echevin  
Vice-Président du Parlement bruxellois*

# Annonces

## ► Le Réseau bruxellois des centres de documentation en santé

De nombreux centres de documentation dans le domaine de la santé et de la promotion de la santé existent en région bruxelloise.

Devant le volume sans cesse croissant du nombre de publications et le coût de plus en plus élevé du traitement de l'information, certains centres de documentation ont souhaité, à l'initiative du Centre local de promotion de la santé de Bruxelles, créer un réseau. Son fonctionnement repose sur le partenariat et une étroite collaboration entre ses membres.

A ce jour 20 centres de documentation y adhèrent, certains travaillent sur des thématiques précises (allergies, tabagisme, drogue, consommation, habitat, handicaps,...), d'autres couvrent l'ensemble de la promotion de la santé.

L'idée est d'associer l'ensemble des centres de documentation en santé de Bruxelles, d'instaurer un système de partage de l'information, d'échanger la documentation pour une meilleure prise en charge des demandes du public (chercheurs, étudiants, corps enseignant, associations de patients, acteurs en santé, ...).

Un site Internet est désormais accessible : <http://www.rbdsante.be>

Vous y trouverez :

- une présentation générale du Réseau ;
- la présentation des membres du Réseau avec leur adresse, leurs thématiques, leur mode de fonctionnement, les services qu'ils proposent, un lien vers leur propre site,...
- un accès thématique ;
- des liens vers d'autres sites santé, grand public ou plus scientifiques ;
- un agenda ;
- ...

## ► Prévention des assuétudes – Module de formation

A l'école, comme dans d'autres lieux, le jeune pose à l'adulte des questions à propos des drogues. Celles-ci peuvent être formellement énoncées, timidement amenées ou seulement suggérées.

Le jeune peut également présenter des signes extérieurs inhabituels et/ou inquiétants, par rapport auxquels l'adulte ne sait pas toujours comment réagir.

Infor-Drogues vous propose de réfléchir à l'élaboration de réponses possibles, en tenant compte de votre cadre de travail, de la fonction occupée, de la relation enseignant-enseigné.

Ces réponses permettront de mieux circonscrire la position individuelle – et éventuellement institutionnelle – à tenir par rapport au problème des usages de drogues à l'école, d'instaurer un dialogue adulte-adolescent au sein duquel les dimensions éducatives de base peuvent trouver une place.

Ce travail a notamment pour objectifs de permettre à chacun et chacune d'être plus à l'aise pour aborder les questions des consommations de drogues avec les jeunes et d'engager une réflexion (individuelle ou collective) sur le long terme en matière de prévention des assuétudes.

Un module de formation (15 heures de travail, réparties en 5 séances de 3 heures chacune) démarre le jeudi 21 février 2002 de 9h30 à 12h30.

Les 4 autres dates sont : le vendredi 8 mars de 13h30 à 16h30 ; le lundi 18 mars de 9h30 à 12h30 ; le mercredi 27 mars de 9h30 à 12h30 et le mardi 16 avril de 13h30 à 16h30.

Les inscriptions seront clôturées le 8 février 2002. Elles sont subordonnées à un entretien préalable.

Pour infos : Infor-Drogues asbl – Tél. 02.227.52.61 ou 02.227.52.60 (secrétariat)

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

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](mailto:question.sante@skynet.be)  
<http://www.questionsante.org>



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