

BRUXELLES SANTÉ

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°11 - septembre 98

N°11



Sommaire

- 2 à 7** **En direct de...**
Le quartier Nord
- 8 à 13** **Dossier**
Le «lien social» et la santé
- 14 - 15** **Initiatives**
- *Le GAMS-Belgique, à Bruxelles*
- *La Trace : un chemin possible*
- 16- 17** **A la recherche de...**
La santé pour tous au 21^e siècle
- 18 - 19** **A propos de...**
*Réseaux sociaux et territoires
en santé publique*
- 20** **Documentation**



Bureau de dépôt
Bruxelles 5

BELGIOUE
P. P.
1050 BRUXELLES 5
1/6233

Santé et pauvreté

A l'occasion de l'examen du rapport annuel sur l'état de la pauvreté en Région de Bruxelles-Capitale, les Parlementaires Bruxellois ont mis régulièrement en évidence la nécessité de traiter par priorité la question de l'accessibilité aux soins de santé.

Je ne parle pas de droit à la santé. En ce domaine l'inégalité est un fait qu'aucune règle de droit ne pourrait corriger. Mais face à la maladie, il est capital que l'accès aux soins de santé soit rendu accessible à toute la population.

Dans ce domaine, le Gouvernement Fédéral a pris récemment un ensemble de mesures qui devraient résoudre définitivement cette question de l'accessibilité aux soins. Je dis «devraient» parce qu'il reste évidemment la situation de ceux qui se trouvent de manière irrégulière sur le territoire belge et qui ne sont évidemment pas couverts par les règles de droit prises pour ceux qui y sont établis de manière régulière.

Je pense aussi qu'indépendamment des règles formelles qui sont enfin bien établies pour déterminer qui est assurable en matière de soins de santé, il reste à faire connaître celles-ci par le public pour lequel ces mesures ont été prises. C'est le rôle des travailleurs sociaux et des acteurs de première ligne dans le domaine de la santé. C'est le rôle des mutuelles. Encore faut-il que ceux pour lesquels ces règles ont été établies s'adressent à ces acteurs, à ces services. Et c'est l'autre combat qui doit être mené au-delà des règles du droit: celui de l'accessibilité réelle des services de santé, celui de l'attention apportée par les acteurs de la santé à la prévention et à l'accompagnement des populations pauvres de Bruxelles qui retardent, pour des raisons financières et psychologiques, le traitement et les soins nécessaires pour faire face à la maladie.

Certains ont réduit cette question au financement des missions sociales des hôpitaux publics. Pour mon parti, il n'y a pas lieu de déterminer un «monopole du pauvre». Tous les hôpitaux (publics comme privés), mais surtout les acteurs de première ligne dans le domaine de la santé, doivent être sensibilisés et davantage aidés à la prise en charge du public précarisé et marginalisé.

Denis GRIMBERGHS
Député Bruxellois PSC

En direct de...

Le quartier Nord... un espace à réaménager ? Regards croisés

Au mois de mai dernier, une émeute a eu lieu à Saint-Josse-ten-Noode; elle avait pour point de départ un fait divers (une bagarre avec blessures) plus ou moins lié au monde de la prostitution (un proxénète serait impliqué), dans un quartier où la population est majoritairement d'origine étrangère (turque et marocaine).

«Les jeunes» ont saccagé les vitres derrière lesquelles les prostituées attendent le client, dans la zone au nord de la place Saint-Lazare. L'occasion de revenir à la notion de territoire.

Ce fait divers met apparemment en évidence un conflit entre l'univers des valeurs familiales et religieuses et celui de la prostitution. Les jeunes disent qu'ils se sentent envahis, que les prostituées s'exhibent et que les carrées¹ s'étendent; les secondes rétorquent qu'elles sont là depuis des lustres : «Si la prostitution les ennuie, pourquoi sont-ils venus habiter ici?» Conflit de territoire, en somme.

Autre aspect des choses où intervient la notion de territoire : le quartier en question est traversé par la frontière entre deux communes, Saint-Josse et Schaerbeek. Ce qui ne simplifie ni la gestion de la prostitution ni celle de l'environnement urbain. Enfin, d'une simple revue de presse ressort l'impression très nette que le problème est plus complexe qu'un simple affrontement entre deux univers antagonistes. Dès lors, afin de saisir différents points de vue sur les réalités de ce quartier (auquel on verra d'emblée que chacun ne donne pas les mêmes limites), nous avons rencontré des «porte-paroles» des acteurs concernés, à savoir les prostituées, les habitants et les autorités communales.

Pour commencer, un regard différent sur l'émeute elle-même. Cécile Chéront, coordinatrice d'Espace P... Bruxelles², une association qui s'adresse aux prostituées

plaine de jeux pas très attrayante. La maison de jeune est plutôt du côté du Botanique, la piscine est plus haut également. Saint-Josse prend des initiatives - par exemple le Centre sportif que cite toujours M. Cudell -, mais cela reste une commune très pauvre. En plus, le quartier empiète sur le territoire de Schaerbeek, et là on trouve des coins où les poubelles s'amoncellent, où l'hygiène mais aussi la sécurité sont difficiles à gérer.»

Bernard Clerfayt : «Dans ces quelques rues, le seul projet d'aménagement que nous ayons pour l'instant porte sur les trois petits terrains vagues, aux angles que forment la rue Dupont avec la rue des Plantes, la rue Linné et la rue Verte. Ce sont de véritables dépotoirs. La seule solution durable serait de reconstruire, parce qu'il n'y a pas assez de place pour en faire des espaces verts. Mais, budgétairement, la reconstruction n'est pas

Petit portrait du quartier en chiffres

Le quartier dont il s'agit recouvre la zone entre la gare du Nord, la place Liedts et l'église Sainte-Marie. Il faut noter que les données ont été recueillies avant 1994.

- Plus de 4.000 personnes y habitent, mais de 20 à 25.000 personnes le traversent quotidiennement : navetteurs, étudiants des écoles supérieures (Sint-Lukas, Ecole sociale de la rue de la Poste), «touristes sexuels».
- En 1991, 70 % des habitants étaient étrangers : 30 % de Turcs, 23 % de Marocains, 13 % de ressortissants de la Communauté européenne.
- C'est un quartier «jeune» : 45 % de moins de 25 ans, 36 % de moins de 19 ans. La population âgée de plus de 60 ans est relativement peu nombreuse (11 %) et essentiellement belge.
- Parmi les ménages, 48 % comptent une seule personne et 37 % comptent de 3 à 8 personnes.
- Un habitant sur quatre (23 %) est demandeur d'emploi.
- Le taux de scolarisation est extrêmement bas : 40 % ont quitté l'école à 14 ans ou avant. Parmi les enfants en âge scolaire, 20 % sont en décrochage régulier et 12 % ne sont même pas inscrits dans une école.
- La moitié des logements datent d'avant 1919, et le quart, de la période 1919-1945. Seulement 30 % des maisons ont l'eau courante, un WC avec chasse d'eau et une salle de bain ou une douche. Un immeuble sur sept est à l'abandon. Un habitant sur sept vit en meublé. 42 % des façades sont partiellement ou totalement dégradées.

Source : Onderzoek naar de leefbaarheid in de transitwijk Schaarbeek, RisoBrussel, 1994.

possible. Nous avons donc choisi de soutenir un projet d'aménagement provisoire, déposé auprès de la Fondation Roi Baudouin par l'association Wijkpartenariaat. Quant aux nombreuses façades lépreuses: «un règlement communal impose que les façades soient en bon état, et des mesures de coercition sont, en principe, possibles, mais elles sont compliquées, coûteuses et aléatoires. S'il n'y avait que deux ou trois façades lépreuses, on pourrait prendre le risque, mais comme il y en a des centaines et des centaines dans la commune... En plus, ce ne serait que du «make-up». Plutôt que de se substituer aux propriétaires, il vaut mieux créer les conditions pour qu'ils entretiennent les immeubles : restaurer l'image que les gens ont du quartier, augmenter leur revenu pour qu'ils puissent

rénover leur bien. Mais cela prendra du temps, parce que ce quartier se dégrade depuis une ou deux générations. Et il y a des besoins ailleurs : tout le parc immobilier de la commune, écoles et immeubles communaux compris, se dégrade. Nous menons une lutte sur tous les fronts, et il ne s'agit que d'un petit quartier parmi d'autres. Un projet qui nous tient à cœur est d'aménager et d'ouvrir au public le seul espace vert qui soit à la dimension du quartier : il s'agit du jardin de Belgacom situé à l'intérieur de l'îlot formé par la rue Dupont, la rue Verte et la rue des Palais. Ce projet est inscrit parmi les priorités du Plan Communal de Développement. Nous avons proposé à Belgacom de prendre en charge la gestion du site; ils ont refusé. Nous avons proposé de l'acheter; ils ont refusé à nouveau. Nous réfléchissons sérieusement à une

expropriation, mais Belgacom ne va pas se laisser faire. Leur siège social comporte 28.000 m² de bureaux, et ils n'ont que 40 places de parking. Leur idée est donc de transformer le parc en parking. Nous leur avons dit qu'il n'en était pas question, et nous nous opposons aussi à la construction d'un parking en sous-sol. Nous sommes donc clairement en conflit, et il serait illusoire d'espérer un accord à l'amiable. Mais nous ne lâcherons pas le morceau.»

M. Cudell se défend lui aussi de délaissé le quartier : «Nous avons d'abord rénové la partie du quartier Nord située entre la rue du Progrès et le boulevard Emile Jacqmain. La prostitution qui était établie là a déménagé vers Bruxelles et Schaerbeek, ou a reflué vers l'est de la gare. Puis, grâce aux efforts conjugués de la Société du Logement Social, de la Région de Bruxelles-Capitale et de la Commune de Saint-Josse, nous avons fait de la rénovation urbaine dans la zone entre la rue Royale et la rue Verte. Ce quartier, qui allait à vau-l'eau il y a dix ans, est aujourd'hui digne de ce nom. Nous avons construit des logements sociaux, suivant une politique qui consiste à répartir ceux-ci dans toute la commune et à mélanger ainsi les classes sociales, non à créer des zones entières de logements sociaux. On en a notamment construit rue Verte, avec chauffage central, salles de bain, sanitaires, ascenseur, parking. Les gens qui y habitent souhaitent, c'est vrai, une politique plus dure vis-à-vis de la prostitution.»

La prostitution dans le quartier

Quelles formes prend la prostitution dans le quartier? A première vue, ce sont les «vitrines». A mieux y regarder, c'est moins simple. Cécile Chéront : «Selon les prostituées, le quartier Nord était beaucoup plus dangereux il y a plusieurs dizaines d'années : toutes les prostituées sur le trottoir avaient un maquereau, la pègre était présente, il y avait parfois des règlements de compte. Puis, des «anciennes» qui arrêtaient de travailler dans la rue sont venues terminer leur carrière ici, dans le quartier. Elles ont ensuite été rejointes par de plus jeunes, qui préféraient payer un loyer élevé pour une carrée plutôt que la location d'un débit de boisson, laquelle est aujourd'hui de l'ordre de 3 à 4.000 francs par jour. Une autre étape a été le retour de la prostitution de rue, du côté de la place Saint-Lazare, suite à la démolition de toute une série d'immeubles, parmi lesquels des bars où ces femmes travaillaient. Enfin, avec l'émigration de l'Est, on a vu arriver une autre population : les filles sont

souvent assez jeunes, elles savent mal se défendre, et puis les hommes sont plus violents, ils sont armés. Les prostituées «traditionnelles», par contre, sont de moins en moins sous la coupe d'un souteneur.»

Un des principaux griefs des habitants est que la prostitution augmente. Sur ce point aussi, les opinions varient. Pour Steven Degraeve : «Il faut savoir qu'ici il n'y avait presque pas de prostitution auparavant, ou alors c'était discret. Cela se passait surtout de l'autre côté de la gare du Nord. Quand on a rasé ce quartier-là, au début des années 90, les prostituées se sont d'abord déplacées vers la place Stéphanie et l'avenue Louise mais, devant l'opposition du bourgmestre, elles se sont installées ici. La prostitution s'étend progressivement, elle arrive maintenant jusqu'à la rue Verte.»

D'après Cécile Chéront : «On ne peut pas dire que la prostitution s'étende de manière exagérée... Evidemment, c'est assez subjectif, cela dépend de la tolérance réciproque entre habitants et prostituées. Mais la rumeur selon laquelle la prostitution s'étend jusqu'à la rue de la Poste, c'est une fable. Une dizaine de nouvelles carrées, tout au plus, sont apparues. Par contre, la prostitution a incontestablement changé de visage : il y a davantage de nouvelles venues.»

Guy Cudell confirme : «Le nombre des carrées n'a pas augmenté comme on le dit (il y en a moins de cent sur le territoire de Saint-Josse), mais le Parquet a permis aux prostituées de sous-louer. Dès lors, la taxe de 10.000 francs par mètre courant de façade, que nous croyions dissuasive, n'a plus d'effet. Il y a davantage de prostituées qu'avant, et les nouvelles sont souvent plus jeunes, plus jolies que les anciennes, et leur font concurrence. D'autres sont en Belgique illégalement.»

Prostituées, habitants et pouvoir communal

Steven Degraeve : «Les gens qui avaient acheté une maison rue des Plantes, rue Linné, ont vu apparaître les carrées. Ils disent : «Nos enfants sont confrontés quotidiennement aux prostituées, ils se posent des questions. Les jeunes filles n'osent plus se maquiller, de peur d'être abordées par des clients. On ne peut plus laisser sa porte ouverte parce que quelqu'un passe toujours la tête, croyant que c'est un bordel. Le trafic est intense, et il y a beaucoup de bruit la nuit : des ivrognes, de la musique à plein volume.» Il faut reconnaître que, pendant la semaine où les carrées ont été fermées, à l'initiative du

bourgmestre, le quartier était vraiment très calme. Il est très difficile de travailler sur la question de la cohabitation. D'une part, les gens en ont marre, ils ont honte de dire qu'ils habitent ce quartier. D'autre part, certains d'entre eux ont quitté le quartier mais ils louent le rez-de-chaussée à une prostituée! Il y a donc une certaine ambiguïté. Un autre aspect des choses, c'est qu'auparavant toutes les prostituées étaient belges et se tenaient à certaines règles, tandis qu'avec l'arrivée des Africaines c'est devenu très sexy et plus agressif. Il y a d'ailleurs un conflit entre ces deux groupes. L'opposition entre les habitants et les prostituées existe, mais elle n'est pas si radicale qu'on pourrait le croire. D'ailleurs, certaines prostituées vivent dans le quartier et y ont acheté une maison. Je pense que la prostitution sera tolérée par les habitants s'il n'y a pas d'excès et si elle reste limitée. Mais il y aura toujours des conflits, comme dans toute relation de voisinage.»



Photo: © Bénédicte Meiers

Cécile Chéront : «Ce qui revient tout le temps dans le discours des prostituées - et qui est un fait -, c'est qu'elles sont là depuis longtemps : une centaine d'années, entend-on parfois. Elles disent aussi : «Pourquoi les intégristes viennent-ils s'installer justement ici? Il y a d'autres quartiers dans Bruxelles.» La réponse est probablement à chercher du côté du montant des loyers, mais d'autres coins de Bruxelles ne sont pas chers. Par contre, on est tout près de la rue de Brabant, où la communauté musulmane est très importante, ce qui entraîne un effet de regroupement assez compréhensible.

Enfin, la Commune n'est peut-être pas toujours très claire, laissant entendre aux habitants qu'un jour les prostituées partiront. Or, ces femmes travaillent chez elles à titre privé; la prostitution n'est pas illégale (c'est le racolage qui l'est), et chez soi on peut faire ce qu'on veut...

Il est vrai que certaines filles n'acceptent pas facilement de se montrer plus discrètes. Faire régner le bon ordre sur son propre terrain n'est pas simple. Mais beaucoup de prostituées sont des personnes tout à fait capables de négocier; en 1995, quand la Commune a essayé de fermer toutes leurs carrées, elles ont pris un avocat et approché les autorités pour obtenir un règlement officiel. Elles se sont mis d'accord pour respecter certaines règles mais, comme la Commune comptait sur elles pour faire la loi, cela n'a pas duré. La Commune devrait prendre elle-même ses responsabilités et tenir un discours cohérent par rapport à la prostitution, que ce soit vis-à-vis des femmes elles-mêmes ou des riverains.

La première revendication que les prostituées ont récemment fait valoir auprès de Mme Raymonde Dury (Gouverneur de l'Arrondissement de Bruxelles-Capitale, c'est une antenne de police plus proche du quartier, une police de proximité qui intervienne dès qu'un propriétaire entame des travaux pour installer de nouvelles carrées, par exemple. Quand on dit que la prostitution s'étend, il ne faut pas oublier que beaucoup d'argent passe aussi dans la poche des propriétaires : le revenu de la location d'une carrée est beaucoup plus élevé que celui d'un appartement. Certains habitants du quartier tiennent un discours hostile aux prostituées, signent des pétitions, mais les mêmes sont parfois aussi des clients et des propriétaires qui tirent profit de la prostitution! Il y a beaucoup d'hypocrisie. D'autres riverains sont déçus parce qu'ils ont cru que la Commune allait supprimer les carrées.»

Guy Cudell : «Nous sommes en contact avec Espace P... et avec les avocats qui représentent les prostituées. Nous essayons de ranimer l'accord que nous avons passé avec elles, qui visait à ce que leur activité reste relativement discrète, et elles sont en général d'accord. Par ailleurs, nous luttons contre la prostitution de rue. Nous essayons de trouver des formules pour que tout le monde se modère et pour simplement maintenir une situation qui a toujours existé. Il y a 50 ans, pour les gamins qui allaient au bassin de natation, le grand défi était d'échapper à la surveillance du maître pour «aller les voir» derrière les carreaux!» ■

*Propos recueillis par Françoise Kinna
et Alain Cherbonnier*

La prostitution et le quartier Nord

Bruxelles connaît dès la fin du XVIIIe siècle un développement considérable de la prostitution, qui se renforce encore au XIXe, lorsque la ville, devenue capitale, connaît un essor démographique et économique sans précédent. Dans les années 1830-40, «il n'existe aucun quartier de Bruxelles qui ne soit épargné par la présence des prostituées, à l'exception toutefois des secteurs du Sablon et du Théâtre de la Monnaie, que la police a «nettoyés» sous la pression des plaintes incessantes» (C. Huberty et L. Keunings). A partir de 1844, une réglementation se met en place, qui organise le contrôle policier et médical de la prostitution, son isolement social et sa «fixation» géographique.

Mais, dès les années 1860, le système réglementariste¹ est contourné par de nombreuses prostituées bruxelloises, qui se réfugient dans les faubourgs d'alors : Molenbeek-Saint-Jean, Saint-Josse-ten-Noode. Une autre cause des déplacements de la prostitution est - déjà - la démolition des quartiers où elle est établie : par exemple, celui des Minimes (qui fera place au Palais de Justice... tout un symbole), celui de Notre-Dame-des-Neiges (dont les activités et le nom subsistent toujours, entre la rue de Louvain et la rue du Congrès).

L'ancienne gare du Nord - sur l'emplacement de l'actuelle place Rogier - fut inaugurée dès 1841 mais n'entra en service que trois ans plus tard; elle resta opérationnelle plus de cent ans. La «nouvelle gare du Nord», avec sa tour caractéristique, date des années 1950. Depuis le début du siècle, le quartier Nord (comme celui du Midi, d'ailleurs) a littéralement été défiguré par de nombreux travaux : jonction Nord-Midi², démolition de l'ancienne gare et construction de la nouvelle, tunnels de la petite ceinture, travaux du métro. Tout cela allant de pair avec la disparition, dès 1967-68, de «blocs» entiers d'immeubles - destructions souvent assorties de spéculation immobilière.

Les déplacements de la prostitution dans le quartier Nord peuvent dès lors être «lus» à travers les vagues successives de démolitions. L'expulsion d'un noyau de prostitution stable et organisé - avec lequel il est donc possible de négocier - débouchant souvent sur l'éclatement, et sur l'arrivée de prostituées plus «paumées», plus isolées, et avec lesquelles il est moins facile de passer des accords.

Il y a quelques années, la prostitution était bien établie au sud (rue de Laeken et adjacentes : un quartier déjà voué à la prostitution dans les années 1860-70) et à l'ouest de la gare du Nord (boulevard Emile Jacqmain, boulevard Simon Bolivar, rue du Marché, etc.). De nouveaux investissements immobiliers ont abouti à de nouveaux départs, provoquant des déplacements vers la place de Brouckère et l'est de la gare (place Saint-Lazare, rue d'Aerschot, et entre la rue de Brabant et la rue de la Poste).■

1. En raison de son caractère irréaliste, le réglementarisme sera modéré en 1877, mais ne sera officiellement aboli qu'en 1948.
2. Entamés en 1901, les travaux de la jonction ont été abandonnés en 1914. Repris seulement en 1938, ils seront à nouveau interrompus en 1940, pour être finalement terminés en 1958. De quoi déstructurer un quartier pour de bon et pour longtemps.

*Remerciements à Mme Nicole PURNODE
Administration de la Région de Bruxelles-Capitale, Service Logement*

Sources bibliographiques :

- Colette HUBERTY, Luc KEUNINGS, *La prostitution à Bruxelles au dix-neuvième siècle, Les Cahiers de la Fonderie, 1987, n° 2, pp. 3-21.*
- *Vie économique à Saint-Gilles... des origines à demain, Syndicat d'Initiative de Saint-Gilles, 1992.*
- *Images de Bruxelles au passé et au présent, dossier du journal Le Soir, 1995.*
- François ROBERT, *Une nuit agitée avec les flics de la mondaine, Le Soir, 29/06/98.*

Le «lien social» et la santé

Contrairement à ce nous avons annoncé dans notre précédent numéro, nous ne traiterons pas dans ce dossier de «la participation et la santé». Nous n'abandonnons pas ce sujet pour autant, puisqu'il fera l'objet du dossier de notre numéro de décembre.

L'importance du «social» dans la santé n'est plus à démontrer. Il est même au centre de toutes les attentions depuis un certain nombre d'années. D'aucuns le font remonter au 22 juillet 1946, date de signature de la Constitution de l'OMS, où «pour la première fois, s'affirmait officiellement une conception positive de la santé reposant sur une appréciation subjective intégrant l'équilibre avec le milieu social»¹ En réalité, la relation entre santé, maladie, mort et conditions sociales est loin d'être une découverte de la seconde moitié de ce vingtième siècle. L'hygiénisme, vaste courant de pensée qui s'épanouit au cours de la seconde moitié du XIX^e siècle mais qui s'enracine dans le XVIII^e, est sans conteste le père fondateur «d'une médecine sociale»². Ce qui est plus récent, par contre, c'est l'importance du «lien social» sur la santé.

C'est un fait établi; l'être humain pour se construire de façon harmonieuse a besoin de relations interpersonnelles privilégiées, constructives, et évidemment, en tout premier lieu, d'interactions positives avec ses parents. Dès lors, qu'il s'agisse de la santé mentale des enfants ou de celle des adultes, «la nature et la qualité des relations sociales, et des interrelations humaines ont une influence sur la santé, soit de façon indépendante, soit comme facteur prédisposant.»³

Rupture du lien social : ses conséquences sur la santé

La fracture du lien social remonte, selon certains auteurs, aux années 1970-1980. Les «golden sixties» et leur élévation commune du niveau de vie, leur généralisation de la protection sociale sont loin. «De 1970 à 1980, on assiste à un déplacement de la structure de travail, à une segmentation du marché du travail et à sa précarisation. Le travail instable augmente. Le chômage a ainsi un effet récurrent et les inégalités s'accroissent. Le modèle dominant devient, surtout dans les villes, mais aussi dans les campagnes, celui de la réussite

individuelle, celui du recours à la chance : le nombre des jeux de chance, de hasard, se multiplie rapidement avec une grande place faite à la publicité. La famille se rétrécit, devient monoparentale, les divorces augmentent, la nuptialité et la fécondité diminuent. Il y a vieillissement des populations et, surtout, augmentation des facteurs d'isolement. On assiste à une diminution des liens sociaux.»⁴ Or, de nombreuses études ont établi le rôle privilégié du système de soutien informel (constitué d'individus ou de groupes) et son influence positive sur le bien-être des personnes.

On a ainsi pu démontrer que, dans des conditions de vie difficiles comparables, certains individus manifestaient des troubles de développement ou de santé mentale et d'autres non. Par ailleurs, les individus bénéficiant de liens sociaux adéquats seraient moins vulnérables aux divers agents stressants de la vie. La plupart des recherches se sont dès lors portées sur l'existence d'un lien entre dépression et soutien social.

Le réseau d'appartenance

L'observation et l'analyse des comportements instinctuels des animaux dans leurs rapports parents/enfants permettent de décrire certaines attitudes du petit animal qui amènent une réponse immédiate de rapprochement et de protection du parent. Cette réponse, appelée «comportement d'appel de soins» fait partie d'une série de phénomènes instinctuels de protection contre les dangers qui menacent un petit animal encore trop vulnérable pour y faire face tout seul. La notion a été reprise pour l'homme : le concept d'«attachement» désigne ainsi le besoin, chez un être humain, d'un réseau social permettant d'assurer sa survie et la qualité de cette survie. «Les attitudes d'appel de soins existent aussi chez l'humain et déclenchent, dans l'entourage, des comportements de contacts corporels et des expressions verbales et gestuelles d'intérêt et d'affection. Inversement, l'adulte dont les liens sociaux ont été rompus éprouve un sentiment de détresse qui le porte à rechercher de nouveaux soutiens. C'est donc bien dans

un tel contexte que la dépression peut survenir, lorsque le soutien social fait défaut de façon trop marquée.»³ L'analyse du rôle du système de soutien informel (constitué d'individus ou de groupes) confirme son influence positive sur le bien-être des personnes seules ou à bas revenu. Le soutien des amis et des connaissances serait le plus apte à diminuer la solitude et l'isolement dans des communautés comparables sur le plan de la pauvreté. Celles qui ont des réseaux sociaux plus forts seraient davantage protégées contre le stress. La pauvreté ne peut toutefois pas être considérée comme facteur déclenchant d'une désinsertion sociale. «En fait, l'analyse montre que c'est l'accumulation des problèmes qui est la véritable cause de tous les maux: faiblesse de revenu, déstructuration familiale, emploi précaire ou chômage, problème de logement, isolement social, stigmatisation, perte d'estime de soi... La désinsertion se définissant comme un processus - et non pas comme état stable et définitif - qui se décompose en trois dimensions principales :

- sur le plan économique, une faiblesse des revenus (pauvreté) et un problème d'insertion professionnelle (travaux précaires, chômage...);
- sur le plan social, une déstructuration des relations sociales et familiales qui conduit à l'isolement et au repli sur soi;
- sur le plan symbolique, une confrontation à des normes stigmatisantes et invalidantes (humiliation, mépris, dévalorisation...) qui entraîne l'intériorisation d'une identité négative et des sentiments d'infériorisation et de honte.

C'est l'ensemble de ces éléments, et non la pauvreté stricto sensu, qui est la cause d'une souffrance psychique pouvant favoriser l'émergence de troubles mentaux, en particulier la dépression.»⁵

C'est donc ici que peut intervenir le réseau social. Il peut amortir l'apparition des symptômes liés à de trop grandes difficultés d'adaptation. Il peut apporter entraide et réconfort. Il peut contribuer au maintien de l'estime de soi ainsi qu'à la maîtrise des événements stressants. En réalité, son influence ne sera positive que dans la mesure où une réciprocité des sentiments et de l'aide reçue existe. Or, diverses études ont démontré l'existence d'effets négatifs du réseau sur l'individu. Plus précisément, lorsque les relations entre les membres sont d'ordre conflictuel, ou encore, si ces dernières renvoient au sujet une image de lui-même négative ou dévalorisante. L'existence et la qualité de liens conjugaux paraissent significatifs, à cet égard. En effet, les personnes seules sont généralement plus enclines à souffrir de dépression que les personnes mariées ou vivant une

relation de couple stable. Par contre, une relation de couple conflictuelle ou une absence d'intimité entre les conjoints sont également associées à l'apparition d'une pathologie dépressive.

Les relations sociales, en dernière analyse, peuvent certes affecter la santé de multiples façons. «En effet, des relations sociales adéquates peuvent inciter à adopter une hygiène de vie plus saine et à éviter les comportements autodestructeurs (mauvaises habitudes de vie, etc.). Mais surtout, elles contribuent au développement d'un sentiment d'appartenance à un groupe social et de reconnaissance par ce groupe, et au développement consécutif de mécanismes d'auto-protection contre les événements stressants.»⁶

Sources :

1. «Quels liens entre le social et la santé ? Quels facteurs sociaux influencent la santé ?», G. Reginster-Haneuse in *Le social dans la santé, Congrès International, Liège, 1992*
2. «Images de la santé, 100 ans d'affiches d'éducation pour la santé», Tome II Thématiques, B. Meiers, *Question Santé*
3. «Le lien entre la pauvreté et la santé mentale, De l'exclusion à l'équité», J.B. Robichaud, Lorraine Guay, Christine Colin, ..., éd. Gaëtan Morin
4. «Les inégalités sociales dans la ville», B. Pissaro in *Le social dans la santé, Congrès International, Liège, 1992*
5. «De la notion de pauvreté à la notion de désinsertion sociale», Vincent de Gaulejac
6. «Démystifier les maladies mentales. Les dépressions et les troubles affectifs cycliques», Dr. Jean Leblan et collaborateurs, éd. Gaëtan Morin

Importance du lien social : quelques initiatives

Tissons nos savoirs...

Rebecca est arrivée un dimanche après-midi à un goûter organisé dans une maison de quartier, à Etterbeek, sans trop savoir où elle débarquait.

Chaque participant y proposait d'apprendre à qui voulait une langue, une recette de cuisine... et y faisait la demande d'autres savoirs.

Passionnée par l'art, Rebecca proposa des visites d'expositions... Et, de semaine en semaine, de mois en

mois, elle fut toujours plus surprise par l'intérêt qu'avait suscité sa proposition. Un petit groupe de fidèles s'est constitué autour d'elle. Par ailleurs, Rebecca a participé à des ateliers de cuisine où Fatima a dévoilé quelques secrets du couscous, Agatha de la cuisine vietnamienne, Denise et Jean-Marie de la cuisine végétarienne.

Quant à elle, Fatima a appris des rudiments d'arabe à Mary et reçu quelques leçons de néerlandais de Véronique...

Tout ce petit monde participe ainsi au réseau d'échange de savoirs (R.E.S.). Partant du principe que chacun sait et que tout ce que l'on sait peut être transmis, les R.E.S. se proposent de créer des rencontres entre des personnes qui ont envie de partager leurs connaissances, d'en faire profiter d'autres et de profiter de celles des autres.

Tout participant y est donc offreur et demandeur d'un ou de plusieurs savoirs. La notion de savoir embrasse ici tant les savoir-faire (bricolage, décoration intérieure), les connaissances issues de l'expérience de vie (soigner un bébé, une personne âgée), que les passions dans les arts ou l'artisanat ou dans les domaines intellectuels... Il n'est pas besoin d'être expert d'un savoir pour l'offrir. On peut par exemple le transmettre au fur et à mesure que l'on l'acquiert, voire proposer de le découvrir ensemble. De toute façon, être en position d'offrir son savoir amène à se questionner sur celui-ci, à l'approfondir... Transmettre n'est pas pour autant évident. Mais on peut être offreur, par exemple d'une langue ou de l'initiation à un logiciel, et être demandeur de méthodes pour les offrir. Dans les R.E.S., on propose d'ailleurs des "échanges sur les échanges", des réunions où offreurs et demandeurs d'un type de savoir sont invités à partager leurs expériences, voire à rechercher ensemble les moyens pour transmettre plus efficacement leurs connaissances.

La dynamique de l'échange de savoirs se passe entre trois acteurs : l'offreur, le demandeur et l'animateur qui organise la première rencontre entre les participants à un futur échange, participants qui par la suite, voleront de leurs propres ailes. Cette manière de procéder peut apparaître un peu lourde, mais elle permet de vérifier l'adéquation entre offre et demande, de protéger la liberté des protagonistes d'un futur échange et aussi de proposer une médiation, si ceux-ci en manifestent l'envie, en cas de problèmes de communication.

Tout animateur du R.E.S. est du reste d'abord offreur et demandeur de savoirs, et tout participant au réseau peut, s'il le désire, faire partie de l'équipe d'animation.

L'expérience de l'échange de savoirs est riche en ce qu'elle amène l'individu à prendre conscience de ses richesses, de ses potentialités; et à rencontrer son voisin, sa voisine d'une autre culture, d'une autre génération, l'inconnu(e) qu'il croise sans le voir sur un trottoir, en tant qu'acteur possible d'un enrichissement mutuel.

Le R.E.S. rassemble ainsi au sein de moments de créativité celles et ceux à qui la vie a épargné trop d'épreuves et celles et ceux qui se trouvent du mauvais côté du border line de l'exclusion. Personne n'est vu ici comme victime, mais chacun est vu comme riche de potentialités pouvant apporter un peu de bonheur à autrui.

Dans un contexte socio-économique où l'accès à un emploi rémunéré reste la condition de la réussite et de la reconnaissance sociale et en même temps n'est plus évident, voire n'est plus possible pour tous, la situation de sans-emploi (chômeur, minimexé, invalide...) génère souvent une perte de confiance en soi, d'estime de soi, et une perte de liens sociaux...

N'est-il dès lors pas temps d'inventer et d'entretenir des espaces où les compétences de chacun puissent être valorisées autrement que par un travail rémunéré et dans un esprit de solidarité plutôt que de compétitivité exacerbée ?

Ainsi, on peut rencontrer l'autre: le vieux, le jeune, le chômeur, le dépressif, le réfugié, non comme un être différent, difficile à comprendre voire dangereux, mais comme porteur d'ouvertures nouvelles, vers d'autres cultures, des histoires de jadis ou d'aujourd'hui, une autre façon de voir le monde. Car souvent, un atelier cuisine, une table de conversation... ne sont qu'un prétexte, une occasion à des partages plus profonds...

Paulina Romero

LE MÉRIDIDIEN

68 rue du Méridien 1210 Bruxelles.

Tél: 02/218 56 08 , les lundi et jeudi matin, et le mardi après-midi.

Vers une solidarité intergénérationnelle : Mémoire Vivante

Mémoire Vivante, projet de rencontre et de transmission intergénérationnelles, se développe depuis 1989 dans le cadre du centre de santé mentale La Gerbe à Schaerbeek (commune hétérogène au niveau de l'âge et des cultures). Mémoire Vivante se définit comme un projet de prévention des troubles physiques et psychiques des personnes âgées en favorisant leur réintégration dans un tissu social actif.

Force est de constater que l'organisation sociale favorise le cloisonnement entre les générations, les cultures, les catégories sociales. La perte de statut, l'isolement, le sentiment d'inutilité sous-tendent le moment particulier du cycle de vie des aînés. La solidarité familiale, l'intervention de l'Etat répondent de moins en moins aux

besoins, aux nécessités des jeunes et moins jeunes. Les aînés sont souvent limités à un rôle de consommateurs de loisirs, de biens, de services.

Par ailleurs, les jeunes retraités, le 3ème et 4ème âge veulent, à juste titre, jouer un rôle actif compte tenu de leurs capacités, leurs atouts spécifiques. Les aînés désirent rester acteurs des choix et des décisions qui les concernent. Apparaît aussi la nécessité de (re)dynamiser un tissu social reconnaissant et valorisant la richesse de ses composantes. A l'aube du 21ème siècle se profile un autre mode de solidarité indispensable à plus ou moins long terme: une solidarité intergénérationnelle. Mémoire Vivante vise dès lors à redonner une fonction sociale (transmission de savoirs) aux personnes âgées. La fonction de transmission spécifique aux aînés doit être prise au sens de témoin, le temps prenant dès lors une certaine consistance; témoin en tant que «passer le relais», assurant ainsi une continuité, redonnant une place et un sens à cette place aux différentes générations. Il s'agit aussi de renforcer les solidarités entre générations et entre les personnes âgées en créant de nouveaux rôles, de nouveaux modèles, de nouvelles dynamiques culturelles. La solidarité entre les générations ne concerne pas uniquement le rapprochement des extrêmes mais concerne également les générations dites «intermédiaires» qui par leur position peuvent donner vie au lien naturel qui les unit à ces extrêmes.

Concrètement il s'agit de...

- Créer des espaces de parole entre différentes générations et plus particulièrement entre jeunes et aînés.
- Permettre que s'échangent les représentations, les informations, les expériences vécues par chacun des groupes d'âge.
- Développer des espaces de création où aînés et plus jeunes se rencontrent autour de réalisations concrètes.
- Permettre aux réseaux de relations du quartier de se retisser autour des aînés.
- Développer des espaces de parole où puisse se nommer et se partager ce que signifie «vieillir» en tant que savoir de vie.
- Développer des espaces de formation, de sensibilisation des aînés à l'approche intergénérationnelle, à des questions qui les concernent directement (soins à domicile, lieux d'activités,...), à des problématiques auxquelles elles peuvent se trouver confrontées à plus ou moins court terme (bénévolat, loisirs actifs, préparation à l'Euro, maladie d'Alzheimer...).
- Organiser des formations pour les intervenants, professionnels ou non, désireux de réfléchir à la dynamique intergénérationnelle. Accompagnement dans la

mise en place et la réalisation concrète d'un projet intergénérationnel.

Patricia Fontaine, Anne Courtois, Françoise Jacques

*asbl La Gerbe,
Mémoire Vivante,
45 rue Thieffry - 1030 Bruxelles
Tél.: 02/216.74.75 - Fax: 02/215.18.79*

LE PRD «social» en Région de Bruxelles-Capitale

Depuis les années '80, la question de la rencontre entre offre de services, demandes sociales et problèmes sociaux fait l'objet d'un débat qui porte pour l'essentiel sur la nature de la relation de service que l'Etat est amené à moderniser et sur la nature des demandes sociales et des problèmes sociaux, débat désigné sous le vocable «nouvelle question sociale».

Ce débat part de la mise en cause de l'Etat-Providence.

Financièrement d'abord : les dépenses sanitaires et sociales croissent beaucoup plus vite que les recettes. Idéologiquement ensuite : l'Etat est inefficace pour gérer les problèmes sociaux.

Philosophiquement enfin : la conception traditionnelle des droits sociaux et de la société assurancielles ne parvient pas à résoudre le problème de l'exclusion.

A la crise des politiques publiques, l'Etat va répondre de deux manières : par la rationalisation de la machine sociale et par le lancement de politiques d'action sociale. Par la rationalisation, l'Etat va opérer une simplification des besoins assimilés aux prestations fournies et une spécialisation de l'offre de soins et de services. (...) la machine sociale va fonctionner suivant un schéma tertiaire que P. Rosanvallon décrit comme suit : « dans un premier temps, une population cible (adultes, handicapés, familles mono-parentales, mères mineures, etc.) était identifiée. Cette population était ensuite statistiquement, juridiquement et administrativement constituée, prête à devenir un objet pour l'action publique. Dans un second temps, des droits et des allocations spécifiques étaient mises en place. Puis enfin, des agents publics et des travailleurs sociaux spécialisés assuraient la gestion du système, vérifiant les qualités d'ayants droit à une prestation donnée des demandeurs, régulant ainsi l'adéquation règle-population».

Parallèlement à ce modèle de rationalisation, on verra se dessiner un nouveau modèle de politique sociale,

plus précisément «d'action sociale», qui va chercher à articuler trois dimensions; la coordination globale avec la remise en cause de l'approche sectorielle des problèmes sociaux, la priorité à des services sociaux de base territorialisés et la participation.

(...) Ces trois dimensions cherchent toutes à donner un cadre plus satisfaisant pour répondre à la «nouvelle question sociale». Dans cette démarche nouvelle qui reste encore largement à construire, on va tenter, à travers les notions de contrat, d'établir de nouvelles règles du jeu entre les pouvoirs publics et les opérateurs.

lère étape: Inventaire de l'offre sociale dans la Région de Bruxelles-Capitale, rapport de la Fondation Roi Baudouin

En octobre 1994, la Commission Communautaire Française confie à la Fondation Roi Baudouin une mission de coordination et de réalisation d'un inventaire de l'offre sociale dans la Région de Bruxelles-Capitale, d'une analyse des besoins en matière sociale et de leur confrontation à l'offre. La Fondation est également chargée de formuler «des propositions permettant, dans le cadre des compétences de la Commission, l'optimisation des services en matière sociale mis à la disposition des usagers dans la Région de Bruxelles-Capitale».

L'intérêt fondamental de cette mission repose sur l'insistance à mieux connaître les offres sociales de «lère ligne», c'est-à-dire celles qui sont les plus proches des citoyens, et aussi à mieux comprendre ce que sont les demandes sociales.

A l'évidence, l'inventaire des besoins et de l'offre sociale dans la Région de Bruxelles coordonné par la Fondation Roi Baudouin n'est pas un inventaire exhaustif. Mais, viser à l'exhaustivité aurait été un travail gigantesque et délicat, vu la diversité et la complexité des instances compétentes et des opérateurs.

Il faut, en effet, se rappeler que les compétences dans les matières sociales en Région de Bruxelles-Capitale se partagent entre l'Etat fédéral, les deux grandes communautés, la Région de Bruxelles-Capitale, les dix-neuf communes et les trois instances issues de la Région, soit la Commission Communautaire Française, la Commission Communautaire Flamande et la Commission Communautaire Commune. A cette diversité des instances, s'ajoute la diversité des opérateurs de terrain, publics et privés, qui mettent les politiques sociales et les actions sociales en oeuvre, en particulier les CPAS et le monde associatif.

L'étude a visé à construire, à partir des financements publics, un inventaire des offres sociales réalisées par

les acteurs de première ligne subventionnés. Il apparaît que l'offre sociale recensée sur le territoire de la Région atteint un montant approximatif de 25 milliards (année de référence: 1994). Le «leadership» de l'offre sociale appartient à la Communauté Française qui réserve plus de 80% de ses interventions en Région bruxelloise à des acteurs et des financements à destination de l'enfance et de la jeunesse.

Les CPAS, outre leur capacité d'acteur, s'avèrent les grands collecteurs du financement, puisqu'ils rassemblent plus de 30 % des moyens financiers mobilisés. Il faut inclure dans cette masse les subventions fédérales et communales relatives à l'octroi du minimex et les aides sociales financières définies par la loi de 1965.

Les instances régionales, en y incluant la Commission Communautaire Française, s'avèrent des financeurs déterminants en matière de politique de la santé.

En réalité, les relations entre offre et demande sociale sont forts complexes. Bon nombre de pratiques sociales sont, en effet, difficilement observables, surtout quant à leurs résultats. Les chercheurs n'ont pas manqué d'observer et de rencontrer des boîtes noires qui instaurent une opacité et des tactiques d'évitement lorsqu'il faut connaître et évaluer la qualité et la quantité des services offerts.

Quoiqu'il en soit, un inventaire de l'offre sociale en Région de Bruxelles-Capitale a été établi en présentant l'offre sociale subventionnée selon 11 axes.

Il s'agit :

- de l'accueil du jeune enfant- petite enfance;
- des dispositifs d'appui à l'insertion et pour la réussite à l'école;
- de la politique de la jeunesse;
- de la politique de la vieillesse;
- de l'aide aux personnes/volet aide et action sociale;
- de l'insertion socio-professionnelle;
- de la santé et de la santé mentale;
- de la politique sociale du logement;
- de l'approche sportive;
- de l'approche culturelle;
- des politiques intersectorielles et territoriales.

Le système actuel de l'offre sociale subventionnée nécessite de toute évidence des liens opérationnels entre tous les niveaux de pouvoir de l'Etat, tant au niveau des objectifs et des contraintes que de la gestion des ressources et de l'évaluation des résultats.

Les interdépendances entre niveaux de pouvoir de l'Etat apparaissent comme une situation de fait. Dès lors, la question de concertation entre ces niveaux de pouvoir au profit d'une plus grande cohérence est de première importance. Il ne faut pas oublier en effet que les acteurs de première ligne sont en première ligne, non seulement par rapport aux usagers, mais aussi par rapport aux

effets quotidiens des législations multiples et complexes qui relèvent de ces 7 niveaux de pouvoir différents de l'Etat. Or, les tensions contradictoires ou divergentes entre ces législations montrent combien une cohérence sur le terrain est difficile à réaliser lorsque la coordination entre les niveaux de pouvoir de l'Etat ne s'avère pas suffisante.

Les opérateurs de terrain* ont besoin de se connaître pour collaborer entre eux et construire des réponses sociales adaptées aux problèmes de leurs clients. Cette concertation se fait à l'initiative du terrain mais n'est pas subventionnée.

Les opérateurs de terrain rencontrent, dans l'exercice de leurs missions, des problèmes qui font chaîne: confusion entre logique de contrôle, de répression et d'aide aux usagers, règles de subsidiarité trop rigides, phénomène de concurrence entre associations, manque de spécificité entre le médical, le culturel, le social et le sportif, absence de recours et de dialogue avec le service public, trop grande rigidité des services publics de référence, manque de professionnalisme.

A côté de ce chaînage négatif, les opérateurs plaident pour que soient reconnus et valorisés les processus de concertation qui permettent un chaînage positif des services pour le plus grand bien des clients et des usagers. La personne en détresse cumule bien souvent une collection de handicaps et de problèmes pour lesquels il faut connecter un enchaînement rationnellement organisé de processus d'aide et de revalidation.

** Rappelons que les opérateurs du social, hormis l'instance politique sont de 5 types: les acteurs publics «purs»; les administrations, les CPAS et les services agréés, souvent locaux (on pense aux services qui relèvent de l'aide aux familles, de l'aide aux personnes handicapées, de l'aide à la jeunesse, etc...), les acteurs semi-publics des dispositifs comme les Missions locales, les acteurs privés associatifs qui utilisent la structure juridique «asbl» et les acteurs privés marchands.*

2ème étape: Renforcer l'accueil de première ligne et coordonner les approches des acteurs, mise en oeuvre de la mission impartie à la DRISU

Avril 1997, le Gouvernement Bruxellois prend un arrêté qui complète le P.R.D. en lui ajoutant un volet social. Les nouvelles indications portent sur la prise en compte par la Commission Communautaire Française de la nécessité:

- d'organiser une observation continue de la demande;
- d'assurer une coordination des services et des équipements au plan local et de veiller à ce que cette coordination dans les quartiers soit organisée à partir

des CPAS, et puisse, le cas échéant, utilement s'appuyer sur un plan d'action pluriannuel négocié entre l'ensemble des intervenants et des pouvoirs subsidiaires;

- d'établir des lieux d'accueil de première ligne à partir desquels l'offre s'établit en arborescence vers les services spécialisés;

- d'établir des coopérations entre pouvoirs subsidiaires des différents niveaux institutionnels, notamment par voie de délégations ou de droits de tirage, à l'effet de renforcer la synergie et la cohérence des intervenants dont l'action émerge à plusieurs de ces niveaux. L'étude est confiée à la DRISU (Délégation Régionale Interministérielle aux Solidarités Urbaines). Pierre Ansay, fonctionnaire de la Cocof et auteur de la synthèse de l'administration, y est détaché pour mener à bien cette étude poursuivant les travaux de la Fondation Roi Baudouin. La DRISU, au travers de sa nouvelle mission, est ainsi chargée de soumettre au Collège des propositions concrètes de mise en oeuvre de ces quatre indications. Son apport spécifique, en la matière, touche tout particulièrement:

- aux implications interministérielles (ces indications concernent, en effet, d'autres compétences ministérielles ne relevant pas de la Cocof, mais plutôt de la Région, de la Communauté française ou encore de la Cocom);

- aux modalités de programmation et de coordination des initiatives locales de développement. Il faut entendre ici les différents projets d'action sociale menés dans les quartiers à l'initiative d'organismes locaux (asbl, CPAS, communes et écoles) qui procèdent à une recombinaison locale des politiques sectorielles et qui sont financés pour ce faire par plusieurs départements ministériels. Comme tel, le projet devrait pouvoir se réaliser sur deux ans. L'échéance électorale de juin '99 laissent certains sceptiques quant à la mise en oeuvre des mesures qui seront prescrites. ■

Textes extraits des documents suivants :

- *Le pilotage des politiques sociales à Bruxelles : quelles modalités de concertation sociale pour requalifier l'action des parties ? Document de travail du 23 octobre 1995*

- *Annexe à l'arrêté du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale du 24 avril 1997 arrêtant le projet de plan régional de développement modifiant les dispositions indicatives du plan régional de développement arrêté le 3 mars 1995*

- *Optimisation des services et équipements sociaux bruxellois relevant de la compétence de la Commission Communautaire Française, synthèse, novembre 1996*

- *Optimisation des services et équipements sociaux bruxellois relevant de la compétence de la Commission Communautaire Française, synthèse du rapport final de l'étude commandée à la Fondation Roi Baudouin, décembre 1996*

- *Renforcer l'accueil de première ligne et coordonner les approches des acteurs, Plan de travail de la DRISU, proposition*

Le GAMS-Belgique, à Bruxelles, une institution où des Africains et des Européens s'unissent pour une même cause

Les mutilations génitales féminines constituent une violation des droits de la personne humaine et des libertés fondamentales. De plus, avec leur cortège de conséquences qui vont du traumatisme psychologique à la mort, en passant par la frigidité, la stérilité, le risque de contamination par le VIH/SIDA, elles posent un réel problème de santé publique.

Selon l'OMS, elles seraient quelque 127 millions de femmes et de fillettes à avoir subi l'excision* et/ou l'infibulation**. Chaque année, près de 2 millions de petites filles continuent à subir ce rite coutumier. Pourtant, le cercle de ceux et celles qui luttent pour que cessent de telles pratiques s'agrandit.

Aujourd'hui, en Afrique, des exciseuses renoncent à leur «métier», des parents s'engagent à ne plus faire exciser leurs enfants, des chefs religieux soutiennent que l'excision n'est pas une recommandation divine, des responsables politiques et des leaders d'opinion apportent leur caution à la lutte contre les mutilations génitales féminines.

En Belgique aussi, la lutte pour l'éradication des mutilations génitales féminines a commencé. Sur le plan législatif, plusieurs projets de loi ont été proposés. Au niveau médico-socio-culturel, des travailleurs africains et européens se sont unis dans une action commune pour donner naissance, en juillet '96, à l'asbl GAMS Belgique : Groupement d'hommes et de femmes africains et européens pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines. Soutenue par le collectif d'alphabétisation de Saint-Gilles et la Free-Clinic, l'action du GAMS-Belgique est double. Elle vise à prévenir, sensibiliser et informer les personnes, familles ou couples mixtes concernés et à mener des actions d'alphabétisation et d'éducation pour la santé dans les pays où les mutilations sexuelles se pratiquent encore. Le GAMS Belgique entend

par ailleurs sensibiliser au problème les autorités médicales et politiques compétentes, en vue d'interdire ces pratiques sur des personnes mineures se trouvant sur les territoires européens.

Depuis novembre 1997 - à l'occasion d'un congrès à Dakar (Sénégal) - le GAMS Belgique a été admis au rang de «groupe section» du CI-AF (Comité Inter-Africain). Ce comité, qui compte ses affiliés dans 26 pays africains et 4 pays occidentaux, oeuvre pour mettre un terme aux pratiques traditionnelles ayant des effets sur la santé des femmes et des enfants. Mais, par de là cette action, le CI-AF - fortement soutenu par l'OMS, la FNUAP, l'Unicef,... - c'est aussi des centaines, si ce n'est des milliers d'activistes, qu'ils soient d'importantes personnalités, des coutumiers ou des jeunes femmes d'un village africain, tous déterminés à assurer la santé et le bien-être des femmes et des enfants.

La pratique de l'excision et de l'infibulation est probablement quasi-inexistante en Belgique. Pourtant, des fillettes de certaines familles africaines immigrées chez nous demeurent sous la menace de ce fléau. C'est bien souvent à l'occasion de vacances estivales au pays, qu'elles subissent cette coutume. Cette dernière est généralement pratiquée par leurs tantes, leurs grands-parents ou les responsables de village, le plus fréquemment à l'insu de leurs parents. C'est là que les rapports du GAMS-Belgique avec les Comités Nationaux deviennent efficaces. Un travail sur le terrain peut, en effet, y être entrepris dans les villages et auprès des familles dont les coordonnées sont transmises.

Combien de femmes vivant en Belgique souffrent des conséquences de leur excision ou de leur infibulation ? Nul ne le sait avec exactitude, mais les travailleurs du GAMS se trouvent régulièrement confrontés à des candidats réfugiés politiques malades des terribles conséquences psychologiques et médicales de cette pratique. A Bruxelles, la Free-Clinic (Centre de planning familial à Matongé), le Centre Exil ou encore l'hôpital Saint-Pierre tentent de les soulager.

Par ailleurs, sur le plan médico-socio-culturel, un travail de recherche est effectué par l'ICRH (Centre de recherche de l'Université de Gand) dont l'objet est l'adoption par

l'ensemble des pays membres de la CEE d'une approche commune en matière de prévention des mutilations génitales féminines. Récemment, ce centre et le GAMS-Belgique se sont engagés à travailler ensemble sur différents dossiers.

Il est encore un projet qui tient particulièrement à coeur les membres de cette jeune ASBL. C'est le parrainage entrepris pour une association féminine située au sud-est du Sénégal. Il consiste à la soutenir dans son projet d'élevage de poules pondeuses dont les revenus permettront le financement d'un programme d'alphabétisation et de lutte contre l'excision.

A Bruxelles comme partout ailleurs, en tant que citoyens-

citoyennes du monde, notre mobilisation à toutes et à tous reste primordiale. ■

Isabelle de Ville

*GAMS Belgique
Rue de Lisbonne, 15
1060 Bruxelles
Tél. 02/534.85.45*

* L'excision: c'est l'ablation d'une partie plus ou moins importante du clitoris et des petites lèvres.

** L'infibulation: c'est une excision complétée par l'ablation des grandes lèvres dont les deux moignons sont suturés bord à bord. La vulve est remplacée par une cicatrice fibreuse, l'ouverture vaginale disparaît pour laisser la place à un minuscule orifice.

La Trace : un chemin possible

L'asbl La Trace est agréée et financée par la COCOF (Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale). Elle bénéficie d'un agrément comme centre pour toxicomanes et d'un subside pour son initiative en santé mentale.

L'histoire de la Trace est celle d'un pari, sans cesse renouvelé, fondé sur une volonté de rencontrer des usagers de drogues et des personnes «à problème» dans des projets collectifs et sportifs.

C'est aussi «un acte de confiance dans les ressources physiques et mentales de personnes plus «fragiles», à l'opposé des images qu'on s'en fait trop facilement d'épaves, de victimes ou de sous-produits d'un laisser-aller consommatoire familial et social.» (Léon Cassiers, Professeur émérite de la Faculté de Médecine de l'U.C.L. Président d'honneur de l'Asbl la Trace).

A ce jour, quelques 1500 personnes se sont ainsi donné de nouveaux repères de vie en suivant l'une ou l'autre des activités proposées par La Trace depuis sa création. Depuis 1991, La Trace a élargi son champ d'activités et a créé un service AMO (Association en Milieu Ouvert), qui s'adresse à des mineurs en difficulté scolaire, familiale ou autre. En 1996, ce service s'est constitué en asbl indépendante.

Le sport-aventure constitue notre outil d'intervention privilégié. Celui-ci s'impose en effet comme excellent revalidant social d'adultes manquant avant tout de confiance en eux, d'ancrage dans la société, de sens à donner à la vie ou en quête d'un possible dépassement de soi.

Les objectifs qui nous animent sont les suivants :

- permettre à toute personne que nous suivons, d'élargir le champ de ses expériences personnelles et de faire ensemble les premiers pas d'une rencontre avec lui-même;

- vivre avec lui, au travers d'une aventure sportive engageante, la rencontre de l'autre avec ses différences et la rencontre du groupe, avec ses règles, ses contraintes et ses limites;

- proposer un cadre structurant favorisant l'éveil et le développement d'attitudes de prise en charge individuelle qui puissent aboutir à une meilleure intégration sociale;

- partager avec lui le plaisir de mener à bien un projet aussi difficile qu'intrépide.

Ces objectifs s'organisent autour de trois axes d'intervention majeurs :

- organisation d'activités sportives hebdomadaires;

- mise sur pied de stages de sport-aventure (randonnée, escalade, alpinisme, etc.)

- accueil et suivi ouverts à tous les utilisateurs de La Trace.

Notre équipe est composée de 5 travailleurs sociaux (assistants sociaux, psychologue, kinésithérapeute) tous formés à la pratique de l'animation sportive. ■

Eddy Michaux

*asbl La Trace
Avenue du Roi, 70
1060 Bruxelles
Tél.: 02/538.49.22*

La santé pour tous au 21ème siècle

Deux ans, il ne reste que deux ans pour atteindre cet objectif lancé par l'OMS à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, à Alma-Ata, en 1978. Le défi paraît encore plus considérable aujourd'hui qu'il y a vingt ans. Et pourtant, l'OMS veut plus que jamais y croire. Dans son «Rapport sur la santé dans le monde, 1998», elle analyse la situation sanitaire existante et s'efforce de prédire, à partir des tendances actuelles, l'évolution probable au cours des 25 premières années du 21ème siècle.

Le bilan, en matière de santé, n'est pas le même, aujourd'hui, pour tout le monde. Les maladies infectieuses tout comme la mortalité infantile ont, certes, reculé. Davantage d'individus sont mieux nourris et ont accès à une eau propre, et l'on vit plus longtemps. Pourtant, pour des millions d'individus, l'existence reste dure et la survie précaire. A titre d'exemples, plus de 1,3 milliard de personnes vivent aujourd'hui dans la plus extrême pauvreté; en Afrique, une femme enceinte a 13 fois et demie plus de risques de mourir en couches qu'une Européenne; les efforts de lutte contre la malnutrition stagnent dans de nombreux pays.

Et néanmoins, les perspectives sanitaires du 21ème siècle apportent, selon l'OMS, la promesse d'une meilleure santé pour tous. C'est au travers de son rapport, que l'Organisation Mondiale de la Santé, argumente, cette affirmation. Prenant en considération toutes les phases de la vie humaine et exploitant les données recueillies au cours de ces 50 dernières années, «Le Rapport sur la santé dans le monde, 1998» étudie le bien-être des nourrissons et des enfants, des adolescents et de l'adulte, des personnes âgées et très âgées et, pour chaque tranche d'âge, indique les domaines dans lesquels des mesures doivent être prises en priorité.

En voici quelques exemples.



Photo: © Question santé

Jeunes enfants et nourrissons

- La réduction spectaculaire de la mortalité des moins de 5 ans obtenue au cours de ces dernières décennies devrait se poursuivre, voire s'accélérer. En 1997, il y a eu environ 10 millions de décès chez les moins de 5 ans, contre 21 millions en 1955.
- Le taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes, qui est passé de 148 en 1955 à 59 en 1995, devrait tomber à 29 en 2025.
- En 2025, il y aura encore un total annuel de 5 millions de décès chez les moins de 5 ans, dont 97% dans le monde en développement. La plupart seront dus à des maladies infectieuses, comme la pneumonie et la diarrhée, associées à la malnutrition. La plupart de ces décès sont évitables. Les vaccins existants devraient permettre d'en prévenir au moins 2 millions par an.
- Les jeunes enfants de demain seront exposés à une «nouvelle morbidité» liée aux changements économiques et sociaux ainsi qu'à l'urbanisation galopante. Cette morbidité comprend les effets des abandons, des sévices sexuels et de la violence, notamment chez les enfants des rues qui sont de plus en plus nombreux.

- L'un des principaux dangers auxquels les enfants seront confrontés au 21^{ème} siècle est l'épidémie du VIH/SIDA qui continuera à se propager. En 1997, 590.000 enfants de moins de 15 ans ont été infectés par le VIH. Cette maladie pourrait remettre en question certaines des percées majeures réalisées dans le domaine de la santé des enfants depuis une cinquantaine d'années.

- Il est probable que certaines maladies héréditaires chez les jeunes enfants feront l'objet d'une meilleure prévention et d'un traitement plus efficace.

Grands enfants et adolescents

- Il sera encore plus nécessaire qu'aujourd'hui de les éduquer et de les informer au sujet d'habitudes malsaines telles qu'une alimentation déséquilibrée, un exercice insuffisant, une activité sexuelle dangereuse et le tabagisme.

- Les recherches montrent que le stress, un cadre de vie misérable et un entourage négligent pendant la petite enfance favorisent un comportement violent et la délinquance à un stade ultérieur. Or, les enfants qui grandissent dans de telles conditions sont plus nombreux que jamais.

- Dans les années à venir, la transition entre l'enfance et l'âge adulte sera marquée, pour de nombreux adolescents, par des «rites de passage» potentiellement mortels comme la violence, la délinquance, la drogue, l'abus d'alcool et les comportements dangereux à bord de véhicules à moteur ainsi que sur le plan sexuel. Pour nombre d'enfants, notamment ceux qui grandissent dans des zones urbaines défavorisées, l'adolescence sera la phase «à risque» de leur existence.

- En 1995, 17 millions d'enfants sont nés de femmes âgées de 15 à 19 ans. Ce chiffre ne devrait s'abaisser que légèrement en 2025 (16 millions). La grossesse et l'accouchement au cours de l'adolescence exposent mère et enfant à des risques accrus. Chez la femme, une activité sexuelle précoce est un danger pour la santé.

Adultes

- Actuellement, la population active, c'est-à-dire les 20-64 ans, représente un peu plus de la moitié du total; en 2025, cette proportion atteindra 58%.

- La proportion des personnes âgées nécessitant un soutien de la part d'adultes en âge de travailler sera passée de 10,5% en 1955 à 12,3% en 1995 et à 17,2% en 2025.

- La santé des adultes en âge de travailler sera d'une importance vitale si cette population doit entretenir un nombre croissant de personnes à charges, aussi bien jeunes qu'âgées.

- Toutefois, plus de 15 millions d'adultes de 20 à 64 ans meurent chaque année. Or, la plupart de ces décès sont évitables.

- Deux à trois millions d'adultes meurent chaque année de la tuberculose, malgré l'existence d'une stratégie qui permettrait de guérir complètement tous les cas.

- Environ 1,8 million d'adultes sont morts du SIDA en 1997 et ce chiffre annuel devrait encore augmenter.

Personnes âgées

- D'ici à 2025, il y aura plus de 800 millions de personnes de plus de 65 ans dans le monde, dont les deux tiers dans des pays en développement.

Dans la seule Chine, il y aura 274 millions de personnes de plus de 60 ans - plus que la population totale actuelle des Etats-Unis d'Amérique. On s'attend à ce que, dans de nombreux pays en développement, notamment en Amérique latine et en Asie, l'effectif des personnes âgées augmente jusqu'à 300% au cours des 30 prochaines années.

- Au 21^{ème} siècle, l'un des principaux problèmes sera la détermination du meilleur moyen de prévenir et retarder les maladies et incapacités ainsi que de préserver la santé, l'autonomie et la mobilité des individus dans une population vieillissante.

- Même dans les pays riches, la plupart des personnes âgées et fragiles ne peuvent financer qu'une faible part du coût des soins de santé dont elles ont besoin. Au cours de ces prochaines décennies, rares sont les pays qui pourront dispenser des soins spécialisés à leur vaste population de personnes âgées.

- Le vieillissement de la population mondiale entraîne une évolution vers des sociétés composées en majeure partie de femmes. Or, si les femmes vivent en général plus longtemps que les hommes, le surcroît de vie qui leur est accordé ne comporte souvent aucun avantage réel dans la mesure où il ne s'agit pas d'années de vie supplémentaires sans incapacité. ■

Sources :

Rapport sur la santé dans le monde, 1998 - La vie au 21^{ème} siècle - Une perspective pour tous, résumé du Rapport sur la santé dans le monde, 1998, 51^{ème} Assemblée mondiale de la Santé, Point 10 de l'ordre du jour provisoire, 17 mars 1998

RÉSEAUX SOCIAUX ET TERRI

Le Ministre E. Tomas qui a dans ses compétences les matières de santé a chargé une équipe de chercheurs de l'Unité de sociologie de l'UCL de réaliser une étude comparative sur les pratiques de coopération en matière de santé dans deux zones géographiques de la Région de Bruxelles-Capitale - la zone Nord-Est de Bruxelles comprenant trois communes (Schaerbeek, Saint-Josse, Evere) et le quartier des Marolles - caractérisées par la présence d'une vingtaine d'associations.

En l'état actuel des réformes législatives concernant la politique de santé de la Commission Communautaire Française, tenant compte aussi des débats récents entre les différents professionnels de santé¹, il a paru utile de s'interroger, à partir des pratiques développées dans des espaces délimités, sur les orientations de l'action des différentes institutions et associations relevant de cette politique de santé.

L'hypothèse centrale de cette recherche peut être formulée de la manière suivante : en cherchant à comparer deux zones sur lesquelles se sont développées historiquement des pratiques variées d'interventions en matière médicale, de santé mentale, de toxicomanie,... il est possible que se soient développées des pratiques singulières qui combinent action sur un territoire et développement de réseaux sociaux; ces combinaisons sont révélatrices de transformations des rapports entre associations, entre associations et pouvoirs subsidants, entre associations et usagers. On serait en présence de jeux d'échelle - temporelle, spatiale, institutionnelle - révélateurs d'une politique sociale transversale orientée vers un traitement global des problèmes de santé.

Après avoir rendu compte des informations auxquelles on peut avoir accès dans les rapports d'activités remis à l'administration, après une présentation succincte des diverses associations localisées dans chacune des deux zones, le rapport de recherche passe en revue les pratiques quotidiennes de réseau en cherchant à en faire une première analyse. Celle-ci est suivie par la prise en compte des différentes échelles qui sont en jeu dans les collaborations. Enfin, on accorde au concept de réseau l'importance qu'il exige afin de mettre en perspective la relation entre réseau et territoire et énumérer ainsi les conditions à réunir pour la transformation - potentielle - des politiques sectorielles en politique transversale.

Les résultats réunis ne confirment pas l'hypothèse de la recherche :

- l'analyse des rapports d'activités indique qu'en règle générale, la lecture de ceux-ci ne permet pas de se faire une idée précise des relations d'échange entre associations localisées dans chacune des zones; bien plus, les informations concernant la patientèle comme celles relatives à différents projets sont lacunaires;

- le passage en revue des diverses expériences de partenariat ou de collaboration permet de situer les pratiques entre deux pôles : une pratique qualifiée de discrète et une autre plus affirmative, sinon proclamative. Il existe deux façons de faire - dominantes - en ce qui concerne les pratiques de réseau: travailler au cas par cas ou sur un projet; il est difficile de repérer un référentiel commun autour de la notion de santé;

- le repérage des différentes échelles - spatiale, institutionnelle, sociale, temporelle - indique que si le rapport au territoire est multiple, il varie peu au sein des secteurs; en règle générale, en santé mentale, l'ancrage est communal ; en maison médicale, il se limite au quartier ; en toxicomanie, il s'étend à plusieurs communes tandis que les initiatives, les soins à domicile, les soins palliatifs recensent des patients à l'échelon de la région de Bruxelles-capitale.

La manière dont sont présentés les divers partenariats n'encourage guère une «culture du réseau». L'idéal serait de concevoir le rapport d'activités comme un outil de liaison important dans un échange à la fois vertical (avec l'administration) et horizontal (entre associations de tous types). Il devrait favoriser la connaissance mutuelle de ce que chacun doit faire, fait, possède en savoir-faire et en ressources (dont la connaissance du territoire et du public), et ne peut faire seul. La description du partenariat devrait permettre à l'association de prendre conscience de sa position et d'informer les autres sur sa culture professionnelle, institutionnelle et sociale. La reconnaissance mutuelle, préalable à tout travail en partenariat, passe par la mise à plat des informations indiquant la position et la stratégie de chaque partenaire (se définir aux yeux des autres de façon authentique). Le diagnostic permet quant à lui d'identifier les potentialités de projets inhérentes au territoire d'intervention, et qui peuvent faire l'objet d'un travail de coopération.

TOIRES EN SANTÉ PUBLIQUE

Il nous semble que c'est en combinant cette double approche qu'on se donnera les moyens de mettre à plat, de manière délibérative, les moments pratiques d'une évaluation des coproductions ou des dispositifs qui placeraient la santé au centre de pratiques qui restent profondément sectorielles.

Si cette recherche nous a appris quelque chose, c'est bien sûr la dispersion et l'éclatement d'un travail qui s'auto-proclame de proximité mais c'est plus encore le constat de l'inexistence d'un référentiel commun autour des mots «santé publique». Il est donc nécessaire

d'œuvrer à la constitution de celui-ci en menant - sur un lieu délimitée dans un premier temps - un travail de confrontation sur la nature des informations à échanger et sur les limites et obstacles rencontrés dans la relation d'échange - inégal - entre professionnels et usagers. ■

¹ Voir : Une politique régionale de santé de première ligne, Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française, n°4, 1997.

B. FRANCO & J. PIERART
Unité de sociologie (UCL)

ANNONCES

6 octobre 1998 :

«Santé communautaire»

Colloque

Centre Culturel d'Auderghem - Boulevard du Souverain,
183 à 1160 Bruxelles

Pour infos : asbl Question Santé
Tél.: 02/512 41 74
Fax : 02/512 54 36

15-16-17 octobre 1998 :

**«Les urgences psychiatriques
dans une société en évolution»**

5^{ème} congrès Mondial de l'International Association
for Emergency Psychiatry
Palais des Congrès - Bruxelles

Pour infos : Professeur Michel De Clercq
Cliniques Universitaires St Luc
Tél.: 02/764.21.62
Fax: 02/764.89.21

11 décembre 1998 :

«Enfance et Santé Mentale»

Pour infos : Fondation Nationale Reine Fabiola
pour la Santé Mentale
Rue Ducale, 81 -1000 Bruxelles
Tél.: 02/502.29.93
Fax: 02/502.11.11

15 décembre 1998 :

**«Santé - Logement : L'Etat des Savoirs»
Centre Culturel d'Auderghem**

Pour infos : Dominique Vanhaelen
Asbl Solidarités Nouvelles Bruxelles
Tél.: 02/512.71.57 - 02/512.02.90

Les relations entre les politiques de logement et de santé sont souvent absentes des débats publics, professionnels et scientifiques.

Pourtant, le logement peut influencer positivement ou négativement la santé physique et mentale des individus. Ainsi l'état du logement, le statut d'occupation peuvent être à l'origine d'accidents domestiques, de maladies respiratoires, de problèmes d'allergie, de stress,...

C'est aussi dans l'espace du logement que se matérialise de la façon la plus directe et la plus visible l'exclusion sociale alors que l'habitat est pourtant une dimension capitale du «vivre ensemble» qui construit la cité.

Le colloque veut rendre compte de l'état des connaissances et des disciplines qui traitent des liens entre la santé et le logement.

21-25 mars 1999 :

**10^{ème} Conférence Internationale sur la Réduction
des Risques liés aux Drogues
Centre international de conférence de Genève (Suisse)**

Pour infos : Conference Secretariat, Harm Reduction
Conference, Hit Conferences, Cavern Court,
8 Mathew Street, Liverpool L2 6RE, UK
Tél.: +44(0)151 227 4423
Fax: +44(0)151 236 4829
Email adress: hrc@ihra.org.uk
On line form:www.ihra.org.uk/geneve/

Le Centre de documentation de Question Santé est à votre disposition pour toute recherche d'informations, d'adresses, de documents, d'outils pédagogiques. Les documents ci-dessous peuvent être consultés sur place.

Centre de Documentation
rue du Viaduc 72 - 1050 Bruxelles
Tél : (322) 512 41 74
Fax : (322) 512 54 36
Personne contact : Henri Amzel

Bibliographie de documents récents

20 ans CPAS : vers une actualisation du projet de société / Vranken J., Vanhercke B., Carton L.; CASUM - Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en Minderheden : Departement Sociologie en Sociaal Beleid, FTU - Fondation Travail-Université asbl, Observatoire Social Européen. - Leuven ; Amersfoort. - Bruxelles : COCOM - La Commission Communautaire Commune de Bruxelles-Capitale ; Acco, 1998. - 300 p. - biblio., note. - *étude*

L'âge : agir ou subir ? : 50 ans et plus : préservez votre qualité de vie! / De Cock L. (Dr). - Bruxelles : Vif éditions, 1998. - 119 p. - *livre*

La promotion de la santé. - Bruxelles : ONE - Office de la Naissance et de l'Enfance. - In : Generation ONE, n° 1, 1998-05. - 48 p. - biblio. - *dossier*

La santé de la population en Belgique, en Communauté française, en Région Wallonne et en Région Bruxelles Capitale : enquête de santé, Belgique, 1997 : résumé des résultats / Demarest S., Leurquin P., Tafforeau J., Tellier V., Van der Heyden J., Van Oyen H. - Bruxelles : CROSP - Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique ; Institut Scientifique de la Santé Publique - Louis Pasteur : Service d'Epidémiologie, 1998. - 147 p. - lex. - *enquête*

Les services de santé mentale à Bruxelles = De diensten voor geestelijke gezondheidszorg in Brussel. - Bruxelles : CDCS - Centre de Documentation et de Coordination Sociales asbl - CMDC - Centrum voor Maatschappelijke Documentatie en Coördinatie vzw. - In : Digest, n° 0, 1998-05. - 15 p. - adres. - *dossier*

Mini-Bru : aperçu statistique de la Région de Bruxelles-Capitale / Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale : Service des Etudes et de la Statistique régionale : Service Information. - Bruxelles : IRIS, 1998. - 24 p. - adres.; existe aussi en néerlandais et en anglais. - *brochure*

Médiphone: Brabant Wallon, Bruxelles, Hainaut, Liège, Luxembourg, Namur: édition 1998. - Bruxelles: SSMG - Société Scientifique de Médecine Générale, 1998. - 102 p. - adres. - *répertoire*

Une formation : l'atout pour votre avenir. - Bruxelles : COCOF - Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale, 1998. - 34 p. - adres. - *brochure*

VIH et trithérapies : enjeux pour la pratique préventive des généralistes / de Roubaix J. (Dr), Dewit S. (Dr). - Bruxelles : Infor Sida, 1998. - 27 p. - *brochure*

Secrétariat de rédaction :
Françoise Kinna

Comité de rédaction :
Dr Robert Bontemps
Alain Cherbonnier
Thierry Doyen
Thierry Lahaye
Dr Roger Lonfils
Solveig Pahud
Dr Aldo Perissino
Luciane Tourtier
Dr Patrick Trefois

Graphisme :
Carine Simon

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



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



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

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

DANS NOTRE PROCHAIN NUMÉRO : participation et santé