

Bruxelles

Santé

Périodique trimestriel, paraît
en mars, juin, septembre, décembre

N° **83** juil. - août - sept. 2016
ISSN 1371 - 2519

Inégalités sociales de santé : les enfants bruxellois méritent une politique intégrée

Périodique trimestriel, paraît
en mars, juin, septembre, décembre

En direct de ...

... Saint-Gilles

Politique de santé

Gouvernement thématique santé

Echo du CBPS

Avec elles

sommaire

En direct de...

... Saint-Gilles

3

Depuis 2010, les « Contrats de Quartier Durables » essaient à Bruxelles. La nouvelle composante environnementale de ces contrats de quartier est illustrée au travers de deux projets saint-gillois : La Pousse qui Pousse et Aquaponiris, respectivement un projet de jardin et un projet d'agriculture durables.

Dossier

Inégalités sociales de santé : les enfants bruxellois méritent une politique intégrée

8

Bruxelles est particulièrement confrontée au problème des inégalités sociales de santé touchant les enfants. En cause : une population paupérisée, précarisée, avec de nombreux migrants ou des familles monoparentales fragilisées. Pour renverser la situation, les initiatives de terrain ne manquent pas. Mais suffiront-elles ?

Politique de santé

Gouvernement thématique santé

16

En avril dernier, le Gouvernement francophone bruxellois a présenté les résultats du Gouvernement thématique consacré à la santé et à la politique de la santé des quatre années à venir.

Echo du CBPS

Avec elles

17

Focus sur le projet « Avec elles » de Médecins du Monde, qui vise l'amélioration de l'accessibilité des soins de santé pour les mères et les femmes enceintes issues de milieux défavorisés.

Débats

18

Nos élus nous parlent des différents traités de libre-échange ; de l'entrée de la réduction des risques dans le décret ambulatoire ; du moratoire sur les lits en maisons de repos et en maisons de repos et de soins ; ainsi que de la place de la promotion de la santé dans la lutte contre le radicalisme.

Photo de couverture © ASBL "Les Amis d'Aladdin"

Rédaction :

Anoutcha Lualaba Lekede
Marie-Hélène Salah
Pascale Gruber

Conseil de rédaction :

Dr Robert Bontemps
Dr Murielle Deguerry
Thierry Lahaye
Solveig Pahud
Dr Patrick Trefois

Graphisme :

Carine Simon

Editeur responsable

B. Taeymans,
72 rue du Viaduc - 1050 Bruxelles

Avec le soutien de



Une réalisation de l'asbl Question Santé

Tél.: 02/512 41 74 Fax: 02/512 54 36

E-Mail : info@questionsante.org

<http://www.questionsante.org>



... Saint-Gilles

Une dimension environnementale dans les contrats de quartier

Lancés voilà une petite vingtaine d'années, les contrats de quartier – un dispositif majeur de la politique de revitalisation des quartiers en difficulté de la Région bruxelloise – ont maintes fois été présentés dans les pages de Bruxelles Santé. Mais des « Contrats de Quartier Durables » ? Il s'agit tout simplement de la nouvelle appellation des contrats de quartier depuis 2010. En effet, depuis cette date, chaque contrat de quartier doit intégrer une dimension environnementale dans chacun de ses projets. Bruxelles Santé a choisi de se pencher sur deux projets spécifiques menés dans le périmètre du contrat de quartier durable Bosnie à Saint-Gilles.

La Pousse qui Pousse

Un merveilleux écrin vert au cœur de Saint-Gilles

Les mots peuvent-ils rendre compte de ce que les yeux voient quand on passe les grilles de *La Pousse qui Pousse* à Saint-Gilles ? Véritable oasis végétale dans un quartier à forte densité d'occupation du sol, la pépinière est tout simplement un ravissement, un petit coin d'Eden dans cette partie de Bruxelles. Créé, lui, par la main de l'homme, ce petit coin de paradis s'inscrit dans le cadre du projet « Potagers de balcons » initié par l'association *Le début des haricots* et est lié au contrat de quartier « Bosnie ».

L'idée qui guide « Potagers de balcons » est d'apporter une amélioration du cadre de vie en peuplant de végétaux les espaces disponibles comme les balcons, les terrasses ou les toitures. Un projet particulièrement indiqué pour ce quartier de Saint-Gilles qui, outre sa population importante, dispose d'intérieurs d'îlots peu mis en valeur et peu vert. Notamment, ceux des logements sociaux situés par

exemple au square Gérard Van Caulaert. Dans cette partie de la commune, on compte également un nombre important de balcons et de toits plats. Leur verdure ou végétalisation devrait certainement améliorer le cadre de vie des habitants. Les initiateurs des « Potagers de balcons » avaient d'abord pensé utiliser le toit du CPAS pour lancer le projet. Il faut en effet disposer d'un endroit pour pou-

voir produire tout ce qui servira à verdir les balcons et les toits. Mais la gestion du projet, les rapports avec l'organisme public, etc., font que le projet peine à démarrer. Une difficulté qui sera contournée avec l'arrivée providentielle du contrat de quartier « Bosnie ». L'événement n'est pas anodin puisque, depuis 2010, les contrats de quartier ont intégré une dimension environnementale et ont été rebaptisés



Photo © Question Santé/Anoutcha Lualaba Lekede. Plantées en plein milieu du jardin, les deux serres de la Pousse qui Pousse sont chauffées grâce à des champignons Shiitake.

« Contrats de Quartier Durables ». Par dimension environnementale, il faut, entre autres, comprendre la création d'espaces verts. C'est ainsi que le projet de la pépinière va s'intégrer dans le nouveau contrat de quartier saint-gillois.

L'espace qui accueille la pépinière *La Pousse qui Pousse* est l'intérieur d'un îlot d'immeubles de logements sociaux situés au n°4 du square cité plus haut. Autrefois, le terrain était une plaine de jeux pour les enfants. N'étant pas sécurisé, il avait fini par être fermé. Il l'est resté pendant huit ans et était devenu, durant ce laps de temps, une véritable déchetterie où certains n'avaient que peu de scrupules à jeter là leurs poubelles. C'était le seul espace à Saint-Gilles où créer un projet tel que celui de la pépinière, un espace dévolu à la production de plantes. « Parce que

si on veut mettre du vert, il faut des plantes. Et si on doit acheter des plantes tout le temps, cela n'a plus de sens », souligne Filippo Dattola, le coordinateur du projet. « De toutes les façons, poursuit-il, nous n'avions pas les moyens de procéder ainsi. La meilleure solution était de créer des plantes sur place. Le terrain appartient au *Foyer du Sud*, le Foyer saint-gillois, qui gère l'ensemble des logements sociaux. Nous avons signé une convention d'occupation pour toute la durée du contrat de quartier (4 ans), c'est-à-dire jusqu'à la fin de cette année. » La première année, en l'occurrence 2013, aura permis de régler toutes les questions administratives (convention d'occupation, demande de permis d'urbanisme, etc.) et le nettoyage de l'espace. En 2014, avec l'arrivée de deux serres de 45 m² chacune, la pépinière a démarré sa production.

Un projet d'agriculture urbaine et durable

La Pousse qui Pousse est un espace de 1000 m² dont 350 m² sont utilisés pour la production de plantes. L'idée est que les gens viennent les acheter en pots et continuent de les faire pousser chez eux, sur leur terrasse, leur balcon ou leur toit. Au-delà de l'amélioration du cadre de vie, ce sont tous les autres aspects de l'agriculture en ville que l'on retrouve ici : voir comment poussent ces plantes, rendre son autonomie au consommateur, privilégier le circuit court grâce à la relocalisation de la production, etc. Les plantes produites sont essentiellement destinées à la consommation. La liste des plantes aromatiques et médicinales produites sur place est par ailleurs impressionnante.

Avec les plantes médicinales (bardane, pavot de Californie, valériane...), on peut, par exemple, faire des infusions, des décoctions ou des pommades à usage dermatologique. « La plupart des plantes, 95% d'entre elles, sont comestibles et médicinales, explique Filippo Dattola. Nous ne faisons pas de plantes d'ornements, des plantes pour faire joli. Les fleurs que nous produisons sont également comestibles. Nous utilisons surtout des fleurs qui attirent des insectes, c'est important pour la biodiversité. Par contre, nous ne produisons pas de fleurs comme les géraniums, que les insectes ne peuvent polliniser. Ces fleurs-là sont dangereuses pour la biodiversité. » Une spécificité de la pépinière est qu'elle ne fait pas d'achat-vente comme de nombreuses pépinières. Comme le souligne Filippo Dattola, « Nous n'achetons pas de plantes pour les revendre. Toutes les plantes que nous vendons sont produites ici. »

Autre point important : toutes les plantes peuvent être reproduites à partir des graines que les gens auront eux-mêmes récoltées. A *La Pousse qui Pousse*, on parle de plantes de très haute qualité, d'une production biologique bien que l'on évite d'utiliser ce mot dans la communication. En effet, le terme « biologique » est encore souvent mal compris par de nombreuses personnes qui l'assimilent à des prix élevés. Filippo Dattola : « Ils ne comprennent pas que c'est plutôt la différence de la qualité que nous visons. »

A Saint-Gilles, la volonté est d'être accessible à tous : les habitants par exemple payent moins cher les pousses. Les autres clients, qu'ils viennent d'autres communes bruxelloises, voire au-delà (autres régions et en-dehors des frontières belges), payent un tout petit peu plus. Comment expliquer que les gens viennent souvent aussi de loin ? Outre les médias, le bouche-à-oreille à cet égard semble vraiment efficace. Il suffit de voir le nombre de personnes qui font le déplacement le samedi par exemple. « C'est comme la file à la poste, sourit Filippo Dattola. C'est impressionnant. C'est difficile de gérer autant

de personnes sur cet espace. En général, les gens sont émerveillés de trouver une oasis de paix ici à Saint-Gilles où il y a du silence, beaucoup de plantes : c'est joli, disent-ils. Nous essayons d'en faire un endroit agréable, qui devienne aussi un petit parc pour la commune. » Quels sont les objectifs de production ? Généralement, les ventes tournent autour de 10.000 à 12.000 plantes. Cette année, la pépinière espère en vendre 15.000 et pouvoir atteindre un chiffre d'affaires de 35.000 euros. Mais pour cela, il faut, bien sûr, que les gens achètent. L'objectif : pérenniser le projet après le contrat de quartier et engager deux mi-temps qui géreront le projet.

La force de l'économie circulaire

Nous avons précédemment évoqué les deux serres de la pépinière. Ces dernières sont chauffées grâce à des champignons Shiitake, des champignons japonais comestibles. Ceux-ci sont produits par *Le Champignon de Bruxelles*, un autre projet d'agriculture urbaine, qui s'est développé à la rue des Tanneurs, en plein Bruxelles. Ce partenariat est en tout cas un bel exemple d'économie circulaire au sein de la capitale. Impossible également de passer sous silence cet autre partenariat que *La Pousse qui Pousse* a noué avec *Little Food*, une entreprise qui fait de l'élevage... de grillons dans les caves du Village Partenaire voisin. L'entreprise lui fournit les déjections de grillons qui, mélangées au terreau, servent d'engrais organique aux plantes de la pépinière. Filippo Dattola : « C'est de l'engrais tout à fait naturel. C'est un échange intéressant entre eux et nous. On peut dire que les déchets des autres deviennent des matières premières pour nous. » Du point de vue « durable », il faut encore noter : l'eau de pluie récupérée et utilisée dans les serres, les espaces réservés au compost et la toilette sèche, installée dans un but éducatif. *And last but not least*, les dix-sept arbres fruitiers de la pépinière. Il s'agit essentiellement



Photo© Question Santé/Anoutcha Lualaba Lekede
Une toilette sèche installée dans un but pédagogique

de variétés locales de pommiers et poiriers, dont certaines remontent au XVIII^{ème} siècle. Plantés l'année dernière, certains arbres ont déjà donné des fruits. Du côté de la pépinière, on souligne qu'il y en aura plus cette année. La récolte sera partagée avec les habitants du quartier, qui seront invités à l'occasion d'une journée porte ouverte. Ceci montre une fois de plus la place qu'accorde le projet *La Pousse qui Pousse* aux habitants, l'importance donnée au lien social dans le quartier. Enthousiasmant, on ne peut que souhaiter au projet de perdurer et d'essaimer partout.

Propos recueillis par
Anoutcha LUALABA LEKEDE

Aquaponiris

Le Village Partenaire s'attelle à développer et à soutenir la création d'entreprises dans le bas de Saint-Gilles en associant innovation et développement durable. Outre son rôle de guichet d'entreprises, il propose également des formations et de la réorientation professionnelle et participe au contrat de quartier Bosnie en soutenant et en accompagnant différents projets. Aquaponiris, projet d'agriculture urbaine durable, a été lancé il y a déjà quatre ans.

Développer des projets d'agriculture ou d'élevage en ville est souvent difficile. Les terrains disponibles sont exigus, peu ensoleillés, les sols de mauvaise qualité, très minéralisés. Mais il existe des alternatives à la culture traditionnelle, plus adaptées au milieu urbain, par exemple, l'aquaponie.

L'aquaponie est une très ancienne méthode de culture consistant à faire pousser des plantes à la surface de l'eau tout en élevant des poissons. Ce procédé, pratiqué depuis des siècles au Mexique, en Chine ou au Cambodge par exemple, permet de développer une activité agricole dans des lieux peu propices, comme les plaines marécageuses ou le bord des lacs. Aujourd'hui, en milieu urbain, l'aquaponie connaît un regain d'intérêt car elle permet une production alimentaire dans un environnement très minéralisé, parfois pollué et sur peu d'espace.

Formation et pédagogie

Le Village Partenaire à Saint-Gilles propose un projet durable d'aquaponie, Aquaponiris. Pierre Léger, éco-conseiller et référent du projet, nous a présenté cette technique encore peu connue : « L'agriculture urbaine a connu un véritable boum à Bruxelles ces dernières années. C'est dans ce contexte que le projet Aquaponiris a été lancé il y a quatre ans. Ce projet comporte plusieurs volets : l'accompagnement du public en réorientation professionnelle,

la formation et le volet pédagogique avec l'unité d'aquaponie et la serre. Nos formations sont suivies par un public très diversifié : personnes en réorientation professionnelle, architectes, paysagistes, particuliers... Nous avons déjà formé une douzaine de producteurs mais tous n'ont pas une vocation commerciale. La formation en aquaponie ne débouche pas forcément sur la production alimentaire, par exemple l'une des personnes l'ayant suivie a créé une entreprise de construction de modules d'aquaponie. Le plus gros projet d'aquaponie sera installé en 2017 sur le toit des abattoirs d'Anderlecht. Là, on parle de quatre cent mètres carrés de culture en aquaponie ! Nous accompagnons également d'autres projets d'agriculture urbaine comme Little Food, Le champignon de Bruxelles, Taste of Brussels... »

Juste une place de parking...

La serre d'aquaponie installée dans la cour intérieure du Village partenaire a une double vocation pédagogique : « D'un côté, elle permet de présenter le fonctionnement d'un mini-écosystème et le rôle de ses différents acteurs : végétaux, animaux, bactéries, pollinisateurs... De l'autre, ses dimensions correspondent à celle d'une place de parking. Nous voulions démontrer qu'on peut créer une unité de production efficiente sur une très petite surface, le genre de superficie disponible en ville. L'apport d'eau est assuré par la récupération de l'eau de pluie, la

pompe consomme très peu et la circulation de l'eau dans les bacs se fait mécaniquement par auto-siphon. Mais tout le monde peut se lancer dans l'aquaponie même sans avoir 12 m² à y dédier. On peut faire de l'aquaponie dans sa cuisine avec un aquarium, un poisson rouge et un plant de basilic ! »

Aquaculture + hydroponie = aquaponie

L'aquaponie est un terme composé des mots aquaculture, l'élevage des poissons et hydroponie, la culture des plantes hors-sol. Elle se fonde sur trois éléments essentiels : les plantes, les poissons et les bactéries. En pratique, l'eau comprenant les déchets organiques des poissons (déjections) est amenée aux plantes. Des bactéries transforment ces déchets en engrais naturel utilisé ensuite par les plantes. En assimilant cet engrais naturel, les plantes filtrent et purifient l'eau qui est alors renvoyée vers les poissons. Il s'agit d'un cycle de transformation de l'ammoniaque – les déjections de poissons – en nitrites puis en nitrates assimilable par les plantes. Ce sont donc les poissons qui fournissent l'engrais dont les plantes ont besoin et les plantes qui nettoient l'eau indispensable aux poissons. Cette technique de culture permet d'élever des poissons et de cultiver des plantes en symbiose et en circuit fermé. Il est juste nécessaire de rajouter de l'eau de temps en temps pour compenser l'évaporation et l'évapotranspiration des plantes, de nourrir les poissons, de



Photo© Question Santé/Marie-Hélène Salah. Culture d'aromatiques en aquaponie.

contrôler la qualité et le pH de l'eau comme pour tout aquarium et bien entendu, de maintenir un équilibre entre le nombre de plantes et de poissons.

Des plantes et des poissons

Cette méthode de culture ne convient pas à toutes les plantes ni à tous les poissons. Elle permet toutefois d'obtenir des volumes de production étonnants : « On peut cultiver toutes sortes de plantes en aquaponie. Mais cette technique convient particulièrement aux légumes feuilles : tomates, salades, aromatiques... En effet, on privilégie un substrat de type billes d'argile plutôt que de la terre afin d'éviter

que celle-ci ne soit emportée par la circulation de l'eau et ne salisse l'aquarium. Donc, cette technique n'est pas adaptée aux légumes racines. C'est la taille des bacs de culture qui conditionne le nombre de poissons. De nombreux poissons d'eau douce se prêtent à l'élevage en aquaponie : tilapias, truites, perches... Les carpes s'y adaptent très bien car elles supportent des températures allant de 2° à 35° celsius. Nous gardons une dizaine de poissons, en l'occurrence des carpes, dans l'aquarium pendant l'hiver. Comme les plantes, le métabolisme des poissons ralentit pendant la saison froide, ils ne mangent presque plus. Au printemps, en mars, nous remettons des alevins. Dans un aquarium d'un mètre sur un mètre cinquante, on peut élever jusqu'à quarante carpes. Si on les

mange lorsqu'elles atteignent trois cents grammes, c'est-à-dire au bout d'environ sept mois, on arrive à une production de douze kilos de poissons par an. C'est aussi un bon moyen de redécouvrir des poissons d'eau douce que nous avons perdu l'habitude de manger dans nos régions. Dans les pays de l'Est, par exemple, la carpe est un poisson toujours très consommé. Fumée, elle est particulièrement délicieuse, elle ressemble au saumon ! »

Une technique facile d'accès

Avec un peu d'espace, un matériel équivalent à celui d'un grand aquarium, de la lumière et une température au-dessus de zéro, l'aquaponie est une technique de culture qui s'adapte bien à l'environnement urbain. Elle permet de pratiquer une agriculture intensive respectueuse de l'environnement et de la santé : sans intrant, sans pesticide, privilégiant les poissons comme source de protéines maigres à faible coût, minimisant les impacts généralement négatifs de ce genre de production (consommation d'eau, d'énergie, rejets polluants...). Elle favorise aussi la distribution des produits en circuit court directement vers le consommateur urbain.

Propos recueillis par Marie-Hélène Salah

Aquaponiris

Site Internet : <http://aquaponiris.be>

Le Village Partenaire met à disposition des entrepreneurs des bureaux et toute une série de services qui facilitent la vie de l'entreprise. La mission du Village Partenaire est de procurer les meilleures conditions possibles de viabilité aux projets portés par des entrepreneurs ou des P.M.E. en phase de lancement. On y trouve aussi un guichet d'économie locale (GEL), service de coaching destiné à la création d'entreprise. L'équipe du Village Partenaire a développé une expérience utile dans l'élaboration de projets entrepreneuriaux durables.

Village Partenaire

Site Internet : <http://www.villagepartenaire.be>



Aujourd'hui encore, dans les pays développés comme ailleurs, les inégalités sociales de santé chez l'enfant font des victimes. Elles nuisent au développement et aux apprentissages des enfants, écrasant ainsi leurs rêves et leur futur.

Les chiffres, dont ceux de l'Observatoire du Social et de la Santé, montrent que Bruxelles abrite un enfant sur trois vivant dans une famille pauvre ou précarisée. Dans la capitale belge, les écarts de santé sont une réalité. Selon les experts, renverser cette situation, complexe, passe par une série de mesures globales préventives et curatives. De fait, les professionnels de terrain, comme l'ONE ou comme de multiples ASBL ou organismes, tels Les Amis d'Aladdin, se mobilisent. Mais est-ce suffisant ?

La prise de conscience des politiques permettra-t-elle de dépasser les freins institutionnels propres à Bruxelles ? La capitale est-elle condamnée à voir les inégalités sociales de santé augmenter au sein de sa population infantile ? A ce stade, une seule certitude : il est temps pour une politique intégrée.

Inégalités sociales de santé : les enfants bruxellois méritent une politique intégrée

De tous les enfants de Belgique, les jeunes bruxellois sont les plus nombreux à grandir dans la pauvreté et la précarité. Et donc sous la menace des risques générés par les inégalités sociales de santé. Spécialistes et acteurs de terrain tirent la sonnette d'alarme.

Pendant un bon moment, on a cru que c'était gagné. Que les inégalités sociales de santé chez les enfants n'étaient pas vraiment, ou plus, une priorité. On se trompait. Dans la capitale, parce qu'ils appartiennent à des milieux pauvres ou précaires – 22,7% des moins de 18 ans grandissent dans un ménage sans revenu du travail¹ – on considère qu'un tiers des jeunes continuent à naître moins égaux que les autres, avec le risque de devoir subir des maladies ou de connaître des freins au développement qui conditionnent et conditionneront leur vie, comme leur mort (lire l'encadré en p. 11). Guère plus réjouissant : pauvres ou moins pauvres, tous les enfants ne bénéficient pas de chances de santé égales. En effet, en matière d'inégalités sociales de santé, un gradient social (une forte correspondance entre la position sociale des individus et leur état de santé) contribue à creuser et à marquer les différences...

En fait, comme l'a résumé l'anthropologue Didier Fassin, "les inégalités sociales de santé sont le résultat des inégalités produites par les sociétés et qui s'expriment dans les corps." Depuis plusieurs décennies, dans tous les pays, ces inégalités sociales de santé ont tendance à s'aggraver. Bruxelles n'échappe pas à la règle. Alors, ici comme ailleurs, des plans se généralisent pour s'attaquer au fléau. Dans ces programmes d'action, des mesures destinées à diminuer les inégalités sociales de santé sont clairement énumérées. Pourtant, le combat est rude face à un

problème forcément complexe, puisqu'il est conditionné ou façonné par un ensemble de déterminants relevant de conditions sociales, économiques et environnementales... Les décisions politiques et les multiples actions de terrain permettront-elles de renverser les tendances ? Déploie-t-on vraiment des stratégies suffisantes ou efficaces et, surtout, dispose-t-on des clés qui permettront de réduire des inégalités de santé généralement évitables ?

Une longue histoire, pour de longues injustices

Rien de nouveau sous le soleil (?) bruxellois. "En son temps, le démographe Adolphe Quetelet (1796-1874) avait montré que l'espérance de vie était plus courte dans les grandes villes, et en particulier à Bruxelles, ville la plus industrialisée, rappelle le Pr Perrine Humblet, sociologue (Ecole de Santé Publique, ULB). Depuis bien longtemps, on sait donc que les populations vivant dans de mauvaises conditions sont, aussi, en plus mauvaise santé."

Longtemps, la mortalité a été pratiquement le seul point de repère et l'indicateur principal des inégalités sociales de santé mesurées pour les enfants. Dès lors, "l'importante amélioration réalisée en matière de mortalité infantile au cours du 20^e siècle, tout comme l'amélioration de

l'état de santé de la population générale, ont masqué le fait que les progrès accomplis ne profitaient pas à tous de manière équitable, y compris aux plus jeunes. En ce qui les concerne, actuellement, les données récoltées à propos de la santé du jeune enfant restent encore insuffisantes ou lacunaires. Cette première étape, consistant à établir les faits, à montrer les écarts, à identifier la présence d'inégalités de santé et leurs manifestations, est pourtant nécessaire pour conscientiser le secteur politique, afin qu'il s'empare de cette question", explique le Pr Humblet (lire sur ce point l'interview du Dr David Hercot, en p. 12).

La faute aux mères ? Aux pauvres ?

Sur un plan idéologique, les inégalités de santé font également – et depuis toujours – l'objet de débats ou de polémiques qui influent sur les politiques. "Jusqu'à la première partie du 20^e siècle, on a attribué à la mère la responsabilité des conséquences nées des inégalités sociales de santé, rappelle le Pr Humblet. On estimait que le manque de connaissances de la femme, comme son absence de bonnes pratiques, nécessitaient une éducation, relayée par exemple lors des consultations de nourrissons, au cours desquelles on surveillait les enfants... et leurs mères." Les diverses théories qui attribuent les problèmes de santé et de pauvreté à des facteurs individuels

ou qui préconisent de «responsabiliser les pauvres » sont-elles obsolètes ?

Selon le Pr Myriam De Spiegelaere (Ecole de Santé Publique, ULB), "nous vivons encore sous l'influence d'une vision selon laquelle ce serait la faute des pauvres, ou bien la faute de ceux qui ne 'cherchent pas de travail'. La conception libérale du 'chacun selon ses mérites' s'accroît, et une série de mesures stigmatisantes, comme les politiques d'activation des chômeurs, y contribuent. Dans un tel contexte, même la communication à destination du grand public ou des politiques concernant l'impact catastrophique de la pauvreté sur la santé des enfants et les effets générationnels des inégalités sociales de santé devient délicate. En effet, il s'agit de jongler avec le danger de blâmer plus encore les parents..."

L'universel, mais encore...

Il a fallu des décennies, aussi, pour admettre que la lutte contre les inégalités sociales de santé chez l'enfant était loin de pouvoir être réglée par quelques grandes et belles mesures. "Après la seconde guerre mondiale, la création d'un système de sécurité sociale avait été vécue comme un aboutissement : une médecine accessible et gratuite était censée rencontrer tous les objectifs visant à supprimer les inégalités de santé", raconte le Pr Humblet. On a donc vécu sur cette conviction, tout en menant des actions massives orientées vers la mortalité infantile et/ou la vaccination – démontrant d'ailleurs ainsi l'efficacité réelle d'interventions guidées par les pouvoirs publics.

Le réveil, brutal, et la fin des illusions sont venus de Grande-Bretagne. Une série d'études menées dès la fin des années 1970, culminant avec le rapport de Sir Black, y ont montré que l'accessibilité aux soins et une politique "universaliste" ne suffisaient pas. Le débat du choix entre des politiques universelles (s'adressant à tous, quels que soient les besoins et les ressources) et des politiques sociales ci-

blées (où les Etats considèrent n'avoir de responsabilités que vis-à-vis des individus défaillants) est toujours d'actualité. Actuellement, on semble souvent s'orienter vers des "politiques universelles progressives" ou de "taille". Elles impliquent des ressources supplémentaires à destination de certains publics cibles (lire l'article sur Les Amis d'Aladdin, en p. 15) ou de certaines zones. De fait, dans la capitale, certaines d'entre elles cumulent les difficultés et les acteurs de terrain multiplient les alertes les concernant...

Depuis le rapport Black, assure le Pr Myriam De Spiegelaere, "de grandes avancées ont été réalisées dans la compréhension des inégalités sociales de santé. Mais, paradoxalement, ces progrès au niveau de la connaissance n'ont pas forcément permis des avancées au niveau des interventions. L'analyse des causes ne fait pas l'objet de consensus, et quant aux solutions qui fonctionnent, elles ne sont pas aisées à déterminer. En fait, au niveau politique, il ne suffit pas de dire 'Faisons cela' pour combler les écarts."

Dans les débats loin d'être tranchés figure, aussi, celui des mesures politiques à prendre pour agir au niveau des structures de la société qui provoquent la naissance d'inégalités... "L'objectif visant à éviter que l'enfant tombe dans la pauvreté ne devrait jamais être perdu de vue, souligne le Pr De Spiegelaere. Beaucoup d'actions existent contre les inégalités de santé, mais on en compte nettement moins, sinon très peu, en amont. En fait, les responsabilités tombent sur les services de santé et les services sociaux à qui on demande de réparer, ce qu'ils font autant qu'ils le peuvent." Pourtant, rappelle le Pr Humblet, "si subir les inégalités de santé, c'est être davantage malade que les autres parce que l'on appartient à certains groupes sociaux, il faut agir avant la maladie." Mais cette conception – qui oblige à sortir du secteur des soins – est loin d'être assez considérée, estiment les experts.

De même, les indispensables évaluations des politiques et des initiatives envisagées

ou mises en place restent encore à développer. "Nous avons ouvert les yeux sur le fait que des actions de promotion de la santé étaient menées pour lutter contre les inégalités sociales de santé, alors qu'en réalité elles bénéficiaient davantage aux privilégiés, constate le Pr Humblet. Nous avons compris que les actions publiques devaient être entreprises en fonction de l'évaluation de leur(s) impact(s) : à défaut, sans processus ciblant ceux qui en ont le plus besoin, les inégalités risquent d'augmenter." Mais de là à généraliser l'évaluation des actions menées ou prévues...

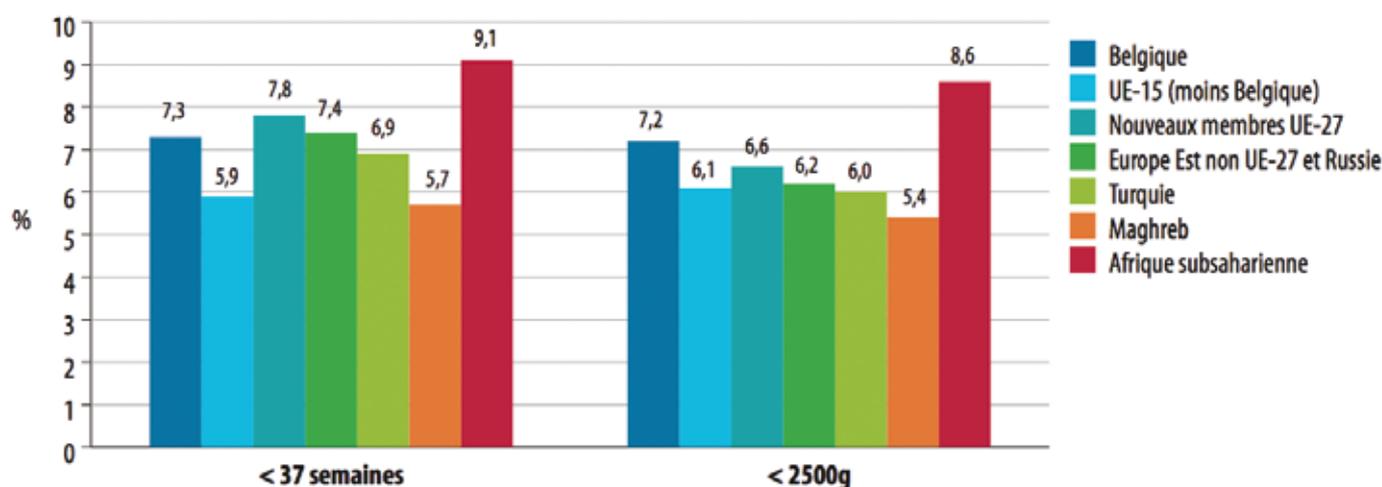
Des enfants et un agenda

Pour considérer qu'un enfant est en bonne santé, il faut envisager son développement moteur, émotionnel, comportemental, langagier, cognitif, etc. "Aucun déficit ne peut être admis, car tout manque peut en entraîner d'autres. Par exemple, si un problème auditif n'est pas dépisté à temps, il peut générer un problème de langage, puis d'apprentissage", souligne le Pr Humblet. A cet égard, la naissance et la petite enfance sont identifiées comme autant de moments-clés, vers lesquels il importe de se mobiliser (lire l'article sur l'ONE en p. 13). Ainsi, pour les jeunes enfants, les initiatives d'inclusion dans des milieux d'accueil sont des outils importants dans la lutte contre la pauvreté. Mais en raison de budgets insuffisants, malgré des avancées, l'offre à Bruxelles reste encore lacunaire et les priorités de l'accueil trop axées sur les mères qui travaillent.

Comme le souffle joliment le Pr Humblet, "il faut replacer les enfants bruxellois dans l'agenda politique"². Seulement voilà, s'en donne-t-on les moyens et, d'ailleurs, les possède-t-on ? Bruxelles accueille sensiblement davantage d'enfants défavorisés que les autres Régions. Or, soulignent les spécialistes rencontrés, la reconnaissance politique (et financière) est très loin d'une reconnaissance de cette situation. Selon eux, la 6^e réforme de l'Etat, qui conduit le Gouvernement bruxellois à financer une série de compétences relatives à la santé

Figure 3-47

Prématurité (< 37 semaines) et petit poids de naissance (< 2 500 g) selon la nationalité de la mère, Bruxelles, 1998-2006



Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Figure extraite du rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté, 2015, par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

à travers les trois commissions communautaires compétentes, pénalise la capitale dans sa lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales de santé. En pratique, le contexte institutionnel complique sensiblement les choses et fait peser un risque de déperdition de moyens et d'énergie. La dispersion des compétences relatives à la petite enfance entre différents niveaux de pouvoir pourrait entraîner, aussi, une dilution des responsabilités.

Les ressources francophones et flamandes devraient-elles être regroupées ? Fau-

dra-t-il davantage s'atteler à faciliter les collaborations entre les acteurs financés par les différentes Communautés ? Devrait-on, comme le plaide, parmi d'autres, le Pr Myriam De Spiegelaere, "aller en sens inverse et discuter d'une refédéralisation de certaines compétences au niveau politique, car le transfert de compétences implique un risque d'accroissement des inégalités au niveau bruxellois" ?

En attendant, malgré les volontés politiques de développer la cohérence et la collaboration dans le secteur de la santé,

sans doute faudra-t-il encore du temps pour lever les blocages institutionnels et harmoniser les fonctionnements. Créer des espaces de concertation en vue d'élaborer un plan de lutte contre la pauvreté, où tous les secteurs sont susceptibles d'intervenir, est perçu comme un premier pas. Mais suffira-t-il, et dans quel délai ? A Bruxelles, sur le terrain, on en est persuadé : les enfants doivent faire l'objet de politiques prioritaires. Mais qui entend ce message ? Pour le moment, aucun programme spécifiquement dédiés aux enfants n'est annoncé.

Pascale Gruber

Quelques résultats qui font les différences

A Bruxelles, entre 2000 et 2012, la mortalité infantile a poursuivi sa tendance à la baisse. Elle est passée de 5,1 à 3,4 décès pour 1.000 naissances vivantes³. Cependant, il existe toujours une inégalité socioéconomique importante en termes de mortalité fœto-infantile. Dans les ménages sans revenus du travail, le risque de mortalité foeto-infantile est presque deux fois plus élevé que dans les ménages disposant de deux revenus du travail : 10,7 contre 5,7 décès pour 1.000 naissances. Néanmoins, par rapport à la période 2000-2003, l'écart de mortalité infantile entre ménages sans revenus et ménages à deux revenus s'est réduit. "Les inégalités sociales en fonction des revenus du ménage face à la mortalité infantile ont connu une amélioration, constate le Dr David Hercot, collaborateur scientifique à l'Observatoire de la Santé et du Social. Mais la mortalité reste élevée pour certains groupes, comme les enfants des mères congolaises de la capitale."

Par ailleurs, si les écarts entre les chiffres⁴ de l'espérance de vie à la naissance sont en baisse, ils diffèrent encore et toujours selon le niveau socio-économique de la commune de résidence. En fait, l'espérance de vie a augmenté partout entre 2009 et 2013. Néanmoins, selon que l'on vit dans les communes bruxelloises les plus pauvres ou les plus aisées, un homme peut espérer (dans le 2^e cas) 2,9 ans de vie en plus et une femme 2,5 ans.

Enfin, 22,5 % des Bruxellois postposent des soins pour des raisons financières, dont 35,8 % des familles monoparentales, pour 20,8 % des couples avec enfants.

1. Baromètre social 2015. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Bruxelles : Commission communautaire commune.

2. Note de synthèse BSI. Les jeunes enfants à Bruxelles : d'une logique institutionnelle à une vision systémique. 2015. Perrine Humblet, Gaëlle Amerijckx, Stéphane Aujean, Murielle Deguerry, Michel Vandenbroeck & Benjamin Wayens, Brussels Studies n°91. www.brussels-studies.be

3. Naître Bruxellois(es). Indicateurs de santé périnatale des Bruxellois. 2000-2012. Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.

4. Comme, par exemple, ceux du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté, 2015, par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, service d'étude de la Commission Communautaire Commune.

Précarité, multiculturalité : derrière les chiffres...

Comment relever les défis qui consistent à connaître, reconnaître et combattre les inégalités sociales de santé qui frappent les jeunes bruxellois ? Analyse du Dr David Hercot, collaborateur scientifique à l'Observatoire de la Santé et du Social.

En matière d'inégalités sociales de santé des enfants, quelles sont les spécificités auxquelles Bruxelles est confrontée ?

Dr David Hercot (collaborateur scientifique à l'Observatoire de la Santé et du Social) : A Bruxelles, il existe une hétérogénéité socioéconomique importante. Environ un tiers de la population est à risque de pauvreté¹. Or, l'état de santé des enfants et leur accès aux soins dépendent du niveau socioéconomique de leur famille. Les familles à faible niveau socioéconomique sont généralement concentrées dans certains quartiers. Ces derniers cumulent une plus grande proportion d'enfants et un environnement moins favorable à la santé : une densité de population plus élevée, des logements plus petits et de moins bonne qualité, moins d'espaces publics verts...

Par ailleurs, la grande diversité, la forte mobilité de la population tout comme le manque de connaissance du système de santé mènent à l'observation de barrières, financières ou autres, en matière d'accès aux soins. Actuellement, on constate que les mécanismes d'accès aux soins existant en Belgique ne suffisent pas pour atteindre l'ensemble de la population. Parmi les personnes à risque, par exemple, se trouvent de jeunes mères célibataires, dont le nombre est en augmentation dans la capitale. Lorsqu'elles ne travaillent pas, leurs revenus sont souvent inférieurs au seuil de pauvreté. Celles qui ont un emploi sont soumises à énormément de pression pour combiner leur rôle de mère et leur travail. De plus, elles disposent souvent d'un réseau social limité pour les aider : leur précarité n'est pas uniquement financière²...

Comment appréhender les problèmes ?

Différents mécanismes existant dans notre pays peuvent réduire les inégalités sociales de santé. Par exemple, les recherches ont montré qu'il est très efficace

d'agir dans la petite enfance : c'est le cas avec l'amélioration de l'accès aux crèches, sans condition d'emploi des parents. Cette mesure permet de diminuer les inégalités sociales de santé pour les enfants précarisés, y compris en participant à leur socialisation. On sait aussi que des associations ciblent des groupes vulnérables. Ainsi, on peut citer Aquarelle, qui agit spécifiquement auprès des femmes enceintes n'ayant pas accès aux soins. Les services de l'ONE ou de Kind en Gezin contribuent également à réduire les inégalités d'accès aux soins préventifs, notamment en termes de couverture vaccinale des enfants, comme le montre l'enquête de couverture vaccinale (2012).

Par ailleurs, un certain nombre de questions prospectives méritent aussi d'être posées dans le secteur des soins de santé. Ainsi, par exemple, une pénurie de médecins généralistes est annoncée, d'ici quelques années, par la cellule planification du service public fédéral en charge de la santé. Cette question touche aux inégalités car, comme l'a montré l'Enquête de santé de 2013³, en Région bruxelloise, le recours au généraliste est moins inégalitaire que celui aux spécialistes. De plus, en raison de cette pénurie, les médecins actifs dans la prévention seront moins nombreux. Quant aux maisons médicales, nombreuses dans les quartiers défavorisés, et qui jouent également un rôle dans l'accès aux soins, leur offre reste insuffisante par rapport à la demande dans certaines zones. Il s'agit donc de réfléchir, dès à présent, à des mesures qui permettront de prévenir ou combler les manques à venir. A cet égard, l'urbanisme, l'alimentation, l'éducation... sont autant de domaines dont l'influence sur les inégalités sociales de santé doit être prise en compte.

Quelle place les acteurs de terrain occupent-ils ?

Très dynamiques, ils développent une multitude d'interventions. Ils constituent

donc une richesse pour la région. Cependant, il manque une vision d'ensemble du travail effectué. Ainsi, il n'est pas évident de savoir ce qui est le plus efficace, si des territoires d'actions se chevauchent ou s'il reste des besoins non couverts...

Avez-vous le sentiment que les rapports produits par l'Observatoire permettent de faire avancer les choses ?

L'Observatoire est un service qui étudie l'état de santé et la pauvreté en Région bruxelloise. Nos rapports servent de base de réflexion tant aux acteurs de terrain sensibles aux problèmes de vulnérabilité qu'aux responsables politiques. A travers nos rapports, nous pointons des problèmes, comme l'insuffisance de vaccination pour la deuxième dose de vaccin rougeole-rubéole-oreillons, les inégalités face à la mortalité infantile ou de consultations dentaires préventives, etc. Mais la connaissance n'est qu'un des éléments qui interviennent dans le processus politique, nous ne sommes qu'un des maillons. L'Observatoire participe aussi à l'élaboration du Plan bruxellois de lutte contre la pauvreté. Tous les cabinets régionaux et communautaires bruxellois ont identifié leurs priorités pour cette législature. Ensuite, dans les prochains mois, l'Observatoire effectuera le suivi des mesures incluses dans le plan. L'Observatoire intervient également dans le Plan fédéral de lutte contre la pauvreté infantile, en veillant à ce que les enjeux bruxellois soient bien présents.

Comment améliorer la situation ?

Les études d'évaluation d'impact pauvreté et santé que l'Observatoire développe seront un outil intéressant pour orienter et appuyer les politiques. En tout cas, il est essentiel de donner la priorité aux interventions les plus efficaces dans la réduction des inégalités de santé. Pour y parvenir, plutôt que de continuer à privilégier un fonctionnement très "vertical", problè-

me par problème, maladie par maladie, il faut peut-être réfléchir à une distribution différente des moyens. Cela pourrait être réalisé par exemple en opérant certains rapprochements entre divers acteurs, afin d'offrir une approche plus globale.

Pascale Gruber

L'ONE, pour éteindre ou prévenir les feux...

Dès sa création, L'Oeuvre Nationale de l'Enfance, devenue en 1983 l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), a lutté contre les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Un combat dépassé ? Pas du tout. Il n'a jamais autant été d'actualité...

Au fond, le combat n'a peut-être jamais cessé. L'Oeuvre Nationale de l'Enfance a été fondée pendant le premier conflit mondial dans un souci de "sauver" l'enfance. L'Oeuvre entendait procurer une indispensable aide alimentaire aux familles mais, aussi, lutter contre la mortalité infantile, en assurant à tous les enfants un accès à la santé. Le temps a passé, les conflits internationaux se sont déplacés et les besoins ont changé. Mais, la pauvreté et la précarité sont toujours là, avec 1 enfant pauvre sur 4 en Wallonie... et 1 sur 3 à Bruxelles. Quant à la mortalité infantile, elle frappe toujours certaines familles plus que d'autres.

Comme le rappelle le Dr Ingrid Morales (Direction Santé de l'Office de la Naissance et de l'Enfance - ONE), "depuis les années 2000, nous sommes confrontés à de nouvelles réalités de terrain : la crise nous met face à des défis de plus en plus criants. A Bruxelles, en particulier, les risques de pauvreté sont alimentés, entre autres, par le chômage et la monoparentalité". Alors, à la guerre comme à la guerre ! Dans la lutte contre les inégalités de santé, l'ONE a pour objectif (et pour mission) de les prévenir, par exemple par une action dans les consultations pour enfants, prénatales et même pré-conceptionnelles. Mais l'Office intervient aussi sur d'autres fronts pour éteindre les feux, minimiser les dégâts et pallier aux inégalités sociales de santé.

1. Un revenu inférieur à 60 % de la médiane des revenus.

2. Voir le Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2014 - Femmes, précarités et pauvreté en Région bruxelloise, OBSERVATBRU. <http://www.observatbru.be/documents/publications/2014-rt-pauvrete-femmes-armoede-vrouwen.xml?lang=fr>).

3. Enquête de santé nationale, Cinquième enquête (2013). Institut Scientifique de Santé Publique (ISP). <https://his.wiv-isp.be/FR/SitePages/Accueil.aspx>



Illustration ONE/Sarah Roskams

Des voix et des voies multiples

Pour décider de la marche à suivre, encore faut-il disposer des informations permettant d'identifier les besoins. "Grâce aux indications récoltées à cinq moments-clés du suivi de l'enfant par les travailleurs médicaux sociaux (TMS), la Banque de Données Médico-Sociales (BDMS) de l'ONE constitue un véritable outil de pilotage interne, explique Geneviève Bazier, directrice de la Direction Etudes et Stratégies. Au regard d'indicateurs sociaux et de santé, ces données permettent d'identifier les situations de vulnérabilités significatives auxquelles sont confrontés les TMS. En fonction des évolutions constatées, nous ajustons nos programmes 'santé-parentalité' et nos actions."

Des recherches-actions et des études effectuées par l'ONE s'ajoutent aux éléments fournis par la BDMS : le langage, la santé bucco-dentaire, la parentalité... sont autant de thèmes travaillés ces dernières années. De plus, les constats qui remontent du terrain vers les décideurs, par exemple depuis les TMS, contribuent à planifier les programmes en faveur de l'enfance et les modalités du travail. En effet, "les messages transmis par les intervenants sur le terrain nous permettent d'adapter et d'ajuster nos politiques en

faveur de l'enfance, de manière globale mais aussi décentralisée, en fonction des besoins locaux spécifiques", assure le Dr Morales. Ainsi, par exemple, à Bruxelles, "les TMS font état de la nécessité d'actions plus continues et plus intensives dans certaines communes, et plaident pour 'un suivi renforcé' destiné aux populations vulnérables qui cumulent les difficultés", ajoute Geneviève Bazier.

Vraiment pour tous ?

En fonction de ces différentes données, "conformément à nos missions de prévention, d'éducation à la santé et de promotion de la santé, nous agissons globalement : pour chacune de nos activités, qu'elles soient d'accueil ou d'accompagnement, nous offrons un accès universel, avec des services ouverts ou destinés à tous, explique le Dr Ingrid Morales. Cette démarche vise à lutter contre les inégalités de santé et à réduire les gradients sociaux. Cependant, certains de nos projets sont orientés vers des actions spécifiques et ciblées". En effet, pour toucher tous les publics, encore faut-il savoir prendre en compte leurs différences...

"Une approche universaliste unique serait un leurre, soutient Geneviève Bazier. Il faut opter également pour des voies



Illustration ONE/Sarah Roskams

Des affiches ou des brochures sans texte, ou comprenant une série de pictogrammes parlants, permettent de toucher certaines populations défavorisées.

permettant de toucher chaque personne." Les diverses affiches et brochures sans texte, ou comprenant une série de pictogrammes "parlants", les documents d'autorisation de vaccination et le programme de vaccination, proposés en une dizaine de langues, les traducteurs auxquels il est possible de faire appel pour communiquer avec les parents, répondent à ce souci et aux besoins de certaines populations défavorisées. Toute une série d'initiatives particulières ont été décidées dans ce but : pour la période 2015-2018, elles sont déclinées dans le plan de mobilisation de l'ONE "Précarité, Périnatalité et Enfance". Autour de 4 axes structurants, 40 actions ont été construites autour d'une même motivation : lutter contre les inégalités sociales de santé.

Aller plus loin

"Notre réflexion concernant l'accessibilité à nos services doit passer, aussi, par un travail de réflexion, de sensibilisation et de formation de notre personnel et des bénévoles. Tenir compte des inégalités de santé dans nos pratiques et établir un réel dialogue avec tous nos publics impliquent, par exemple, un travail sur certaines de nos représentations et sur les dimensions culturelles des différents publics de l'ONE. En fait, de manière générale, il est également plus que temps, en Communauté française, de sortir d'une vision de soins à l'enfance uniquement basée sur le 'care'

et de se diriger vers l'«édu-care», prônant une fonction socio-éducative des métiers de l'enfance. Essentielle, cette question de la formation initiale des futurs professionnels de l'enfance constitue un réel défi pour les politiques", soutient Geneviève Bazier. Face à la complexité croissante des situations rencontrées sur le terrain, elle souligne également le besoin de développer des partenariats spécifiques afin d'assurer l'accompagnement de publics vulnérables.

En attendant, face à des situations de pauvreté qui perdurent au fil des années ou bien qui s'aggravent, face à des zones d'ombre qui masquent des familles complètement isolées, l'ONE tente de s'adapter. C'est le cas, par exemple, face à la mesure instaurant les sorties précoces de la maternité, qui risque d'aggraver les difficultés rencontrées par les mères les plus vulnérables. Une recherche-action, actuellement en cours, devrait permettre de redéfinir le rôle des TMS à ce moment clé, en collaboration avec les sages-femmes. L'Office défend aussi, avec conviction, la nécessité de rendre accessibles les milieux d'accueil de la petite enfance aux enfants précarisés. De plus, "même lorsque des portes s'ouvrent aux plus fragiles, encore faut-il s'assurer que les professionnels s'inscrivent dans une démarche d'inclusion indispensable à l'accueil de tous. Cela ne va pas de soi : cet accueil nécessite un projet pensé, réfléchi et porté par tous", précise Geneviève Bazier.

Les initiatives de soutien à la parentalité et à la mixité sociale se multiplient également, par exemple avec des lieux de rencontre parents-enfants et dans les consultations. "Ce n'est pas que les parents ne soient pas compétents, précise le Dr Morales, mais dans certaines circonstances, ils ont besoin de soutien, tout comme les enfants ont besoin de contacts..."

Il y a trois ans, l'ONE a tiré la sonnette d'alarme par rapport au retard de langage constaté chez de trop nombreux enfants. Ce problème ne concerne pas uniquement ceux dont les parents ne connaissent pas le français : le niveau d'instruction et/ou l'âge de la mère interviennent également. Quoi qu'il en soit, ce retard place l'enfant en situation de vulnérabilité, sinon d'échec, dès l'entrée en maternelle. " Suite à une recherche-action, une campagne d'information et des projets d'accompagnement des parents et des professionnels vont être mis en place. Par exemple, les jeunes mères seront invitées à parler à leur enfant dans leur langue maternelle pour enrichir l'exposition de l'enfant à un vocabulaire riche. Et dans les consultations, lorsqu'elles déshabillent les petits, les bénévoles et les professionnels pourront inviter les parents à parler à leur enfant en expliquant ce qu'ils font et en verbalisant... sans se limiter à des phrases directives ", détaille le Dr Ingrid Morales. Sortir des sentiers battus, revoir ce que l'on croyait juste ou efficace, imaginer de nouvelles voies d'interventions (sans trop peser sur les budgets), continuer à défendre et développer des projets, tout cela sera nécessaire pour faire reculer les inégalités de santé chez l'enfant. Mais le jeu en vaut la chandelle. "Les données de la BDMS montrent que les femmes qui fréquentent nos consultations prénatales n'ont statistiquement pas plus de naissances prématurées ni d'enfants nés avec un petit poids que les autres femmes – malgré leur plus grande situation de vulnérabilité ", se réjouit le Dr Ingrid Morales. Quand on mène la guerre sur tant de fronts, il faut savoir apprécier à sa juste valeur chaque victoire remportée...

Pascale Gruber

Aladdin et ses formules (magiques?)

Comment lutter, sur le terrain, contre les inégalités sociales de santé qui frappent les enfants ? Voici les pistes suivies par l'ASBL les Amis d'Aladdin, une Maison d'enfants et lieu d'accueil ouverts aux enfants et aux parents « dont la situation sociale et professionnelle est caractérisée par une série de phénomènes d'exclusion ».

A Schaerbeek, "Les Amis d'Aladdin" n'ont pas de tapis volant, mais ils ont beaucoup mieux : la volonté de travailler à réduire les inégalités sociales qui frappent les enfants, y compris sur le plan de la santé. En pratique, les petits accueillis ici proviennent essentiellement des milieux de migrants et de primo-arrivants, surtout d'Afrique sub-saharienne et du Nord. Leurs parents sont souvent dans une situation sociale "compliquée", et régulièrement inscrits dans un processus d'insertion professionnelle ou de formation.

"Actuellement, d'où que l'on vienne, être parents, c'est très compliqué, rappelle Mélody Nenzi, directrice pédagogique de l'ASBL. Sans doute l'est-ce encore davantage pour eux, si peu écoutés ou entendus, y compris à l'école. Pourtant, leurs parcours montrent leur courage, leur énergie. Ces parents, compétents, déposent ici la prunelle de leurs yeux. Ils nous font confiance. Et nous aussi. Pour bien accueillir des enfants, il faut bien accueillir les parents. "

Pour parvenir à cet objectif, ici on jongle entre les horaires des enfants à temps partiel : les 24 places prévues à la Maison d'enfants montent parfois jusqu'à 34. De plus, "pendant les congés, une place est faite aux enfants de 2,5 à 6 ans. Sur l'année, cela permet d'en accueillir une centaine", détaille Mélody Nenzi.

Mais il ne suffit pas d'ouvrir des portes. Encore faut-il rester en permanence branché sur les réalités de terrain, sur les besoins, et s'adapter en conséquence. Depuis 2013, en partenariat avec l'école du quartier,

des ateliers langage sont proposés aux 3 à 12 ans, "parce que si le français n'est pas bien installé, ça ne fonctionne pas à l'école", rappelle la responsable. Mais ce n'est pas tout : pour les parents, l'activité de soutien à la parentalité prévue une fois par mois est passée à 3 réunions mensuelles depuis la rentrée. A part la présentation annuelle du système de maison médicale, les autres sujets sont choisis par les parents, en fonction de leurs questions. Une fois par semaine, une permanence permet également aux familles d'aborder leurs problèmes individuels : logement insalubre, enfant éjecté de l'école, passage difficile à la maternelle... Souvent, l'ASBL joue les relais, ou les accompagnateurs. Pour l'Ecole de devoirs qui existe depuis 2013, les travailleurs sociaux et les enseignants repèrent les enfants qui sont les plus prioritaires. "Si les parents l'acceptent, nous recevons leurs coordonnées et nous allons vers eux", détaille Mélody Nenzi. Enfin, outre une grande sortie conviviale annuelle avec parents et enfants, "nous participons à des activités communautaires qui nous permettent d'être en contact avec des personnes encore plus exclues". "Le rôle d'une Maison d'enfants, c'est de développer notre fonction sociale", soutient la responsable.

Ce n'est pas du cinéma

Une même équipe (24 personnes sur 16 temps plein) travaille sur ces différents projets. Des réunions d'équipe hebdomadaires permettent de se focaliser sur l'évolution et sur le développement des enfants accueillis. Les séances de psy-

chomotricité, régulièrement filmées, participent au repérage des problèmes et/ou de leur évolution. Pour répondre aux problèmes et y trouver les réponses les plus adaptées, à tous les niveaux, l'ASBL cultive une vraie démarche de réseau. Elle inclut, entre autres, dans son approche, le regard et l'intervention des professionnels de la consultation pour enfants de l'ONE, chargés du suivi de santé globale des enfants. Un regret toutefois : "Face à un public précarisé comme le nôtre, le *turn over* des équipes de l'ONE peut nuire au besoin de régularité et de constance, nécessaire au développement de la relation humaine", explique Mélody Nenzi.

Chaque année, l'équipe découvre que 1 à 2 enfants au moins présentent des situations préoccupantes en terme de développement : retard, autisme... Elle rencontre les parents, les accompagne, met en place un suivi. Alors, pour progresser encore, les formations sont régulières et nombreuses, et chaque activité ponctuelle est évaluée. "C'est ainsi que l'on peut construire, ensemble, les réponses les plus pertinentes, associant tous les regards", poursuit la responsable.

Et puis, fondamentalement, face aux situations difficiles, Mélody Nenzi refuse de "lâcher". "Nous argumentons, nous trouvons des solutions pour garder un enfant qui en a besoin, y compris par exemple lorsque sa mère n'est plus en formation. Les enfants n'ont rien à voir avec le statut de leurs parents." Voilà qui sonne comme un vœu qu'aurait pu faire Aladdin...

Pascale Gruber

Le Gouvernement Thématique Santé

Cette année, l'exécutif bruxellois a inauguré les «Gouvernements thématiques» dont le but est de promouvoir la transversalité des actions politiques menées à Bruxelles. En avril dernier, c'était au tour de la santé.



On le sait, en Belgique, et spécifiquement à Bruxelles, les compétences sont éclatées entre une pléthore de ministères. C'est particulièrement vrai pour une matière aussi transversale que la santé.

Les Gouvernements thématiques sont, et c'est une nouveauté de cette législature, l'occasion de travailler une compétence particulière et de promouvoir ses interactions avec les autres compétences de tous les Ministres du Collège de la Cocom, ainsi que les collaborations et projets communs mis en place au sein du Gouvernement bruxellois. Cette démarche s'inscrit aussi dans une volonté de transparence de l'exécutif bruxellois vis-à-vis des choix opérés en matière de dépenses publiques.

Le 27 avril dernier, le Gouvernement francophone bruxellois a organisé son Gouvernement thématique consacré à la Santé. Lors de la conférence de presse donnée à cette occasion, les Ministres compétents Mesdames Cécile Jodogne¹, Fadila Laanan² et Céline Frémault³ et Monsieur Didier Gosuin⁴ en ont présenté les résultats

en présence des acteurs associatifs du secteur.

La politique de la santé des quatre années à venir se concentrera sur huit thématiques :

1. Les attitudes saines
2. La santé mentale des enfants, adolescents et jeunes adultes
3. La réduction des inégalités en matière d'accès à la santé
4. La santé sexuelle
5. La réduction des risques en matière de drogues et assuétudes
6. La santé communautaire et l'empowerment
7. La continuité des soins
8. La médecine préventive

Vingt-huit mesures concrètes seront prises en 2016 pour faire avancer ces huit thématiques prioritaires du Gouvernement, parmi lesquelles :

- L'élaboration d'un plan « attitudes saines » promouvant l'alimentation équilibrée, l'exercice physique et le bien-être.
- L'agrément d'une 38^{ème} Maison médicale et le déblocage d'aides au démarrage

pour encourager la création de nouvelles structures.

- Une amélioration du programme de dépistage du cancer colorectal, grâce au passage au test immunologique iFOBT.
- 18 places d'hébergement supplémentaires pour les malades chroniques et en soins palliatifs.
- Le renforcement des équipes pédopsychiatriques par davantage de postes de logopèdes et de psychomotricien(ne)s.
- La création d'une « coordination de l'exil » afin de renforcer l'action en faveur des personnes migrantes, en accentuant notamment la formation des professionnels en contact avec ce public via les dispositifs d'urgence, d'accueil, de prévention ou d'accompagnement.
- Une réflexion sur la mise en place d'une salle de consommation à moindre risque, en concertation avec la Cocom et dans le cadre de la Conférence interministérielle santé publique.

La COCOF œuvre au quotidien pour le bénéfice de plus d'un million de francophones bruxellois. Ce gouvernement thématique permet de mettre en exergue les synergies ainsi que les transversalités entre les différentes politiques menées par les pouvoirs publics sur le territoire bruxellois.

Cécile Jodogne, Ministre de la santé présente la politique de santé bruxelloise dans une brochure « Une politique au service de la santé de tous », disponible sur son site Internet, <http://www.jodogne.be>

1. *Ministre de la Santé*
2. *Ministre-Présidente du Gouvernement francophone bruxellois*
3. *Ministre en charge des Personnes handicapées, de l'Action sociale et des Familles*
4. *Ministre chargé de la Formation professionnelle*

Avec elles

Depuis 2012, le CBPS accompagne le projet « Avec elles » impulsé par Médecins du Monde (MdM). Pour exposer ce projet, nous laissons la parole à Timothée Delescluse, fervent militant féministe qui a travaillé aux côtés de Geneviève Loots, cheville ouvrière de ce projet depuis ses débuts. Focus sur ce travail mené auprès et avec des femmes pour soutenir leur autonomie.

« Avec elles » est le prolongement de « Parle avec elle », un projet mené en partenariat avec l'asbl Nasci, qui s'adressait aux jeunes mères. Il s'agissait à l'époque de proposer des temps d'écoute et de parole auprès de femmes enceintes ou mères vivant dans des conditions particulièrement difficiles. En 2012, suite à une enquête auprès des femmes en situation de précarité, Médecins du Monde dégage trois grandes difficultés pour ces femmes : s'orienter dans le système de santé, disposer de connaissances en matière de santé, et la trop grande complexité et le morcellement du système de santé qui entravent la prise en charge.

Pour contrer ces difficultés, MdM réoriente son projet qui devient « Avec elles ». Il s'agit de mettre en place un réseau d'accompagnantes vers les structures de soins, de proposer des consultations à bas seuil d'accessibilité pour réorienter vers les structures adéquates et enfin, de développer un volet promotion de la santé auprès des femmes.

Focalisons-nous ici sur ce 3^e axe, la promotion de la santé. Il s'agit d'animations, de rencontres et d'activités proposées dans nos associations partenaires, auprès des femmes vivant dans la rue, travailleuses clandestines, travailleuses du sexe ou femmes primo-arrivantes, en vue d'améliorer leur santé.

De l'écoute à l'implication

Si nous soutenons les femmes à être actrices de leur santé, elles doivent aussi être impliquées dans les décisions qui les concernent. Les animations ne se centrent pas seulement sur des thèmes importants pour elles mais sont aussi des lieux d'échanges et de rencontres entre elles. Il nous a donc fallu penser des dispositifs pour qu'elles puissent être relais de l'information reçue et des discussions menées. Nous veillons aussi à les impliquer dans le processus de revendications ou critiques par rapport aux incohérences du système (de santé) dont elles sont les

premières fragilisées. Nous sommes attentifs, pour cela, à ce que le plaidoyer de MdM laisse la place à la subjectivité de leurs vécus.

Le « aller vers », un atout majeur

Le projet « Avec elles », c'est aussi créer et renforcer les partenariats avec des organismes pour rencontrer les femmes là où elles se réunissent. Les animatrices-bénévoles se déplacent dans des associations de quartier, des restaurants sociaux, des squats¹. Nous nous adaptons aux contraintes, disponibilités et besoins de santé des femmes. Les rejoindre là où elles sont, là où elles vivent, permet d'instaurer de la confiance. Rassurées, elles pourront s'exprimer plus spontanément.

Dans le cadre de notre accompagnement par le CBPS, la question du partenariat entre MdM et les institutions accueillantes est également creusée. Nous veillons à ce que les travailleur.es ou personnes présentes dans les structures partenaires soient accompagnés dans la démarche de relais d'informations de santé et d'accès aux soins, avant, pendant et après les animations. Ils/elles peuvent s'approprier nos outils, voire co-animer afin de mieux comprendre ce qui existe en matière de santé, de droits à la santé et plus spécifiquement pour les femmes.

Élément incontournable chez MdM : le plaidoyer politique

Notre 3^e objectif vise à alimenter un plaidoyer auprès des décideurs politiques mais aussi de nos concitoyens. Nous animons avec une attention et une écoute particulière afin d'alimenter le diagnostic communautaire des réalités et vécus des femmes en situation précaire. Nous créons des méthodes et outils d'animation afin d'impliquer les femmes dans cette réflexion. La "matière" recueillie nous sert de base pour construire une argumentation et des recommandations afin d'améliorer leur accès aux soins.

Le bénévolat : un fonctionnement spécifique

Celles et ceux qui organisent les activités sont bénévoles, issus de différents secteurs et souvent travailleur.es à côté. Notre objectif est d'assurer une stabilité et un encadrement de ces bénévoles. Nous organisons des temps de formation et de réunion afin d'assurer une cohésion de groupe et une vision commune des sujets abordés. L'équipe salariée, accompagnée par le CBPS, assure un soutien auprès de ces bénévoles dans leurs pratiques d'animation.

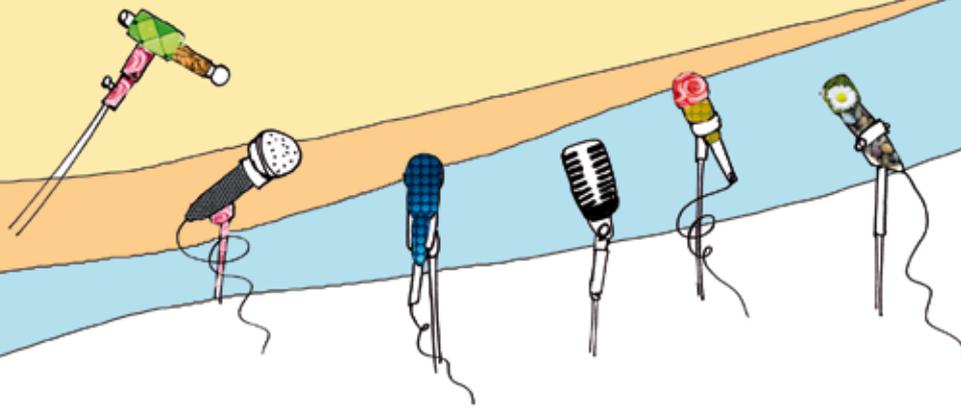
Une tache d'huile « promotion de la santé » dans une organisation médicale

« Médecins du monde », ce n'est pas « Santé du monde ». Bien que l'approche globale de la prise en charge des personnes en situation de précarité soit multidisciplinaire (médecins, psychologue, assistante sociale, accueillante...), l'enjeu consiste ici à initier une vision positive et globale de la santé dans un milieu où la maladie prime. Notre dernier objectif est donc de défendre au sein de l'organisation une approche de promotion de la santé et une attention à la santé de la femme.

Le projet souligne l'importance d'une approche de promotion de la santé "en amont" des problèmes de santé qui, dans le cadre de nos missions, concernent les difficultés d'accès aux soins. Nous agissons à la fois auprès du public, de ceux qui les accompagnent et les soutiennent quotidiennement ainsi qu'auprès des décideurs politiques. Le tout, sans oublier de questionner nos pratiques et défendre cette approche au sein de notre propre organisation.

Timothée Delescluse

1. Nous en profitons pour remercier nos partenaires : Entraide et Culture, La Rencontre, ORCA, Nasci, Maison de Quartier Millénaire, Vie Féminine.



Face aux enjeux du radicalisme, la promotion de la santé a-t-elle un mot à dire ?

« La France est en état de guerre ». Face à l'horreur des attentats à répétition, les titres se disputent à qui mieux mieux les envolées radicales, parfois aux relents belliqueux. Face à la peur, le réflexe sécuritaire est légitime. Mais est-il fondé, et, surtout, est-il suffisant ? Des voix commencent à poindre, et pas des moindres lorsqu'elles proviennent d'experts internationaux de la lutte contre le radicalisme, dénonçant les discours qui réduisent les enjeux à un conflit religieux ou idéologique, démontrant avant tout les comportements déviant des terroristes, et promouvant une société davantage inclusive. On sait par ailleurs que les profils des terroristes sont variés, ils répondent chacun à des modes de recrutement adaptés. Plusieurs approches tentent d'expliquer ces phénomènes, dont celle des déterminants sociaux. Ce qui nous ramène à la promotion de la santé.

La lecture des premières pages du nouveau décret organisant la promotion de la santé à Bruxelles, décret voté en juin dernier, pointe comme priorité la lutte contre les inégalités sociales de santé. Plus précisément les inégalités entre hommes et femmes, les inégalités entre catégories socioprofessionnelles et les inégalités entre territoires. Autant d'inégalités consi-

dérées comme évitables car relevant de déterminants socialement – j'ajoute « et culturellement » – construits. Les fiches santé réalisées par l'Observatoire de la Santé et du Social sont à cet égard très éclairantes. La réduction de ces inégalités sociales de santé relève aussi de la réduction des fractures sociales. Où l'éducation, la culture, l'accès au logement et à l'emploi sont autant à investir que le dialogue et le travail sur les représentations mentales.

La Charte de Bangkok plaide pour que la promotion de la santé, plaçant la santé comme ressource de la vie quotidienne, soit reconnue comme approche internationale pour faire face aux défis du XXI^{ème} siècle. C'était en 2005, avant l'avènement de Daesh, mais après le 11 septembre 2001, date préfigurant le terrorisme actuel. Aujourd'hui, si une société davantage inclusive représente une des réponses structurelles crédibles à la menace du terrorisme, la promotion de la santé a une place à prendre, parmi d'autres acteurs. Ne nous méprenons pas, un problème complexe requiert des solutions complexes et variées, et un regard toujours en alerte, et nuancé.

André du Bus

Député bruxellois et communautaire (cdH)

Le moratoire sur les lits en maisons de repos (MR) et en maisons de repos et de soins (MRS)

Les lits en maison de repos ont récemment fait l'actualité et montrent une nouvelle fois les spécificités de la Région bruxelloise. En effet, le vieillissement de sa population y est moindre, ce qui entraîne un taux d'occupation des lits en maison de repos (MR) de seulement 86 %. Le gouvernement a donc décidé de mettre en place un moratoire sur les lits jusqu'en 2020.

Je me suis saisi du débat au Parlement bruxellois afin de mieux comprendre l'ambition du gouvernement et de débattre des futures politiques de maintien à domicile. Le Ministre compétent pour les MR et les MRS, Didier Gosuin, a longuement expliqué les tenants et aboutissants du moratoire en commission santé. Il en ressort que les gouvernements précédents n'ont pas tempéré l'ouverture de nouveaux lits malgré l'existence d'un cadastre, avec comme conséquence une suroffre de lits. En effet, l'évolution des bruxellois de plus de 80 ans sur la période 2015-2030 est relativement stable selon les prévisions. En outre, certains lits sont utilisés par des personnes qui pourraient être accompagnées autrement. A la suroffre s'ajoute donc la mauvaise utilisation. Ce sont les principales raisons du moratoire...

Notons cependant que ce dernier sera flexible, car les établissements auront la

possibilité de prendre des initiatives pour, d'une part, transférer des lits d'une institution à l'autre, et d'autre part, reconverter des lits. Enfin, le moratoire vise aussi à corriger les déséquilibres entre le secteur privé et le secteur public. Ainsi, les lits en portefeuille que gèrent de nombreuses sociétés privées leur seront retirés tant que ceux-ci ne feront l'objet d'aucune exploitation dans un délai déterminé, afin de casser la spéculation.

Il s'agit d'une première étape dans la mise en place d'une réelle programmation des lits en maison de repos sur le territoire bruxellois, le tout en concertation avec le secteur.

*Michel Colson,
député DéFI
au Parlement francophone bruxellois*

Traités de libre-échange : notre santé en danger ?!

Ils ont pour nom TTIP, TiSA, CETA. Et, depuis deux ans, des voix de plus en plus nombreuses s'élèvent pour dénoncer les dangers de ces différents traités de libre-échange qui se négocient en ce moment entre l'Union européenne et d'autres États (États-Unis, Canada notamment).

Parmi les secteurs menacés par ces textes qui projettent de faire du monde occidental un vaste marché : la santé. À titre d'exemple, les mutualités seraient mises en concurrence avec des sociétés d'assurance classiques, menaçant ainsi l'accès de tou-te-s, y compris les plus fragilisés, aux soins. De même, les politiques de promotion et de prévention de la santé (information sur les dangers du tabac,

de l'alcool, d'une alimentation déséquilibrée...) pourraient être mises à mal au titre de la protection des intérêts commerciaux.

C'est la raison pour laquelle le Parlement bruxellois a adopté plusieurs textes visant à revoir et conditionner la conclusion de ces traités à différentes exigences strictes, telles que l'exclusion des services d'intérêt général du champ d'application, la possibilité d'inclure des clauses sociales et environnementales dans les marchés publics, ou encore le respect du principe de précaution en tant que principe fondamental de la politique de protection de l'environnement, de la santé et des consommateurs.

Malgré ces étapes décisives, la vigilance reste de mise, particulièrement au regard du secret qui entoure les négociations de ces différents traités. L'attitude de la Commission européenne, qui a tenté de passer en force sur le mécanisme d'approbation du CETA, soulève elle aussi son lot d'inquiétudes. Plus que jamais, la préservation de notre modèle de protection sociale nécessitera une mobilisation sans relâche !

*Zoé Genot,
députée Ecolo
au Parlement francophone bruxellois*

La réduction des risques enfin dans un décret à Bruxelles !

Le changement culturel est, par essence, lent. Après les auditions parlementaires de 2011-2012, les partis francophones avaient mis des mois à s'accorder sur des recommandations en matière de réduction des

risques (RdR). Celles-ci avaient servi de lit au Plan du gouvernement en la matière, né lui en 2014.

Nous sommes en 2016, et sous l'impulsion de notre famille politique, le concept de RdR vient de prendre place pour la première fois à Bruxelles dans un décret, le décret ambulatorio !

Pour rappel, la RdR est une stratégie particulière d'approche des usagers de drogue qui vise non à prévenir ou stopper la consommation mais bien à accompagner l'usager de manière à minimiser les risques tant sanitaires (dépendance, lésions) que sociaux (surtout l'exclusion sociale) de sa consommation. Par drogue on entend toute substance pouvant provoquer des dommages et susceptible d'un usage abusif.

Cette stratégie de santé publique est recommandée par l'OMS, en complément de la prévention, de la revalidation et des soins curatifs. Nos voisins français l'ont mise en œuvre de manière volontariste depuis plus de dix ans. Mais tout ce qui touche aux drogues constitue un domaine où il arrive que l'idéologie et les peurs ancrées mènent la vie dure aux constats scientifiques...

Nous sommes donc particulièrement fiers que la réduction des risques prenne enfin place dans un texte structurant le paysage bruxellois de la santé et du social ! C'est une grande avancée à double titre : le concept est reconnu et les associations dont la RdR est l'activité principale vont pouvoir être considérées à part entière ! Avant de nouvelles avancées en la matière ? Le changement culturel semble en marche.

*Catherine Moureaux,
Cheffe de groupe PS
au Parlement francophone bruxellois*

« Jeunes, Alcool et Société »

Le Groupe porteur « Jeunes, Alcool et Société » est aujourd'hui composé de treize partenaires issus des secteurs de la santé, de l'éducation et de la jeunesse et se veut ainsi intersectoriel et pluraliste. Formé en 2003, il poursuit depuis lors une démarche de dialogue, de concertation, de sensibilisation et d'observation sur les questions liées à la consommation d'alcool chez les jeunes dans notre société et est à l'initiative de différentes actions, outils, animations...

L'objectif du groupe porteur est de promouvoir des environnements et des comportements favorables à une consommation d'alcool plus responsable et moins risquée. Le groupe porteur situe donc le cœur de son action au niveau du plaidoyer politique ainsi que d'un travail de déconstruction des représentations liées à l'alcool. En effet, certains comportements de consommations traduisent une évolution du rapport au produit en lien avec le développement de nouvelles pratiques commerciales, de plus en plus agressives et ciblées, pour atteindre de nouveaux publics. Tout cela dans un contexte sociétal où l'alcool est notre « drogue culturelle » par excellence, largement intégrée dans nos mœurs. Ceci lui confère un statut particulier qui mérite une attention spécifique, en concertation avec les acteurs de promotion de la santé, de la jeunesse et du monde éducatif.

Face à ce constat, le Groupe porteur a réalisé des capsules-vidéo dont l'objectif est triple : susciter le débat et le dialogue chez les jeunes qui peuvent visionner les capsules, être un outil de sensibilisation pour les adultes-relais dans leur rôle d'éducation aux consommations et servir de support de communication pour interpeller les responsables politiques sur le bien-fondé de la législation actuelle.

Ces capsules sont disponibles sur le site du groupe porteur : www.jeunesetalcool.be



Rédaction :

Anoutcha Lualaba Lekede
Marie-Hélène Salah
Pascale Gruber

Conseil de rédaction :

Dr Robert Bontemps
Dr Murielle Deguerry
Thierry Lahaye
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 : info@questionsante.org
<http://www.questionsante.org>



Editeur responsable : B. Taeymans,
72 rue du Viaduc - 1050 Bruxelles

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