

Bruxelles Santé

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

N° **87** Juil.- août - sept. 2017
ISSN 1371 - 2519

La promotion de la santé en milieu carcéral

En direct de...

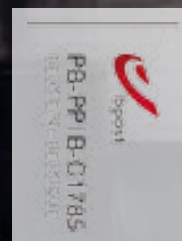
La Campagne 400Toits

Promotion de la santé

Le premier plan bruxellois
de promotion de la santé est sorti !

Développement durable et santé

La santé, le parent pauvre du développement
durable à Bruxelles ?



sommaire

En direct de...

400 personnes sans-abri
en moins dans les rues
d'ici 2020 ? Chiche !

3

Huit associations bruxelloises sont à la manœuvre de la Campagne 400Toits initiée au printemps dernier. Celle-ci veut aller au-delà des réponses d'urgence habituellement données au problème du sans-abrisme chaque hiver, en apportant des solutions durables. Explications.

Dossier

La promotion de la santé
en milieu carcéral

6

En prison, milieu à multiples risques pour la santé, la promotion de la santé devrait prendre tout son sens. Pourtant, l'équation santé et sécurité semble éternellement insoluble en Belgique. Rencontres avec Vinciane Saliez, de l'asbl I.Care, et Kris Meurant, coordinateur à l'asbl Transit, pour comprendre les enjeux, les obstacles et les espoirs de la promotion de la santé en milieu carcéral.

Développement durable et santé

La santé, le parent pauvre
du développement durable
à Bruxelles ?

12

Lorsque traitée dans une perspective de développement durable, la question de la santé l'est souvent via ses déterminants : logement, développement économique, alimentation, mobilité... Ces thématiques ont été abordées lors du cycle de débats « La ville comme écosystème », organisé par Brussels Academy et Bruxelles Environnement. Mais de santé en tant que telle, on a très peu parlé...

Promotion de la santé

Le premier plan bruxellois
de promotion de la santé
est sorti !

14

Pour revoir ou connaître les grandes lignes de ce nouveau et premier plan pour la promotion de la santé à Bruxelles, et comprendre les choix opérés, nous sommes allés à la rencontre de la Ministre Jodogne, en charge de la Santé à la Cocof, et de la Fédération bruxelloise de promotion de la santé, via son président Bruno Vankelegom.

Echos de...

Bruxelles se fédère autour
de la promotion de la santé

17

La jeune fédération bruxelloise de promotion de la santé, dite FBPSanté pour les initiés, a de nombreuses ambitions pour la promotion de la santé et pour le secteur qu'elle représente. Et elle tient à le faire savoir !

Echos des politiques

18

Nos élus au Parlement de la Commission communautaire française nous parlent du tout nouveau Plan bruxellois de promotion de la santé et de l'enjeu d'une alimentation saine en contexte scolaire.

Photo de couverture © Marie-Hélène Salah

Rédaction
Anoutcha Lualaba Lekede
Marie-Hélène Salah

Comité de pilotage
Gaëlle Amerijckx
Dr Murielle Deguerri
Jacques Moriau
Patricia Piron
Bernadette Taeymans

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>
Retrouvez les vidéos du Bruxelles Santé sur :
<http://video.bruxellessante.org>



400 personnes sans-abri en moins dans les rues d'ici 2020 ? Chiche !

C'est le défi que (se) lancent huit associations bruxelloises avec la Campagne 400Toits initiée au printemps dernier. Une action qui va au-delà des réponses d'urgence données habituellement au problème du sans-abrisme chaque hiver. En effet, si la question est davantage mise en avant à cette saison, il n'en reste pas moins que les personnes dormant en rue y sont également présentes aux autres moments de l'année. D'où l'importance d'apporter des solutions durables comme offrir un toit à ces personnes qui n'en ont pas. Est-ce à dire que Bruxelles en aura terminé avec la problématique du sans-abrisme à l'horizon 2020 ? Ce n'est malheureusement pas aussi simple.

Il est difficile de dire combien de personnes sans-abri compte la capitale¹. On estime leur nombre à plus de 2.500². Si l'on doit ajouter à ce groupe les personnes mal-logées, on atteint un peu plus de 4.000 individus. D'où vient alors le nombre utilisé dans la campagne qui a démarré au printemps dernier ? Il fait référence au dénombrement de [La Strada](#) (Centre d'appui au secteur bruxellois d'aide aux sans-abri) en 2014 durant lequel 400 personnes avaient été comptées en rue. Ce nombre représentait alors une augmentation de 25% par rapport à 2010, et continue par ailleurs à croître puisque [La Strada](#), qui renouvelle l'exercice tous les deux ans, indiquait en avoir compté davantage en 2016. Vivant en permanence en rue, les personnes sans domicile fixe sont particulièrement vulnérables car, comme le soulignent les porteurs de la campagne, vivre en rue est nocif et dangereux. « Vivre à la rue, on en crève », écrivait prosaïquement une journaliste dans un article consacré aux sans-abri parisiens³. Les hommes, les femmes qui vivent à la rue sont très souvent confrontés à des problèmes de santé physique et mentale. Ces derniers sont généralement identiques à ceux que l'on peut retrouver dans la population générale⁴ (problèmes respiratoires, dermatologiques, infections des pieds par exemple), mais sont aggravés par le fait de vivre en permanence à la rue. Cette réalité renvoie aussi à une exposition continue à la violence et explique l'omniprés-



Photo © Campagne 400Toits

sence du stress chez les uns et les autres. Sur le bitume, l'espérance de vie est en moyenne de 30 ans inférieure à celle du reste de la population⁵. Les problèmes de santé physique et mentale et les violences expliquent aussi que beaucoup recourent à différents produits (drogues licites et/ou illicites) pour tenir, pour survivre en rue. Certains cumulent différentes vulnérabilités et, par conséquent, semblent être difficiles à aider à sortir de la rue.

Dans un précédent numéro, Bruxelles Santé s'était penché sur le modèle du *Housing First* venu battre en brèche le

« soigner d'abord, loger ensuite »⁶. Venu des Etats-Unis, ce modèle mis en place dans les années 1990 par un psychologue clinicien new-yorkais, Sam Tsemberis se base sur la non-conditionnalité d'accès au logement ; celui-ci doit en fait être le premier outil utilisé dans la réinsertion des personnes sans-abri. Avoir un logement est indispensable pour commencer à se reconstruire. Dans les projets *Housing First* (HF), la population ciblée est celle des sans-abri cumulant les problèmes de santé physique et mentale et d'addictions. Les évaluations des programmes HF mis en route dans les différents pays

où ils ont été initiés sont plutôt positifs. Il en est de même chez nous où sur les 57 personnes accueillies et prises en charge, toutes sont restées dans le logement après 3 ans. [La Campagne 400Toits](#) souhaite voir la formule changer d'échelle. Son objectif est de reloger 400 sans-abri parmi les plus vulnérables d'ici 2020. 400Toits est porté à bout de bras par huit associations : Infirmiers de rue, Habitat & Humanisme, le Forum bruxellois de Lutte contre la Pauvreté, L'Entraide Saint-Gilloise, le Smes-B, Archi Human, SohoNet et la Fondation 4Wings.

Ensemble contre le sans-abrisme

La campagne n'est pas une première action visant à mettre fin à la problématique du sans-abrisme. La démarche est collective et vient en complément au travail déjà accompli par les associations actives dans le secteur de l'aide aux sans-abri. Dans celui-ci, plusieurs opérateurs travaillent déjà à chercher et à créer du logement. L'idée, avec 400Toits, est d'avoir un impact plus grand. Trouver 400 loge-

ments en un temps si court, dans une ville où se loger est devenu difficile pour les revenus modestes, est certes ambitieux, mais reste dans le domaine du faisable si le plus grand nombre se mobilise autour de cette question. A travers la campagne, il s'agit donc aussi de sensibiliser les décideurs, les sociétés de logements, les propriétaires fonciers, les investisseurs et le grand public pour mettre en place des solutions durables et adaptées. La problématique sociétale du sans-abrisme demande en effet des actions immédiates et sur le long terme. Aux côtés des logements d'urgence (en hiver par exemple), temporaires et autres, il faut pouvoir créer des logements supplémentaires et se donner les moyens d'accompagner, suivant les besoins, les personnes qui seraient ainsi relogées.

Au-delà des frontières

La Campagne 400Toits s'insère dans un mouvement plus global et, en ce sens, adhère à la [campagne européenne sur l'élimination du sans-abrisme](#) coordonnée par Building and Social Housing Founda-

tion en collaboration avec la FEANTSA (Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri). Au regard des 2.500 Bruxellois vivant en rue⁷, les 400 logements visés par la campagne peuvent paraître insuffisants. Mais, c'est déjà un premier pas pour tenter d'enrayer le nombre de morts de sans-abri en rue. Il est nécessaire d'en sortir les personnes les plus vulnérables en termes de risque de mortalité. Comment déterminer la vulnérabilité des personnes sans-abri ? La réponse sera apportée par la semaine « Face-à-face pour un logement » qui est la première phase de la campagne. L'objectif de cette semaine est d'aller à la rencontre des personnes vivant en rue afin de connaître chacune d'elles par son nom, d'identifier les besoins tant sociaux que médicaux de chacune et d'imaginer des solutions de logement. Il s'agit finalement de définir des réponses adaptées à la spécificité des besoins du public sans-abri, en donnant une priorité aux plus fragilisés. A côté de cet objectif, les huit associations impliquées ambitionnent de :

- au niveau des citoyens, créer un mouvement de conscientisation et un sentiment d'urgence autour de la question du sans-abrisme ;
- au niveau des professionnels du secteur, accéder à une meilleure connaissance de ce public et renforcer la cohésion et la complémentarité entre les organisations ;
- et, enfin, au niveau des acteurs politiques, encourager et renforcer la prise de décision.

Une première étape décisive

La semaine « Face-à-face pour un logement » est une semaine d'enquête qui a été menée sur l'ensemble de la ville de Bruxelles. Elle s'est étalée sur trois jours (du 26 au 29 juin) et a pu se faire grâce au concours de 350 bénévoles recrutés à la suite de l'appel lancé par les porteurs de la campagne. Une partie est allée s'entretenir sur le terrain avec le public cible aux côtés de travailleurs de rue⁸. L'enquête s'est surtout déroulée en soirée. Les



Photo © campagne 400Toits

autres bénévoles ont été recrutés pour assurer l'encodage des données récoltées. Les bénévoles ont été formés au contexte de la Campagne 400Toits et aux objectifs de la semaine ; au questionnaire VI-SPDAT⁹ et aux méthodes d'entretien ; à la protection des données et au respect de la confidentialité, ainsi qu'à l'organisation pratique de la semaine. Le but du questionnaire était d'avoir une vision globale de la situation des personnes sans-abri rencontrées. Il met en effet en exergue la vulnérabilité des personnes en termes de risque de mortalité et devrait aider les organisateurs de la campagne à identifier les personnes prioritaires.

Mais établir une priorisation ne risque-t-il pas de pousser certains à se mettre dans des situations encore plus fâcheuses ou à adopter des comportements (par exemple, ne plus se laver) pour être repris parmi les personnes plus vulnérables ? Selon les organisateurs, il est peu probable d'en arriver à de telles conduites. La question avait été soulevée lors du démarrage du modèle *Housing First*. Jusqu'ici, rien de ce type n'a été rencontré dans les projets concernés. Nul besoin donc d'être suspicieux, les organisations rappelant que les personnes sans-abri rencontrées, et intéressées par un logement, savent combien la question du logement est difficile pour les plus précaires à Bruxelles. Par conséquent, il peut y avoir un délai d'attente avant d'avoir un toit au-dessus de sa tête. L'idée de la campagne est néanmoins d'accélérer ce délai et de permettre à un maximum de personnes d'accéder plus rapidement à un logement. Pour ce faire, l'appel est lancé à tous et à la volonté de chacun de travailler ensemble. La finalité étant d'élargir le réseau des acteurs impliqués en vue d'élaborer de nouvelles pistes de logement.

Des citoyens bienveillants

Les organisateurs de la campagne indiquent qu'il n'est pas rare que des citoyens prennent contact avec l'une ou l'autre association parce qu'ils s'inquiètent pour une personne sans-abri qui

vit à côté de chez eux. Ils souhaitent les aider, mais ne savent pas toujours comment procéder. L'idée est de les aider à devenir, après formation, des « citoyens bienveillants ». Selon les responsables, l'attention et la bienveillance envers les autres sont des outils indispensables qui peuvent aider quelqu'un à se reconstruire. « Savoir que quelqu'un pense à moi et se soucie de moi » peut aider à se sentir moins seul.

Des solutions de logement existent

Il n'y a pas de miracle, la solution au problème de logement pour les plus fragiles réside dans la création de logements. Il faut cependant souligner que des systèmes de mise à disposition d'habitations pour les personnes sans domicile fixe existent déjà, tels que le conventionnement des attributions avec le logement social (article 14), les occupations temporaires et les partenariats avec les agences immobilières sociales (AIS). Ils existent certes, certes, mais ils gagneraient à être davantage développés. Parallèlement à ces pistes, d'autres plus audacieuses devraient être explorées, comme la création d'habitats légers, pour répondre au manque de foncier ou au coût de la construction. Archi Human, une des huit associations porteuses du projet, va ainsi démarrer la construction de petits logements à haute valeur écologique et architecturale sur des friches urbaines. Il existe d'autres possibilités de logements modulaires. On peut encore citer la création de logements de petites tailles dans des bureaux inutilisés, le conventionnement de studios étudiants dans le cadre de la création d'immeubles de kots, ou encore l'investissement dans la création de logements à finalité sociale.

La réussite de 400Toits ne tient pas seulement au fait de procurer un logement aux sans-abri les plus vulnérables. Il s'agit aussi de tout faire pour que ces derniers y demeurent. Car certains, après avoir vécu des années en rue et développé diverses stratégies pour y (sur)vivre, sont déstabilisés par la vie dans une habita-

tion. Comme déjà souligné, la réussite de tels programmes de logement réside donc également dans l'accompagnement nécessaire que notre société peut offrir à ses citoyens les plus vulnérables. Les associations du secteur le font déjà avec des moyens parfois dérisoires. Aux décideurs et à la société civile de soutenir leurs efforts en apportant les moyens nécessaires pour pérenniser ces gestes de solidarité. ■

Anoutcha LUALABA LEKEDE

1. Combien y a-t-il de sans-abri en Région bruxelloise ?, <https://www.lastrada.brussels> (27/03/15).
2. Voir l'article : Forte augmentation du nombre de SDF à Bruxelles depuis 5 ans, www.levif.be (24/03/15).
3. Camille Bauer, Misère. « Vivre à la rue, on en crève », <http://www.humanite.fr> (22/03/17).
4. Sans-abri, SDF : l'errance aujourd'hui (1ère partie) dans « Bruxelles Santé » n° 40 (Octobre, novembre, décembre 2005), asbl Question Santé.
5. Camille Bauer, Misère. « Vivre à la rue, on en crève », <http://www.humanite.fr> (22/03/17). Pour les organisateurs de la Campagne 400Toits, l'âge moyen de décès des hommes qui ont été sans-abri est de 47 ans et de 45 ans pour les femmes.
6. Marie-Hélène Salah, Le projet Housing First, extrait du dossier « L'aide aux sans-abri, un secteur complexe et divers » dans « Bruxelles Santé » n° 77 (janvier, février, mars 2015), asbl Question Santé, 2015, pp. 7-12).
7. Par Bruxellois, il faut comprendre les personnes sans-abri présentes sur le territoire de la Région au moment du recensement. Les sans-abri se distinguent aussi par leur diversité. Il y a des hommes, des femmes, des familles parfois, des Belges, des Bruxellois, des étrangers, des migrants, des illégaux, etc.
8. Sur le terrain, il y avait en fait des bénévoles « face-à-face » et des bénévoles « reporters ». Les premiers ont aidé à la réalisation des entretiens alors que les seconds ont été chargés de capturer le parcours et la situation des personnes sans-abri qui le souhaitaient. Ils pouvaient pour ce faire utiliser la photographie, la vidéo, l'écriture, le dessin, etc.
9. Ce questionnaire, basé sur une recherche solide et déjà bien expérimenté sur le terrain, aide à construire une base de données avec les noms, les conditions de santé ainsi que les histoires institutionnelles et sociales des personnes sans-abri.



« En prison, la prévalence de la tuberculose est 16 fois plus importante que dans la population générale, l'hépatite C est 7 fois plus présente et le Sida 5 fois plus. Cinq fois plus de détenus sont atteints de psychose. » Ce constat, figurant parmi d'autres tous aussi accablants, est dressé par l'Observatoire internationale des prisons.

Dans un tel contexte, l'action menée en promotion de la santé a-t-elle un sens et une place à prendre ? Qui plus est, de quelle marge de manœuvre disposent véritablement les professionnels du secteur de la promotion de la santé pour mener des actions en milieu carcéral ?

La promotion de la santé en milieu carcéral

S'il y a bien un milieu toxique où la promotion de la santé devrait prendre tout son sens, c'est la prison. Pourtant, en Belgique, l'équation santé et sécurité semble éternellement insoluble. Pour comprendre les enjeux, les obstacles et les espoirs de la promotion de la santé en milieu carcéral, nous avons rencontré Vinciane Saliez de l'asbl I.Care et Kris Meurant, coordinateur à l'asbl Transit.

I.Care est la dernière-née des asbl actives en milieu fermé. Vinciane Saliez nous la présente : « [I.Care](#) est une asbl fondée en novembre 2015 par Gaëtan de Dorlodot, médecin chef du centre chirurgical de la prison de Saint-Gilles. Notre équipe comprend aussi Kris Meurant, coordinateur social et responsable du volet prison à l'asbl [Transit](#) qui, par sa fonction, connaît bien les problématiques spécifiques des usagers de drogues détenus et des difficultés rencontrées à la sortie de prison, et moi-même, qui ai travaillé à l'asbl Modus Vivendi, dans la réduction des risques autour des usages de drogues en prison. Le Conseil d'administration d'I.Care est composé à part égale de personnes qui travaillent en prison, dont plusieurs médecins, et de personnes qui travaillent hors de prison. Nous sommes financés par la Cocof à raison de 70.000 euros. Partant de nos expériences et des constats des travailleurs de terrain, nous voulions travailler la question de la santé en milieu fermé. Pour l'instant, nous travaillons essentiellement sur le milieu carcéral car il y a énormément à faire et nous avons encore peu de moyens. Mais les centres fermés, les services fermés des maisons de repos, les IPPJ, tous les lieux fermés pourraient faire l'objet de notre attention. »

« La Justice gérant la santé, c'est un peu comme acheter son pain chez le coiffeur ou se couper les cheveux chez le boulanger ! »

Vinciane Saliez

Les objectifs d'I.Care sont triples : « I.Care se compose de trois volets. Le premier,

ce sont les projets de première ligne, menés directement auprès de détenus. Le second est axé sur l'amélioration de la communication en prison, entre le milieu médical et les services en charge de la sécurité, mais aussi au sein des services médicaux afin d'améliorer le système de santé en milieu carcéral par un meilleur échange d'informations et de réflexions entre les professionnels. Travailler le lien entre l'intérieur de la prison et le monde extérieur est aussi important pour nous, autant pour la santé des détenus que pour améliorer la communication. Enfin, le troisième volet a pour but de remonter les informations des nombreuses asbl, qui font un travail formidable avec les détenus, vers le politique. Nous sommes sur le terrain en première ligne au plus près des détenus, en deuxième ligne parce que nous voulons toucher les professionnels et nous interpellons la classe politique sur les questions de santé en milieu carcéral. Notre objectif n'est pas de dénoncer le système carcéral actuel, des organismes comme [l'Observatoire international des prisons](#) et la [Ligue des droits de l'homme](#) le font déjà et très bien. Nous voulons démontrer qu'il est possible de changer le système de l'intérieur. »

Un ex-détenu m'a dit un jour que ce qui lui manquait à la sortie de prison c'était un cours de citoyenneté car il ne savait plus comment se comporter en société : « J'ai fait 17 ans de prison. Ma vie d'adulte, je l'ai passée intégralement en prison. Je ne sais pas comment ça marche dehors. Je ne sais pas comment me

comporter. » Il n'était pas éduqué, il savait à peine lire.

Kris Meurant

L'asbl Transit, quant à elle, accueille des sortants de prison depuis une quinzaine d'années. Kris Meurant : « Transit est un centre de jour et un centre d'hébergement de crise non-médicalisé pour usagers de drogues. L'asbl existe depuis 1995. Nos conditions d'accueil fonctionnent sur le principe du bas seuil d'accès, gratuit, inconditionnel pour toute personne majeure et ayant un souci en lien avec les assuétudes, et accessible 24h sur 24, 7 jours sur 7. Nous avons pris une place dans le champ de l'accueil post-carcéral car ces critères conviennent idéalement aux sortants de prison – qu'ils bénéficient d'une autorisation de sortie, d'un congé pénitentiaire ou d'une libération – dont les modalités de sortie souvent imprévisibles sont un frein à leur accueil dans les autres centres. Confrontés au nombre grandissant de demandes de prise en charge émanant de détenus et ex-détenus, nous avons développé le pôle prison dès 2003. Actuellement, nous avons des autorisations à l'année pour 7 travailleurs dans les 3 prisons bruxelloises. Nous n'instaurons pas de suivi mais travaillons en one shot, par détenu et par détention. Nous rencontrons les détenus en prison, leur proposons un accueil et évaluons leur situation et leur profil de consommation. Ensuite, avec l'accord des détenus, nous informons les greffes des modalités de l'accueil et leur réservons tous les soirs un lit jusqu'à leur libération. Les conditions d'accueil sont les mêmes que pour tout usager de drogues. »

Le taux de suicide est sept à onze fois plus élevé en prison que dans la population générale qui est de deux suicides pour dix mille personnes.¹

Dès les premières années, l'équipe de Transit a été confrontée aux carences du système des soins de santé en milieu carcéral : « Lorsqu'un détenu était libéré, bien souvent un vendredi en fin de journée, il arrivait à Transit sans médication. Aucune continuité de soins n'était mise en place, ni pour les traitements de substitution ni pour les maladies chroniques comme le diabète, alors que ce principe est coulé dans ladite « Loi Dupont » de 2004. Cette situation générait un état de manque, de mal-être et des comportements difficiles de la part des sortants de prison que nous hébergions. Nous avons exposé ce problème à l'occasion des travaux entrepris lors du « groupe de travail santé » organisé par la CAAP (Concertation des associations actives en prison). Avec l'appui des opérateurs du SPF Justice et de Philippe Glibert, coordinateur politique drogue, nous avons développé le projet de continuité de soins avec les 3 prisons bruxelloises. Depuis 2011, lorsqu'un détenu bruxellois sous traitement de substitution arrive à Transit à sa sortie de prison, il reçoit 72 heures de traitement s'il est libéré un vendredi et 24 heures s'il est libéré en semaine. Ainsi, nous pouvons commencer l'hébergement dans de bonnes conditions et mettre rapidement en place un suivi dans un centre médicalisé. Nous prenons en charge le coût du traitement, jusqu'à ce que la personne remette en ordre sa situation mutualiste et financière. Ce projet continu de soins a démontré qu'il répond à un besoin urgent et vital pour tous les sortants de prison souffrant de pathologies chroniques. »

Les détenus ont droit à 2 douches par semaine quelle que soit la température. Les draps ne sont lavés qu'une fois par mois ; les matelas, oreillers et couvertures une fois par an alors qu'ils peuvent être utilisés par plusieurs

personnes. La gale est très présente en prison.¹

Les soins de santé sont financés par l'INAMI mais sous la responsabilité du SPF Justice et non du SPF Santé publique. La promotion de la santé dépendait de la Fédération Wallonie-Bruxelles mais a été régionalisée, suite à la 6^{ème} réforme de l'Etat. Pour Vinciane Saliez, le premier enjeu de la santé en prison est institutionnel : « Le premier problème de la santé au sens large en milieu carcéral est qu'elle dépend de l'administration pénitentiaire dont la priorité est forcément la sécurité et non la santé. De nombreuses instances internationales comme l'OMS et le [Conseil de l'Europe](#) recommandent d'ailleurs qu'en prison, la santé et la sécurité soient clairement différenciées et que l'indépendance des soins de santé soit garantie. Avant le transfert de compétences de la 6^{ème} réforme de l'Etat, la promotion de la santé, y compris en milieu carcéral, était gérée par la Fédération Wallonie-Bruxelles. Or, la Justice est responsable de la santé des détenus sur base d'une enveloppe budgétaire fermée octroyée par l'INAMI. Ces deux niveaux de pouvoir se renvoyaient la responsabilité de la gestion des matières liées à la santé en prison. Il y avait donc très peu de projets financés. La santé physique et psychique en prison est une espèce de *no man's land* qu'aucune instance spécifique ne prend en charge. Aujourd'hui, avec le transfert de compétences, les Régions s'adaptent et prennent progressivement les choses en main. »

55 % des détenus n'ont pas le diplôme de secondaire et 30 % n'ont pas celui de primaire.¹

Lorsqu'une personne est incarcérée, elle dépend intégralement du SPF Justice. Elle perd donc son affiliation mutuelle, son droit au chômage ou au revenu minimum d'intégration et à l'assurance soins de santé. Pour Kris Meurant, les conséquences de ce système sont très négatives tant pour l'ex-détenu que pour la société dans son ensemble :

« A priori, quelqu'un qui est privé de liberté ne devrait subir « que » ça. Mais, le régime carcéral clive la question de l'affiliation mutualiste et de la perception des indemnités de remplacement quelles qu'elles soient et c'est comme ça depuis toujours. Nous déplorons qu'en sachant que ces personnes sont désaffiliées, aucune procédure de réactivation n'existe à leur sortie de prison. Si la personne était en ordre de mutuelle et avait droit au chômage ou au CPAS, cela lui prendrait un bon mois pour récupérer une affiliation mutuelle, une adresse de référence et un revenu d'intégration sociale. Sinon, et c'est particulièrement le cas de la population que nous accueillons, les délais peuvent être beaucoup plus longs. Pendant ce temps, elle ne perçoit aucun revenu et ne peut pas se soigner. Cette situation entraîne rechute et récidive, surtout si la personne n'a pas de tissu social et familial bien constitué et ne trouve pas d'aide dans une structure comme la nôtre. 90% des gens que nous accueillons n'ont pas de perspective d'aide de leurs proches. Avec d'autres associations du secteur comme [Modus Vivendi](#), [CAP-ITI](#) et [I.Care](#), nous travaillons à faire changer cette situation. »

En moyenne, les détenus doivent attendre plus de deux mois avant de voir un dentiste.¹

Que la privation de liberté entraîne automatiquement une privation des droits les plus élémentaires semble archaïque et difficilement justifiable dans la Belgique du XXI^{ème} siècle. Kris Meurant nous le confirme : « Effectivement, il n'y a pas de lien ou il ne devrait pas y en avoir entre privation de liberté et privation de droits. Le postulat est que la Justice prend en charge l'aspect santé des détenus, donc il n'est pas nécessaire qu'ils conservent une affiliation mutuelle. Nous attendons les recommandations de [l'étude du KCE](#) qui analysera les coûts et les modalités du transfert de la santé en milieu carcéral du SPF Justice au SPF Santé publique, ainsi que les stratégies de réinsertion des détenus et les perspectives de réaffilia-

tion pour les personnes qui ne seraient pas en ordre de séjour sur le territoire et d'affiliation mutuelle au moment de leur incarcération. Idéalement, cette réforme devrait intégralement transférer les soins de santé en prison au SPF Santé publique, en garantissant enfin des soins équivalents à ceux de la société civile et en totale indépendance. Dans leur pratique en milieu carcéral, certains médecins, comme Gaëtan de Dorlodot, rappellent la place du soignant et l'importance du soin en toute indépendance. Ils traitent les détenus comme des patients, alors que d'autres ne les voient plus qu'à travers le prisme sécuritaire et en oubliant que leur mission est de soigner. Ceux-là voient le détenu patient et non le patient détenu. La meilleure chose que pourrait générer le transfert de compétence, c'est un changement de rapport entre soignés et soignants en prison. »

En prison, pour assurer le suivi psychologique des détenus, il y a en moyenne l'équivalent d'1 temps plein pour 700 détenus. ¹

Pour remettre les détenus au centre de la démarche de soins, I.Care mène un projet au cœur même de la prison : « En octobre 2016, nous avons créé Care Connection, nous explique Vinciane Saliez, un projet unique en promotion de la santé que nous avons eu l'opportunité de monter à la prison des femmes de Berkendael avec le soutien de la direction. Avec ce projet, nous voulons amener la promotion de la santé au cœur des cellules. Nous n'attendons pas que les détenues aient une demande pour les rencontrer. Nous leur demandons l'autorisation d'entrer chez elles – car leur cellule est quand même leur chez elles –, nous leur expliquons le sens de la promotion de la santé et nous discutons avec elles de comment nous pouvons les soutenir. Nous suscitons la demande chez des personnes qui ont des besoins mais ne les expriment plus. Par la suite, les détenues formulent leurs propres demandes ou relaient celles d'autres détenues. Parfois, ce sont les services médicaux de la prison ou les agents pénitentiaires qui nous informent

des besoins d'aide d'une détenue. Nous avons intégré deux personnes, « les se-mieuses de promotion de la santé », qui nous aident à faire entrer la promotion de la santé dans ce milieu extrêmement toxique qu'est la prison. C'est très paradoxal et cela soulève beaucoup de questions éthiques d'amener la promotion de la santé dans ce milieu pathogène. La santé et la promotion de la santé existent pour un mieux-être alors que la prison apporte son lot de souffrances. Nous évitons de travailler certains thèmes comme l'alimentation ou l'activité physique car les détenues n'ont aucune prise sur ces éléments et nous estimons qu'il y a une forme de violence à travailler sur ces questions en prison. Nous travaillons plutôt des questions spécifiques au milieu carcéral : maladie virale, prises de risque, santé mentale... Et surtout, nous attendons de recevoir leurs demandes, leurs besoins. En rencontrant les détenues en cellule, on entre chez elles, on découvre leurs univers... Partant de là, on peut commencer à travailler dans un rapport où la singularité de l'individu, son histoire de vie sont remises en avant. Alors qu'en prison, il y a une forme de négation de la singularité, la promotion de la santé se base sur les compétences des individus et leur renforcement via une approche collective. L'étape suivante du projet sera de développer des démarches communautaires de promotion de la santé, de proposer à un groupe de personnes détenues de faire porter leurs questions et leurs revendications par le collectif car la force du changement passera par le collectif. Mais notre travail est limité. Parfois les détenues expriment des plaintes qui dépendent de la structure et de l'organisation carcérale et pour lesquelles nous ne pouvons rien faire. Il y a aussi des freins individuels de l'ordre de l'estime de soi, du rapport au corps, des ressources de chacune avant l'incarcération... Tous les déterminants sociaux de la santé sont exacerbés en prison. A Berkendael, nous sommes là pour créer le lien, amener la confiance et accompagner, mais aussi pour relayer les besoins des détenues vers des organismes extérieurs à la prison. »

En prison, la prévalence de la tuberculose est 16 fois plus importante que dans la population générale, l'hépatite C est 7 fois plus présente et le Sida 5 fois plus. 5 fois plus de détenus sont atteints de psychose. ¹

Les personnes incarcérées ont bien souvent un état de santé moins bon que celui de la population générale déjà avant leur incarcération. La prison génère des pathologies spécifiques : absence d'activités physiques, alimentation peu équilibrée, trouble de la vision, problèmes de santé mentale... Le milieu carcéral est un reflet des déterminants sociaux de la santé. Les conséquences sont importantes pour la santé des détenus mais aussi pour la santé publique : « La population carcérale a en moyenne un état de santé très dégradé, dénonce Kris Meurant. En prison, il y a un temps qui pourrait être mis à profit pour améliorer non seulement la santé individuelle des personnes détenues, mais aussi pour répondre à des problèmes de santé publique. Par exemple, l'hépatite C est très présente dans la population carcérale. S'il est possible de dépister la tuberculose en prison, il est possible d'étendre le dépistage à d'autres pathologies. En mettant des moyens suffisants pour les soins de santé en prison, on s'assurerait qu'un suivi efficient existe lorsque les personnes en sortiront et on réduirait à long terme les dépenses de santé. Malheureusement, la Belgique a une vision à court terme et sécuritaire des politiques carcérales. Si elle reste un modèle en matière de sécurité sociale, elle représente un gros point noir en Europe sur les questions carcérales. »

Environ 70% des détenus sont toxicomanes et près de 30% de la population carcérale est détenue notamment pour des faits liés à la drogue. ¹

Paradoxalement, la consommation de drogues est une cause fréquente d'incarcération mais également une problématique très présente en prison : « Il

Il y a de la drogue dans toutes les prisons du monde et il y en aura toujours, constate Vinciane Saliez. Plus de 60% de la population carcérale a déjà consommé avant d'entrer en prison. Le milieu carcéral est extrêmement stressant : promiscuité, bruit constant, tensions de toutes sortes, surpopulation, éloignement ou rupture des liens familiaux, inconnue sur l'avenir... Tous ces facteurs favorisent la consommation. Et il y a aussi le facteur temps. Le temps en prison est souvent vécu comme un arrêt pendant lequel il ne se passe rien. Particulièrement à Bruxelles où les détenues passent 23h/24 à deux ou trois en cellule. Consommer devient un moyen de tuer le temps, de tenir le coup. »

L'usage de psychotropes légaux serait deux fois plus élevé en prison qu'à l'extérieur et même dix fois plus élevé pour les neuroleptiques (tranquillisants).¹

Pourtant, il y a peu de programmes de réduction des risques : « En 2006, une circulaire ministérielle « drogue » a mis en place un groupe de pilotage central drogue pour définir une politique qui devait être travaillée par des groupes de pilotage locaux. Ces groupes de pilotage ont pratiquement disparu. Le SPF Justice finance certains projets spécifiques comme « Boule de neige » mais consi-

dère que ce n'est pas son rôle. Du côté de la santé publique, Maggie De Block va financer un projet pilote d'amélioration de l'accompagnement des usagers de drogues dans trois prisons avec l'objectif de l'élargir à tous les détenus usagers de drogue. Actuellement, les différents niveaux de pouvoirs subsidiaires attendent les résultats de l'étude du KCE sur la pertinence et les modalités du transfert des compétences santé de la justice à la santé publique. Ce transfert pourrait améliorer la situation des soins de santé et de la promotion de la santé en prison, si les financements suivent bien sûr. »

Un détenu s'est cassé le bras au préau vendredi et n'a été plâtré que le lundi.¹

La population carcérale est en mauvaise santé, une bonne partie souffre d'assuétudes ou commence à consommer en prison, beaucoup ont aussi des problèmes psychiatriques. Plus de 50% des détenus n'ont rien à faire en prison, ils devraient être soignés. Pourtant il n'y a pas de politique de santé ni de promotion de la santé spécifique en milieu carcéral. « C'est un bon constat, atteste Kris Meurant. A travers toutes les actions que nous menons avec nos partenaires, nous ne pouvons que le confirmer. Beaucoup de personnes incarcérées n'ont rien à

faire en prison. Les personnes souffrant d'assuétudes ayant commis des délits en lien avec l'usage de drogues – même si cela reste des délits que nous ne voulons pas banaliser – n'ont pas leur place en prison, à moins d'y créer des espaces spécifiques pour traiter les assuétudes. »

Un détenu est resté 2 semaines avec un pied cassé avant d'être plâtré.¹

La solution préconisée par le Gouvernement Fédéral pour résoudre les problèmes de surpopulation carcérale et de vétusté des prisons à Bruxelles est la construction de la future méga-prison de Haren. Or, cette solution semble elle-même porteuse de problèmes. Vinciane Saliez et l'asbl I.Care n'y sont pas favorables : « Haren sera une très grande prison. Or, nous savons que de petites unités carcérales donnent de meilleurs résultats en termes de réinsertion et de récidive. De plus, construire une prison à Haren, c'est sortir la prison du centre-ville. Symboliquement, nous pensons que garder la prison en ville, c'est donner une place aux détenus, reconnaître qu'ils font aussi partie de notre société. Sans compter que l'accès pour les proches sera beaucoup plus difficile. Pour de nombreuses raisons, nous ne sommes pas favorables à ce type de projet, même si les conditions d'incarcération à Saint-Gilles et à Forest sont très mauvaises. Construire de grandes prisons, c'est une politique à court terme. Des études ont démontré que plus de places en prison mène à plus d'incarcérations, alors qu'il n'y a pas de politique de réinsertion et que les coûts de l'incarcération et ses résultats sont catastrophiques. »

Une détenue souffrant d'un cancer et bénéficiant de sorties spéciales pour suivre une chimiothérapie à l'hôpital a été régulièrement « oubliée » dans sa cellule et a manqué ses rendez-vous médicaux.¹

Pour Kris Meurant également, la future prison de Haren est plus un problème qu'une solution : « Les choix opérés



Photo © Laurence Côte - Matériel utilisé par Modus Vivendi dans les prisons

pour la future prison de Haren sont une ineptie. Toutes les études internationales démontrent que les méga-prisons ont un effet dévastateur sur les détenus et sur l'ensemble des personnes physiquement présentes au sein de la prison, travailleurs y compris. Alors que nous savons que de petites unités à taille humaine, dans lesquelles la personne est au centre d'une démarche de prise en charge spécifique, sont beaucoup plus efficaces pour prévenir les récidives. Il est possible de diminuer drastiquement le risque de récidive en mettant en place, pour les détenus non dangereux, un accompagnement humain et sanitaire qui ouvrirait de réelles perspectives de réinsertion. »

Un médecin doit examiner entre 20 et 50 détenus en 2 heures, ce qui lui laisse de 2,5 à 6 minutes par détenu.¹

Les obstacles à une politique de soins de santé digne de ce nom en prison sont avant tout institutionnels, structurels et organisationnels : « En matière de soins de santé en milieu carcéral en Belgique, observe Vinciane Saliez, il manque une vision politique. L'équivalence de soins intérieur/extérieur de la prison est coulée dans la loi de principes qui n'est pas entrée en vigueur puisque les arrêtés d'application n'ont jamais été promulgués. Si on compare la population générale et le public carcéral, on constate que les besoins sont différents. La population carcérale rencontre des problèmes de représentation du corps et de la santé, d'accès aux connaissances,



Photo © M.-H. Salah

Slogan des militants de la ZAD du Keelbeek Libre opposés à la construction de la méga-prison de Haren sur un site riche en biodiversité.

La ZAD ou Zone d'Autonomie à Défendre est un lieu, terrain ou bâtiment, occupé par des citoyens à des fins politiques dans le but de s'opposer à un projet d'aménagement public et pour défendre une zone considérée comme ayant une haute valeur environnementale, patrimoniale, agricole et/ou citoyenne.

d'accès à l'écrit, aux langues... Il y a aussi des problèmes structurels, certains services médicaux souffrent d'un manque criant de personnel. »

Un détenu souffrant depuis longtemps et atteint d'essoufflement est décédé en cellule d'une pathologie cardiaque. Il attendait un électrocardiogramme prescrit 7 mois auparavant. L'appareil était hors d'usage.¹

Dans la situation actuelle, le quotidien des détenus s'apparente, au mieux, à de la maltraitance, au pire, à de la torture. Il n'est pas possible de sortir mieux et meilleur de prison. Comment parler de réinsertion, de prise de conscience du délit commis, de faire « amende hono-

nable » dans ce qui est une grande fabrique à haine ? La prison telle qu'elle fonctionne aujourd'hui ne peut remplir le rôle qu'on attend d'elle : protéger la société, éviter de nouvelles victimes, réinsérer les coupables. Kris Meurant : « Lorsque nous avons créé I.Care avec Vinciane Saliez et Gaëtan de Dorlodot, nous avons aussi comme objectif de défendre un changement de paradigme. Nous voulons rappeler l'importance du soin en prison, la nécessité d'intégrer en milieu carcéral toute la santé (soins, promotion de la santé, réduction des risques, prévention...) comme elle est pensée dans la société civile. En prison, il ne devrait être question que de privation de liberté, pas de privation de droits ou de soins. Aujourd'hui, la privation de liberté n'est pas investie d'un sens. Si on ne donne pas aux détenus les moyens d'opérer les changements qu'on attend d'eux, la peine est vide de sens et les conséquences à la sortie sont pires. Les directeurs de prison en ont bien conscience. Ils savent qu'actuellement la prison ne permet pas la réinsertion mais ils sont aussi démunis en termes de moyens. » ■

Marie-Hélène Salah

Pour plus d'informations :

- I.Care asbl : <http://i-careasbl.be>
- Transit asbl : <http://users.skynet.be/transitnet/>
- L'Appel pour un transfert de compétences des « soins de santé des détenus » vers les SPF Santé Publique et SPF Sécurité Sociale émanant de la Concertation assuétudes-prisons Bruxelles (CAPB) dont les membres sont Transit asbl, Modus Vivendi et CAP-ITI (Centre d'accueil post-pénitentiaire et d'informations pour toxicomanes Incarcérés): <https://www.atsp.be/>
- Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 23 au 27 avril 2012, Conseil de l'Europe : <https://rm.coe.int/1680693e52>
- Commission de Surveillance – Prison de Berkendael Rapport santé, hygiène et alimentation. Août 2013-2015 : http://www.ccsp-ctrig.be/fr/system/files/rapport_berkendael_sante_hygienealimentation_12.11.2015.pdf
- Conseil Central de Surveillance Pénitentiaire, Rapport Saint-Gilles 2016 : http://www.ccsp-ctrig.be/fr/system/files/rapport_annuel_2016_definitif_fr.pdf

1. Extraits du rapport de l'Observatoire international des prisons, Section belge « Notice 2016, Pour le droit à la dignité des personnes détenues » : <http://oipbelgique.be/fr/wp-content/uploads/2017/01/Notice-2016.pdf>

La santé, le parent pauvre du développement durable à Bruxelles ?

Lorsque l'on aborde les questions de santé dans une perspective de développement durable, c'est bien souvent via ses déterminants que le fil est tiré. Logement, développement économique, alimentation, mobilité... : autant de thématiques abordées lors du cycle de débats « La ville comme écosystème », organisé par Brussels Academy et Bruxelles Environnement. Mais de santé en tant que telle, on a très peu parlé...

Vivre en ville, c'est habiter, bâtir, produire et occuper un espace collectif restreint. Des contraintes qu'une ville en croissance comme Bruxelles rencontre évidemment et auxquelles elle tente d'apporter des réponses cohérentes, malgré son découpage institutionnel complexe. Des réponses qui ne sont pas sans impact sur la santé. La santé de tous, mais sans doute encore plus celle des quartiers défavorisés. Aujourd'hui, cette croissance s'envisage en tenant compte d'objectifs sociaux, économiques et environnementaux, afin d'être en adéquation avec les principes du développement durable. Il s'agit d'intégrer ces différentes dimensions dans une perspective globale. Mais la santé fait-elle réellement partie des préoccupations lorsque l'on envisage les enjeux du développement durable pour une ville comme Bruxelles ?

Quelle transition durable pour Bruxelles ?

Un cycle d'ateliers-débats « La ville comme écosystème », organisé par [Brussels Academy](#) et [Bruxelles Environnement](#), a abordé la thématique du développement durable, en avril et mai derniers. Plusieurs sujets ont été traités lors de ces rencontres : une définition de l'écosystème urbain et la proposition d'un modèle pour Bruxelles, l'enjeu de l'alimentation, l'eau dans la ville, la gestion du vert ou encore la mosaïque

paysagère bruxelloise. Un cycle qui s'est clôturé par un grand débat sur la transition durable à Bruxelles, le 23 juin dernier. Malgré une participation citoyenne relativement faible, la soirée-débat a porté sur cinq grands enjeux, issus des ateliers : Bruxelles conçue comme un écosystème, la souveraineté alimentaire, la planification des ressources en eau, la biodiversité et la mobilité. Plusieurs intervenants (Pierre Vanderstraeten, architecte, Chloé Deligne, historienne de l'environnement à l'ULB, Serge Kempenaers, fonctionnaire à Bruxelles Environnement, Christophe Lois, directeur de Perspective Brussels et Alain De Neef, président de Brussels Metropolitan) étaient présents pour débattre avec le public, en l'absence de la ministre Céline Frémault, excusée et non remplacée pour cause de vicissitudes politiques.

Il ressortait de ces débats que Bruxelles est confrontée à une combinaison de phénomènes conjoncturels et structurels qui ont un impact fort sur les plans socio-économique et environnemental. La croissance démographique est réelle, avec une dualisation sociale forte entre les plus pauvres et les classes aisées. La croissance du bâti est en conséquence, avec des impacts environnementaux comme l'imperméabilisation des sols qui impacte le ruissellement des eaux dans les fonds de vallée, souvent occupées par les moins nantis. Le développement de nouveaux lotissements diminue les espaces ouverts, les friches et les espaces verts en intérieur

d'îlots, ce qui nuit à la biodiversité. La pression automobile reste extrêmement prégnante, tout comme la délocalisation du système de production alimentaire, avec un phénomène de « malbouffe » qui touche les plus défavorisés. La dépendance aux énergies fossiles et nucléaire est également persistante. Des constats assez noirs contrebalancés par des directives assez générales, comme la volonté de tenir compte des inégalités sociales dans le traitement des problèmes environnementaux, ou bien celle de mieux gérer les ressources territoriales en termes d'eau ou de production alimentaire existante. Autre piste à approfondir : le fait d'inclure dans les politiques menées le savoir-faire des habitants, à côté des savoirs socio-techniques et technologiques.

Et la santé dans tout ça ?

C'est de manière très incidente, voire quasi inexistante, que la santé a été traitée lors du « grand débat » du 23 juin. Bon nombre des déterminants des problèmes de santé échappent en effet au contrôle direct du secteur de la santé et dépendent d'autres domaines comme ceux du logement, de la mobilité, de l'énergie ou encore de l'alimentation. La présentation du plan régional de développement durable (PRDD) par certains intervenants comme une manière de penser la ville de façon plus écosystémique, en concevant un territoire au

service de l'habitant, a été soutenue mais également débattue, tout comme le plan Canal pour organiser autrement le métabolisme urbain. Une attention à la question de l'articulation des échelles, de l'échelle micro au plus global, a été mise en avant pour être plus respectueux des humains et de l'environnement. La question de l'alimentation a été abordée en citant le plan Good Food qui vise un éveil, une sensibilisation, une éducation à d'autres modes de comportements alimentaires. La question de l'eau a été envisagée en mettant l'accent sur la nécessité d'une transition d'un système centralisé de production vers une gestion des ressources plus décentralisée et faisant place aux multiples initiatives locales qui peuvent faire la différence dans la gestion des ressources, notamment par la récupération des eaux de pluie. En termes de biodiversité, la réflexion assez générale de savoir si elle est prise réellement au sérieux à Bruxelles a été soulevée. Quant à la mobilité, il s'agit de stopper la fuite en avant et de réaliser les évolutions nécessaires, a fortiori si l'on tient compte des opportunités qu'offre le canal ou encore le réseau S des 33 gares bruxelloises qui pourrait devenir le second réseau de métro à Bruxelles.

Autant de mesures susceptibles d'impacter la santé, mais qui n'ont pas été abordées spécifiquement dans cette perspective. Une conséquence, selon certains, d'un manque d'intérêt des politiques menées aujourd'hui à Bruxelles, à l'égard de cette thématique « Santé ». A ce sujet nous avons interrogé Marie-Anne Swartenbroeckx, membre du conseil d'administration d'Inter Environnement Bruxelles, laquelle est assez critique, notamment quant à la place réservée à la santé dans le tout nouveau PRDD : « L'objectif du PRDD est assez globalement axé sur une rentabilité à court terme des projets envisagés, sans avoir une attention pour la thématique de la santé pour l'ensemble de la population et en particulier celle des plus défavorisés qui est impactée plus fortement. Prenons la question du logement qui est un déterminant essentiel pour la qualité

de la vie des habitants : le PRDD se focalise sur des projets immobiliers dans des zones prioritaires qui ne tiennent absolument pas compte des besoins en termes de logements accessibles. La rénovation du bâti ne semble pas une priorité. En revanche, la politique de démolition-reconstruction largement utilisée en RBC a des impacts très négatifs sur l'environnement et partant, sur la santé des habitants. Idem pour la mobilité dont on sait les répercussions en termes de qualité de l'air et de pollution par le bruit. Pourtant, on attend toujours des solutions sérieuses. Et quand solutions il y a, elles sont souvent au détriment des moins nantis. On parle par exemple de projets de zones basse émission qui impliqueraient la disparition des véhicules diesel datant de plusieurs années ; or c'est précisément de ce genre de véhicules dont disposent les familles les plus pauvres. En matière d'espaces publics à créer, on les envisage une fois encore surtout là où on espère une certaine rentabilité et si on envisage des parcs ou des espaces publics dans des quartiers moins riches, comme dans la première couronne, ils souffrent d'un environnement défavorable. La question du bruit est également une source de nuisances énorme et l'impact sur la santé publique est colossal : or, le développement du tourisme de masse, notamment en centre-ville, se fait sans égard par rapport au bruit, pourtant considéré comme une des principales nuisances pour la santé par l'OMS. Quant à la pollution de l'air, la région de Bruxelles-Capitale est en infraction par rapport aux normes européennes et ne dispose pas de stations adéquates, notamment pour la mesure des particules fines. On le voit, tous ces déterminants ont un impact fort sur la santé et nécessitent qu'on joue sur eux pour améliorer cette dernière. Or, le PRDD est très général et poursuit des priorités essentiellement liées au développement économique de Bruxelles. Idem pour le plan Air-Climat. Tout cela manque d'engagement. » ■

Nathalie Cobbaut

Le réseau Bruxelles ville en santé, devenu l'instrument des politiques publiques

La Région de Bruxelles-Capitale est membre du [réseau européen des Villes-Santé](#) depuis 2001. Ce programme de l'OMS, créé en 1986, a pour but de promouvoir la santé et le bien-être des habitants des villes, en encourageant la participation et la mobilisation citoyenne. Le projet bruxellois cible de façon transversale la lutte contre les inégalités sociales.

Actif entre 2001 et 2013, le réseau a soutenu 2 appels à projets. Un premier appel, lancé en 2003, concernait l'espace public et la participation. Des projets furent initiés avec les habitants de Laeken, Schaerbeek, Molenbeek et Jette, en vue de mettre sur pied un potager urbain, réhabiliter une piscine, améliorer la convivialité dans un quartier de logements sociaux et renforcer le sentiment de sécurité et la qualité de vie dans un quartier défavorisé. L'autre appel à projets, initié pour sa part en 2006, concernait la mobilité avec notamment un projet visant à améliorer l'utilisation d'un parc, l'amélioration d'un nœud de mobilité et le réinvestissement d'un quartier dédié à la prostitution.

En janvier 2013, à la suite d'une évaluation considérant que le projet mené manquait de visibilité et d'impact, il a été rapatrié au sein de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles et s'est vu assigner la mission d'assister le gouvernement afin de lui fournir des analyses, des chiffres et autres données relatives à la santé afin d'établir un plan Santé. Présenté en 2015 pour la seule COCOM, ce plan assez vague ne porte pas vraiment sur une analyse globale de la question de la santé, d'autant que cette matière reste morcelée entre bien des niveaux de pouvoirs.

N.C.

Pour approfondir la question du lien entre urbanisme et santé : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/102106/E93982.pdf

Les coutures du Plan bruxellois de promotion de la santé

Le premier Plan bruxellois de promotion de la santé est enfin sorti. Pour revoir ou connaître ses grandes lignes, et comprendre les choix opérés, nous sommes allés à la rencontre de la Ministre.

Cécile Jodogne, Ministre bruxelloise de la Santé, en est persuadée : "Préparé dans un délai très court et en concertation avec les opérateurs de terrain, [le premier Plan bruxellois de promotion de la santé](#) est à la hauteur des attentes, dit-elle. D'avantage en phase avec les besoins réels de la population, il permettra d'adapter les actions aux différents publics". Mais que prévoit-il exactement ?

Pour définir un cadre général d'intervention et des objectifs prioritaires en matière de promotion de la santé pour une durée de 5 ans (dès 2018), les auteurs du Plan ont tenu compte des caractéristiques spécifiques de la population bruxelloise. Sa jeunesse, sa diversité, y compris sur un plan ethnique et culturel, ses disparités importantes de diplômes et de revenus, tout comme ses situations d'exclusion, alimentent les inégalités importantes de santé et d'accès aux soins. "Un quart de la population ne se perçoit pas en bonne santé et presque autant reporte ses soins", rappelle la ministre.

"L'approche thématique et globale laisse la liberté aux opérateurs de proposer des services et des projets qui allieront rigueur et créativité." (Cécile Jodogne)

Pour répondre aux enjeux et à l'ampleur de ces défis, le Plan trace des objectifs transversaux. "Ils mettent l'accent sur la qualité des interventions qui vont être soutenues, avec le développement de moyens de communication modernes et adaptés aux réalités des groupes les plus



Présentation à la presse du Plan bruxellois de promotion de la santé, en présence de la Ministre Jodogne et de Jacques Morel, président de la branche « promotion de la santé » du conseil consultatif bruxellois.

vulnérables, un renforcement des compétences des acteurs de terrain, ainsi que la promotion d'une culture de l'évaluation au sein du secteur et la valorisation des 'bonnes pratiques'", détaille Cécile Jodogne.

Par ailleurs, [10 objectifs thématiques](#) ont été listés. Parmi eux, la promotion de l'alimentation et de l'exercice physique occupe une place importante, avec des objectifs d'amélioration du bien-être mais, aussi, de baisse de l'obésité (13% des Bruxellois sont concernés) et de maladies comme le diabète ou les affections cardiovasculaires. Parmi les autres priorités, en promotion de la santé mentale, "les pratiques innovantes en matière de déterminants de santé seront soutenues", précise la Ministre. L'amélioration des programmes de dépistage des cancers

devrait être réalisée en concertation avec la Commission communautaire commune (COCOM). Toujours orientée vers la population générale, la poursuite des programmes de prévention contre les Infections Sexuellement Transmissibles vise à articuler des démarches davantage orientées vers les publics les plus exposés au VIH. L'objectif est également de renforcer la prévention en matière de drogues licites (dont l'alcool) et illicites.

De nouvelles manières de travailler

"Parallèlement à la santé communautaire, qui permet une approche globale de la santé, le développement de l'empowerment des individus reste un fil conducteur des priorités que nous avons définies, sou-

ligne Cécile Jodogne. L'approche thématique et globale laisse la liberté aux opérateurs de proposer des services et des projets qui allieront rigueur et créativité, en faisant émerger de nouvelles manières de travailler en promotion de la santé. "

La question des inégalités de genre et celle de la santé des femmes occupent également une place centrale dans le Plan. Ainsi, les acteurs de terrain sont invités à développer des projets spécifiques à leur destination, tout en intégrant la préoccupation du genre de manière transversale à travers la constitution d'un réseau y étant particulièrement consacré.

Parallèlement aux actions de terrain, choisies et sélectionnées en fonction de l'appel à projets lancé en juin dernier (lire l'interview de Bruno Vankelegom ci-après), le Plan prévoit également des actions politiques, principalement via une concertation interministérielle. En dépit des complexités institutionnelles bruxelloises, l'objectif consiste à instaurer de manière structurelle des mesures de gouvernance commune en matière de santé au niveau de la Région, tout comme des synergies en médecine préventive.

"Je souhaite que chaque euro investi le soit pour répondre et pour aller à la rencontre des besoins identifiés, afin qu'il n'ait pas à être investi, plus tardivement, pour des problèmes de santé. C'est, aussi, pour cette raison que des incitations aux synergies ont été clairement exprimées dans ce Plan : elles passent par l'évitement des redondances ou des concurrences envers les publics, et par des regroupements susceptibles de maximiser l'efficacité des démarches", détaille la Ministre. Actuellement, le Plan bruxellois de promotion de la santé compte sur un budget de 4,2 millions d'euros. Voilà donc – pour le moment – le cadre dans lequel il faudra impulser une logique régionale. ■

1. Les déclarations figurant dans cet article ont été prononcées lors de la conférence de presse de présentation du Plan par la Ministre, le 22 juin dernier.

Le Plan était presque parfait...

Le premier Plan bruxellois de promotion de la santé est parvenu à dresser une liste cohérente de priorités. Mais au sein du secteur concerné, cela n'exclut pas de formuler quelques réserves. Bruno Vankelegom les relaie ici, au nom de la Fédération bruxelloise de promotion de la santé.



Bruno Vankelegom (président de la Fédération bruxelloise de Promotion de la santé (FBPSanté) et directeur de l'asbl Forest-Quartiers-Santé)

Votre (jeune) Fédération a-t-elle pu jouer un véritable rôle lors de l'élaboration du Plan bruxellois de promotion de la Santé ?

Bruno Vankelegom : Lors de la concertation, nous avons été écoutés et entendus sur un certain nombre de points. En particulier, nous avons pu réellement faire comprendre ce qu'est la promotion de la santé et aborder la manière de mettre en place ses fondements : on constate que ses principes fondateurs sont bien présents dans le Plan. Cela se traduit clairement par rapport aux inégalités de santé, mais aussi pour les démarches communautaires, véritables fils rouges du Plan.

Sur ce dernier point, notre apport en termes de définitions de ce qu'est la démarche communautaire, de clarification à son propos, de mise en perspective des enjeux qu'elle sous-tend, et de l'intérêt de ses pratiques de terrain ont sans doute pesé. Nous avons insufflé une manière possible d'aborder par cette approche toutes les priorités du Plan, en partant des besoins quotidiens et des ressources de la population, ainsi que de leur participation.

Dans quel domaine avez-vous eu le sentiment d'être moins entendu ?

Incontestablement, celui de l'opérationnalisation du Plan, puisque l'option choi-

sie pour sa mise en œuvre a été de passer par un appel à projets. De manière quasi unanime, nos membres ne se sont pas reconnus dans ce choix, instauré sans informations concernant la répartition budgétaire, un point encore plus déstabilisant. Pourtant, d'autres solutions étaient envisageables comme, par exemple, la reconnaissance d'organismes. Au final, cette décision instaure une situation de concurrence vraiment regrettable entre les acteurs de terrain.

La décision d'avancer via des appels à projets place tous les acteurs de terrain dans une situation de concurrence, loin d'être "confortable".
(Bruno Vankelegom)

De surcroît, le délai de trois mois prévu pour le dépôt des projets était évidemment assez court, d'autant que certains des appels à projets, ou certaines priorités décrites dans le Plan, ne semblaient pas toujours assez explicites. En pratique, en découvrant le Plan et donc au moment de réfléchir à la présentation de leur projet, de nombreux acteurs se sont demandés que faire et comment procéder!

Un autre point d'achoppement a également été soulevé par les associations : lors du lancement de l'appel à projets, rien n'a été divulgué concernant les refus (faut-il alors attendre 3 ans ou 5 ans pour reformuler ses initiatives ?) et les éventuelles procédures d'ajustement permettant des acceptations plus tardives.

Enfin, les associations comprennent la demande de synergies largement encouragées dans le Plan. Mais, en pratique, ces ententes, à réaliser dans un délai rapide, soulèvent de nombreuses questions. Elles sont loin d'être simples, surtout lorsqu'on se trouve tous placés dans un climat de concurrence !

Bref, il faut bien constater la persistance d'un certain nombre de paradoxes, qui provoquent une zone "d'inconfort" pour les membres de la Fédération.

Comment la Fédération a-t-elle réagi pour porter ces inquiétudes ou ces critiques ?

Nos questions concernant des éclaircissements sur les appels à projet ont reçu des réponses très rapides du cabinet (3 jours). Elles ont permis de préciser les intentions de l'administration, de lever des ambiguïtés, d'aider certaines associations à avancer.

"Nous voulons continuer à jouer un rôle dans le développement du Plan et dans la valorisation de la promotion de la santé"
(Bruno Vankelegom)

Pour le reste, comme vous le savez sans doute, nous nous trouvons dans une situation qui a conduit beaucoup de nos acteurs à poser d'office des mises en préavis, puisque le Plan a sonné la fin du *standstill* (un "statu quo" pour les subventions des projets). Cela implique évidemment une grande insécurité. Dans un tel contexte, la Fédération a insisté sur l'absolue nécessité de recevoir des réponses rapides à l'appel aux projets (et sûrement pas ultérieures au 15 décembre) et, en cas de rejet, motivées très précisément.

Ces difficultés remettent-elles en cause votre approche du Plan ?

Il a été élaboré dans un climat de confiance entre les membres de la Fédération et l'administration ou le cabinet. Il constitue une bonne base pour recommencer quelque chose de fort après la période d'arrêt que nous avons connue, de démarrer une politique bruxelloise, et ces points sont évidemment positifs.

Cependant, il nous semble fondamental que les projets menés actuellement par le secteur puissent se poursuivre. Cela n'exclut pas d'améliorer les pratiques, de soutenir les acteurs, de clarifier les enjeux, de chercher une intersectorialité. En ce qui concerne ce dernier point, de nombreuses associations s'inscrivent

déjà dans cette optique, car cette démarche – certes difficile – peut améliorer la pratique de tous. Par exemple, le travail mené par l'ULB sur les attitudes saines, avec de nombreuses associations, a permis des échanges très intéressants.

Enfin, ce Plan se préoccupe des personnes en difficulté ou à risque d'y tomber, mais il ne pourra – aucun outil n'y parviendrait – répondre à tous les manques, à tous les besoins des personnes les plus en difficulté. Dès lors, en cours de route, le comité de pilotage devrait permettre des ajustements utiles. Ces repères pour adapter l'ensemble du Plan aux réalités de terrain sont encore à venir. Il serait utile que la Fédération soit invitée à faire partie de ce comité de pilotage. Nous voulons continuer à jouer un rôle, à travailler pour ce Plan et à valoriser la promotion de la santé. Elle n'est pas une cerise sur le gâteau de la santé. Elle donne d'excellents résultats en termes d'amélioration de la santé. Pour cette raison, on peut s'interroger sur le montant du budget qui lui est alloué. Actuellement, il est loin d'être gigantesque... ■

Regards croisés : l'intersectorialité

Mme la Ministre
Cécile Jodogne



Bruno Vankelegom
pour la FBPSanté

Bruxelles se fédère autour de la Promotion de la Santé

Un secteur, depuis toujours, mobilisé

L'engagement sociétal est l'une des composantes essentielles de l'ADN de la promotion de la santé. Dès ses débuts, avec le décret fondateur de 1997, le secteur de la promotion de la santé s'est positionné comme un secteur engagé. Son action repose en cela sur les valeurs et les principes qui sont énoncés dans la [Charte d'Ottawa](#) (OMS, 1986).

A l'instar d'autres politiques publiques, la promotion de la santé a été traversée par d'importants changements ces dernières années. La sixième réforme de l'Etat n'y est pas étrangère ; elle a entraîné dans son sillage la régionalisation de la compétence « promotion de la santé ». Rendue effective en juillet 2014, la régionalisation s'est traduite à Bruxelles par l'émergence d'un nouveau cadre législatif (décret de promotion de la santé, février 2016) et programmatique (plan de promotion de la santé, juin 2017), portés par la Commission communautaire française (Cocof).

Ces étapes-clés d'une politique bruxelloise, davantage territorialisée, n'ont pas échappé aux acteurs du secteur. Une Plateforme bruxelloise de promotion de la santé s'était ainsi créée à la fin 2013, en vue de suivre le processus de régionalisation et l'élaboration de la nouvelle politique portée par la Cocof. Les acteurs de promotion de la santé avaient alors identifié la pertinence et la valeur ajoutée d'une lecture et d'une réflexion menées en commun sur ces changements.

Une étape incontournable : la Fédération

Forts de la dynamique collective et constructive née des échanges menés au sein de la Plateforme, les acteurs du secteur se sont positionnés à la fin 2015

en faveur de la création d'une Fédération bruxelloise de promotion de la santé. Sa plus-value à Bruxelles résidait dans :

- La représentation d'associations actives dans le domaine de la promotion de la santé sur le territoire bruxellois ;
- La mise sur pied d'une interface avec d'autres secteurs que la santé, en vue de faire connaître et reconnaître la promotion de la santé de manière transversale ;
- L'existence d'un interlocuteur privilégié pour les pouvoirs publics, légitimé par le secteur et porteur d'un travail de consensus élaboré avec ses membres.

La Fédération bruxelloise de Promotion de la Santé (FBPSanté) a ainsi été fondée le 21 novembre 2016, 30 ans jour pour jour après la signature de la Charte d'Ottawa.

La carte d'identité de la FBPSanté

La FBPSanté regroupe aujourd'hui 40 institutions membres. Elle a pour but de « valoriser la promotion de la santé au sein des politiques actuelles et futures en Région bruxelloise ». A ce titre, elle se positionne comme le porte-voix de la promotion de la santé et du secteur à Bruxelles. Quant à ses objectifs, ils sont au nombre de trois :

- Faire connaître, reconnaître et défendre l'existence structurelle et financière des membres dans leurs missions de promotion de la santé ;
- Assurer la représentation de la promotion de la santé dans les organes de concertation et de décision, qu'ils soient institutionnalisés ou non ;
- Soutenir un plaidoyer et valoriser l'action de ses membres en matière de promotion de la santé.

Outre les rencontres de ses membres, la FBPSanté a mis en place des groupes de travail et un Bureau politique qui agit comme soutien et interface entre l'administration, le Cabinet et le secteur de la Promotion de la Santé.

Enfin, la FBPSanté ne travaille pas seule à l'échelle de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Elle entretient ainsi des liens forts avec la Fédération wallonne de promotion de la santé qui représente les acteurs wallons de promotion de la santé et assure le travail de plaidoyer pour la Wallonie.

La spécificité bruxelloise...

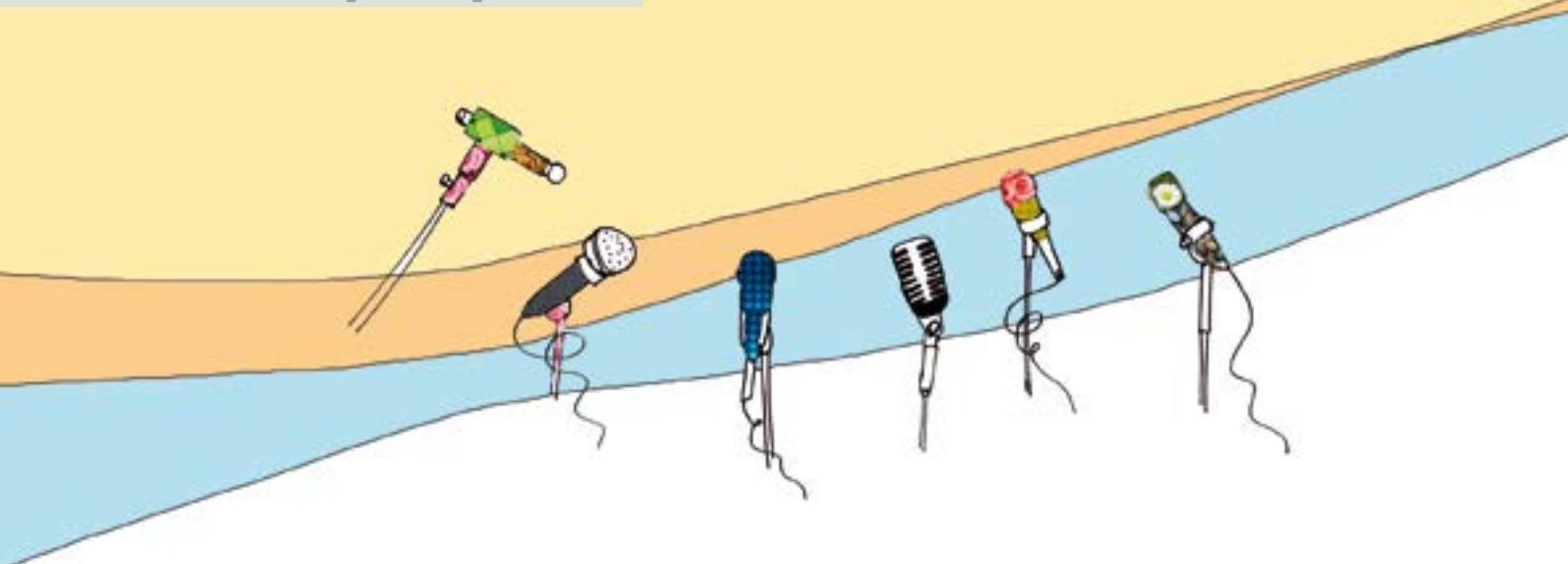
Rappelons que Bruxelles se caractérise par une dualisation socio-économique qui recoupe largement une dualisation géographique selon les communes, voire les quartiers. Les disparités entre groupes sociaux et entre territoires se traduisent en inégalités en matière de santé (mortalité, morbidité, prévalence, styles de vie).

A ce propos, la FBPSanté offre la possibilité de s'appuyer sur un secteur organisé qui met en place des stratégies concertées et définit des stratégies ayant un impact sur la santé pour Bruxelles. La FBPSanté souhaite en ce sens participer à relever 5 défis de taille à Bruxelles :

1. Collaborer à inclure la santé dans toutes les politiques ;
2. Contribuer à ce que la santé, comme droit fondamental, mobilise tant les citoyens que les élus ;
3. Œuvrer pour une politique de santé allant au-delà du soin et s'appuyant sur le secteur associatif est incontournable pour faire de Bruxelles, capitale de l'Europe, une Région en santé ;
4. Favoriser un accès à la santé équitable ;
5. Faciliter une vision cohérente de la Promotion de la santé en veillant à une articulation notamment avec la Fédération wallonne de promotion de la santé. ■

FBPSanté

Contacts pour la Fédération bruxelloise de promotion de la santé : 151 rue Jourdan, 1060 Bruxelles - fbpsante.brussels@gmail.com



Le Plan stratégique de la promotion de la santé : un premier pas intéressant vers la transversalité

C'était, en commission, un moment fort attendu. Il s'agissait de la présentation, en juin dernier, du premier plan stratégique de la promotion de la santé pour Bruxelles. Les bonnes nouvelles sont d'abord du côté de la définition du cadre d'intervention : une approche claire, structurée, cohérente et accessible. Offrant une analyse de la situation de Bruxelles en rapport avec les critères de la promotion de la santé et une définition des besoins en rapport avec l'analyse de la situation.

Ensuite, l'approche transversale, impliquant les différents niveaux de pouvoir, est valorisée, nourrissant l'intérêt d'une coordination entre les acteurs institutionnels, le monde de l'enseignement, celui de la jeunesse ou encore le monde carcéral. Sur le plan plus opérationnel, on y retrouve également une série de priorités développées par le secteur.

Les nouvelles plus inquiétantes ne sont cependant pas absentes : le fait que la stratégie de la transversalité se base surtout sur des conférences interministérielles et les accords de coopération met trop en avant la fragilité du système tel qu'il est pensé. A croire que le caractère opérationnel de cette

vision transversale ne tient finalement qu'à la bonne volonté des excellences ministérielles relevant de la Cocof ou d'autres niveaux de pouvoir. La question : arrivera-t-on un jour à faire porter la promotion de la santé par le ministre-président du Collège, de telle sorte qu'il réussisse l'articulation du Plan avec les différentes compétences ? Ou, mieux encore, par le ministre-président régional bruxellois ? Par ailleurs, sur le plan de l'implication des acteurs de terrain, on ne peut taire une série de bémols relevés entre autres par la section promotion de la santé du conseil consultatif : qu'en est-il des publics cibles, des milieux de vie, de l'articulation avec la Région wallonne, des indicateurs d'impact appliqués aux autres compétences, de la définition des critères d'évaluation... Bref, il y a encore du pain sur la planche. Mais ne boudons pas notre plaisir : il s'agit d'un plan intéressant, qui a le mérite de la clarté, qui impose un changement de paradigme politique, ce qui représente pour le cdH le principal défi, et qui mérite une large médiatisation.

André du Bus,
Député bruxellois et Wallonie-Bruxelles
cdH

Le Plan de la promotion de la santé de la Cocof

Le mois de juin fut un moment important tant sur le plan politique que pour les acteurs de terrain qui travaillent au quotidien dans le secteur de la promotion de la santé. En effet, sous l'impulsion de la Ministre de la santé à la Cocof Cécile Jodogne, le plan de promotion de la santé 2018-2022 a été adopté ! Cette nouvelle compétence issue de la 6^{ème} réforme de l'Etat induit une logique et une dynamique régionales en la matière car les projets devront désormais correspondre à des priorités bruxelloises et prendre en compte dans leur mise en œuvre les spécificités de notre Région.

Les objectifs thématiques du plan combinent la prévention de problèmes de santé et les interventions globales dans des milieux de vie ou auprès de publics cibles prioritaires. L'accent sera mis notamment sur la promotion de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique. Cet axe vise la diminution de plusieurs problèmes de santé tels que le surpoids, l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires mais aussi l'amélioration du bien-être de la population de manière générale. Il s'agit d'une problématique particulièrement importante à Bruxelles à l'heure où un jeune francophone sur six est en surpoids. Nous sommes ainsi confrontés à une pandémie silencieuse qui doit être

combattue au plus vite, et le nouveau plan en a fait une priorité. En outre, la notion d'« empowerment » en est un fil conducteur. On sait que la participation active des bénéficiaires est devenue un concept central dans différents domaines.

L'approche défendue par ce nouveau plan est en phase avec les priorités défendues par DÉFI, qui considère les actions de prévention, d'éducation sanitaire et de promotion de la santé comme aussi importantes que la prise en charge des soins de santé eux-mêmes. Enfin, DÉFI continuera d'œuvrer pour que la promotion de la santé poursuive son développement en vue de réduire les inégalités de santé en agissant sur les déterminants relatifs à la vie quotidienne.

Michel Colson
Député DÉFI au Parlement Bruxellois
Chef de groupe pour la Cocof

Promotion de la santé : le chantier reste entier

Annoncé depuis plus d'un an, le premier Plan de promotion de la santé de la Commission communautaire française pointe enfin le bout de son nez. Les objectifs thématiques et transversaux ont en effet été arrêtés par le gouvernement francophone bruxellois, à charge pour les acteurs de terrain et les services de proposer des projets et programmes qui s'inscrivent dans ces priorités : l'amélioration de la qualité des interventions en promotion de la santé ; la promotion de la santé dans toutes les politiques ; la lutte contre les inégalités de santé basées sur le genre ; la prévention des maladies non transmissibles et des traumatismes ; la prévention des infections et maladies transmissibles ; l'amélioration de la santé de certains publics cibles tels les jeunes, les détenus, les personnes en situation de vulnérabilité.

Si les préoccupations pour les déterminants de la santé et les inégalités sociales de santé sont bien présentes dans ce plan, il n'en reste pas moins que les moyens de la Cocof restent bien maigres pour pouvoir mener une politique à la hauteur de ces enjeux. Le vrai défi reste cependant d'articuler la promotion de la santé avec d'autres compétences comme le logement, l'emploi, la cohésion sociale, l'environnement, la mobilité pour mener une véritable politique de santé sur le territoire bruxellois, depuis le quartier jusqu'à l'échelon régional.

La démarche communautaire, ou la participation des publics dans les différentes étapes des projets de promotion de la santé (diagnostic, prise d'initiative, décision, évaluation et évolution) est pour nous fondamentale. A cet égard, et si l'on se réfère à l'élaboration du Plan lui-même, il y a encore du chemin avant que celle-ci ne soit pleinement effective...

Magali Plovie
Députée bruxelloise Ecolo

L'alimentation saine : quel rôle pour les écoles et quelle importance pour les politiques ?

Le MR n'a jamais été partisan de l'introduction de contraintes, d'obligations ni d'interdictions lorsqu'il s'agit d'intervenir dans la sphère privée, notamment en matière de santé, de tout un chacun.

Nombreux sont ceux qui ont eu la faiblesse de croire qu'une alimentation équilibrée était le résultat d'une éducation que tout enfant recevait de la part de ses parents. En réalité, tous ne partagent pas les mêmes préceptes et envoient leurs enfants dans des régimes parfois radicalement différents.

Lorsque le constat – que l'on dresse d'ailleurs depuis des années – s'aggrave et continue d'alarmer sur les dangers de malnutrition qui sévit chez les jeunes¹, certains cas mériteraient que le pouvoir public intervienne et légifère. Devant des adolescents en souffrance, cette problématique nécessite qu'une réflexion aboutisse rapidement sur le rôle que peuvent détenir les écoles dans l'éducation à une hygiène alimentaire saine.

Désireux de mettre fin au laxisme politique et à l'irresponsabilité de l'industrie agro-alimentaire, le Gouvernement flamand est parvenu, fin 2016, à conclure un accord liant les décideurs politiques avec le secteur agro-alimentaire et les acteurs de l'enseignement. Résultat : au bout de 16 mois d'après négociations, les distributeurs ont été délaissés au profit de fontaines à eau et collations saines.

Loin de s'assimiler à des déclarations d'intention creuses, cosmétiques ou sans résultat, force est de constater que ces distributeurs disparaissent réellement des enceintes scolaires flamandes.

Et en Communauté française ? Un groupe de travail sur la question a été annoncé, lequel décidera de plans de pilotage à mettre sur pied. Du côté des écoles, elles devront définir des objectifs clairs en matière de promotion et de sensibilisation à l'alimentation saine. Soit, rien de très contraignant ni de prometteur face à un fléau toujours plus inquiétant...

1. D'après une étude réalisée par l'Ecole de Santé publique de l'ULB, 17,4 % des jeunes de 10 à 20 ans en Communauté française présentent déjà une surcharge pondérale. 6,1 % d'entre eux sont déjà en obésité.

Gaëtan VAN GOIDSENHOVEN
Député bruxellois MR – Chef de groupe MR
au Parlement francophone

Quoi... ?

Quel toit pour demain ? est une plateforme d'informations relative aux questions de logement pour les personnes de 55 ans et plus.

La plateforme est née de la volonté d'offrir des témoignages en direct, afin de limiter les peurs et les fantasmes qui peuvent concerner cette tranche de vie.

La plateforme propose 10 films documentaires :

- Deux films traitant des conséquences du vieillissement de la population sur le choix de l'habitat et du regard de la jeunesse sur les choix de leurs grands-parents;
- Une série de 8 portraits variés : hommes et femmes, d'origines belge et étrangère, seuls ou en couple, d'âges, d'environnements et de niveaux sociaux différents.

Monique Meyfroet et Jacques Borzykowski ont respectivement assuré la tenue des interviews et la réalisation des films documentaires.

Qui... ?

Cette plateforme est le fruit d'un travail de collaboration entre le Centre Vidéo de Bruxelles, organisme spécialisé dans la production d'outils audiovisuels pour les associations francophones belges, et l'asbl Question Santé, acteur reconnu dans le domaine de la santé, en matière d'information, d'éducation, d'animation, de gestion de projets et de communication.

Créée en partenariat avec 8 associations de terrain : Atoutage, Maison Biloba, Infor Homes & SEPAM, Itoitzages, Habitat et Participation, Respect Seniors, Aidants proches, Senoah, la plateforme a également pu voir le jour grâce à Espace Seniors qui a prêté son concours au projet dans sa phase de conception, de tournage et de diffusion.

Où... ?

Une adresse www.queltoitpourdemain.be où l'on trouve :

- Les 10 films documentaires
- Un cahier pédagogique pour débattre en famille, entre amis ou avec le personnel soignant et encadrant.

Pour celles et ceux qui ne disposent pas d'un accès à internet, le DVD et le cahier imprimé sont disponibles auprès du Centre Vidéo de Bruxelles (info@cvb.be ou 02/2221.10.50) ou de Question Santé (info@questionsante.org ou 02/512.41.74).

De précieux soutiens

Le projet répond à un appel de la Fondation Roi Baudouin sur le thème de « Penser plus tôt à plus tard » et il bénéficie du soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles, de la Région wallonne et de l'AVIQ.

