

# BRUXELLES SANTÉ

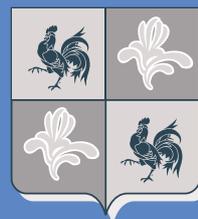
Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N°16 - décembre 99

## N°16



## Sommaire

- 2 à 5**    **En direct de...**  
*Clair-Vivre à Evere*
- 6 à 13**    **Dossier**  
*Santé et prison*
- 14 à 15**    **Autant le savoir**  
*Qui fait quoi pour les seniors  
à Bruxelles ?*
- 16 à 18**    **Initiatives**  
– *L' Observatoire de la santé de  
Bruxelles*  
– *La Fondation Travail et Santé*
- 19 à 20**    **A la recherche de...**  
*Qualité et confort du logement en  
Région de Bruxelles-Capitale*
- 21**    **Documentation**
- 22 à 23**    **A propos de...**  
*Pour une politique de la ville*
- 24**    **Annonces**



Bureau de dépôt  
Bruxelles 5

BELGIOUE  
P. P.  
1050 BRUXELLES 5  
1/6233

## La santé à l'école

*Les enfants... les jeunes... on s'en occupe, on s'en préoccupe, on en parle beaucoup... Mais qui écoute ce qu'ils ont à dire sur ce qui les concerne très directement: leur santé? Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social. L'école gagne en cohérence, en humanité et en bien-être, lorsqu'elle est invitée à conjuguer préoccupations pédagogiques et promotion de la santé.*

*Ce concept de santé, nous devons le replacer dans un contexte systémique où se rejoignent le biologique, le socio-économique et le politique et où tous les acteurs (enfants, parents, enseignants, professionnels de la santé, administratifs...) interagissent.*

*Les enfants et les jeunes sont la finalité et le sens premier de la promotion de la santé et de la médecine préventive. C'est cette dimension de la santé - individuelle et collective - qu'il importe de promouvoir particulièrement en milieu scolaire. Pour cela, nous disposons d'un outil: l'Inspection Médicale Scolaire. Un outil collectif, obligatoire et gratuit, mis en place par la loi du 21 mars 1964 et dont le but est de protéger, prévenir et promouvoir la santé de nos enfants, de nos jeunes dans les établissements d'enseignement qu'il soit maternel, primaire, secondaire (toutes catégories), supérieur non universitaire, spécialisé ou de formation en alternance.*

*Les missions attribuées à l'Inspection Médicale Scolaire comprennent entre autres:*

- 1. Pour les élèves: le dépistage des déficiences physiques et mentales.*
- 2. Pour les élèves et les membres du personnel scolaire: le dépistage, la prophylaxie et les mesures de prévention contre les maladies transmissibles.*
- 3. La collaboration à l'établissement de statistiques concernant l'état de santé et de morbidité en âge scolaire.*
- 4. La promotion de conditions favorables en matière d'hygiène générale et de salubrité des bâtiments, des installations et du matériel scolaires.*

*La gestion de cet outil de la santé publique est confiée à des professionnels (médecins, infirmi(è)r(e)s, administratifs...). Ces équipes compétentes existent... mais les malaises du personnel sont nombreux: la visite médicale est trop rapide, l'infirmi(è)r(e) se sent isolé(e) ou noyé(e) sous une paperasse dévorante, le médecin de famille est peu concerné, les enseignants se sentent peu soutenus, l'école est mal adaptée au bien-être de l'enfant...*

*Ce service de santé scolaire est un outil dont la Communauté Wallonie-Bruxelles ne peut se passer et dont l'importance dans la détermination de l'avenir de nos enfants est primordiale.*

*En effet, outre les dépistages classiques des*

# En direct de...



## L'école communale Clair-Vivre à Evere

**Le choix d'un quartier ou d'un lieu de vie pour cette rubrique réserve parfois des surprises ! Qu'on en juge. Cette fois, nous avons l'intention de parler des prisons en région bruxelloise et de leur place dans la ville. Mais nous avons rapidement compris que l'approche «dossier» convenait mieux au thème santé/prison... tandis que l'école se prêtait bien à un traitement «en direct de».**

**L'école a déjà fait l'objet de maints dossiers et enquêtes. Modestement, voici donc un aperçu sur la santé dans une école particulière à Bruxelles. On verra qu'au départ de projets classiques d'éducation pour la santé, s'ouvre une perspective plus large de promotion de la santé.**

Mais commençons par une brève présentation de Clair-Vivre. L'école fait partie de ce que l'on appelle communément les «écoles nouvelles». C'est-à-dire celles qui récusent le rapport de l'enseignant-qui-sait-tout face à des enfants-passifs-qui-ne-savent-rien. Les tenants de cette pédagogie estiment que l'enfant porte en lui toutes les potentialités pour se développer, s'épanouir, se réaliser. Le tout est de l'amener à en prendre conscience et à s'en servir. Parmi les grands noms de la pédagogie nouvelle, citons Ovide Decroly, Célestin Freinet, Maria Montessori, Rudolf Steiner... Clair-Vivre applique la pédagogie Freinet.

Geneviève Soille, institutrice pour les 5-8 ans, explique comment ont débuté les projets-santé à Clair-Vivre : «En fait, à l'école, tous les projets démarrent d'initiatives, de propositions de tout le monde. Cette année, par exemple, une nouvelle petite fille a commencé à m'apporter des livres de contes. Sa maman est éditrice. On a reçu plein de livres gratuitement. Alors, cette année, notre thème sera le conte et notre sortie se fera à Efteling\*. Dans ce cas, il s'agit d'un apport d'adulte. Et, à partir de là, on exploite.»

\* Parc d'attractions basé sur les contes pour enfants (Pays-Bas).

## La pédagogie Freinet

L'idée de Freinet, instituteur français du début de ce siècle, était de faire de la classe une société miniature visant la promotion et l'épanouissement de tous. Cette pédagogie vise à éduquer chaque enfant en particulier, dans toutes ses dimensions autant intellectuelles qu'affectives et physiques et en favorisant l'expression sous toutes ses formes. Comme on va le voir par les principes ci-dessous, ce projet éducatif, s'il est mené à bien, constitue un gage de promotion de la santé au sens de développement des aptitudes personnelles et sociales et de santé communautaire.

### • *Expression-Communication-Création*

Ce sont des besoins fondamentaux de l'individu. Ils lui permettent de se construire en tant que personne et sont la base de tout apprentissage, scolaire ou civique. Le mouvement Freinet a conçu des outils permettant leur mise en pratique : journal, correspondance sur des supports variés, bibliothèque de classe.

### • *Autonomie*

Activités personnelles d'apprentissage, de recherche, de création, d'expérimentation, gestion d'un contrat de travail personnel et coopératif.

### • *Responsabilisation*

Mise en place de fonctions, entraide, constitution d'équipes et de groupes de travail, prise en charge du fonctionnement de la classe pour les apprentissages.

### • *Socialisation*

La classe est un lieu de vie avec ses règles élaborées par le groupe (dont le maître), qui reconnaissent à chacun droits et devoirs et protègent les individus.

### • *Coopération et vie coopérative*

L'enfant apprend par lui-même, aidé par les autres. La vie coopérative est opposée à la compétition individuelle. Les enfants sont amenés à gérer leurs projets, organiser leur travail, réguler les conflits lors du conseil de coopérative.

### • *Apprentissages personnalisés*

La pédagogie Freinet prend en compte les rythmes individuels d'apprentissage. L'enfant utilise des outils spécifiques : fichiers autocorrectifs, livrets, logiciels. Il peut également apprendre au travers de projets personnels ou collectifs.

### • *Ouverture sur la vie*

L'enfant qui vient à l'école apporte avec lui son vécu, ses expériences, son savoir... mais aussi ses questions, ses curiosités. Il cherche, avec les autres, les réponses dans de nombreux documents disponibles dans la classe mais aussi au dehors. Les classes échangent leurs travaux grâce à des journaux scolaires, par courrier ou par les technologies nouvelles de communication.

### • *Méthode d'apprentissage*

Le savoir ne peut être transmis unilatéralement du maître qui sait à l'élève qui ignore. L'enfant, en partant de ses connaissances, acquiert d'autres savoirs en même temps qu'il met en place une méthode de recherche, des démarches d'acquisition, un esprit critique, d'analyse et de synthèse.

Source : Internet, La pédagogie Freinet,  
<http://www.freinet.org/espericem/pedfr.htm>

Alain Caufriez est infirmier scolaire dans le réseau communal : «En tant qu'infirmier social, la notion de santé communautaire, qui fait partie de mon travail, s'applique particulièrement bien à une communauté scolaire, comme ici à Clair-Vivre ou dans une autre des écoles communales. Mon objectif principal est d'amener les enfants à devenir responsables de leur santé. En quelque sorte, j'ai neuf ans pour essayer de leur faire prendre conscience que leur corps leur appartient et que toute action extérieure — que ce soit l'alimentation, la pratique d'un sport ou même un comportement déviant — aura des répercussions sur leur état de santé général. Une fois arrivés en 6ème, avec la crise de l'adolescence qui s'annonce, j'espère qu'ils auront acquis des valeurs de responsabilité. Là-dessus viennent se greffer des actions ponctuelles, en réponse à des demandes des enseignants. J'essaie toujours de collaborer avec les enseignants, qui sont beaucoup plus présents que moi dans l'école, auprès des enfants. Une des premières actions que j'ai menées, c'était il y a trois ou quatre ans, par rapport à l'alimentation. Des institutrices m'avaient interpellé en signalant que, même en maternelle, certains enfants avaient des chips et des cannettes de coca comme dix-heures. On a réfléchi ensemble sur ce qu'on pourrait faire, et on a pensé aux «jeudis-santé». Il s'agit de faire découvrir aux enfants des aliments qu'ils ne connaissent pas, de leur faire prendre conscience qu'on peut avoir un super dix-heures avec des aliments sains. On ne cherche pas à créer une obligation, mais on propose, on suggère».

## Le jeudi-santé

Joëlle Beaupère, institutrice maternelle, nous en explique le principe : «L'objectif est de faire amener aux plus petits une collation «saine» une fois par semaine, le jeudi. Ma collègue et moi, nous trouvions qu'il était assez difficile d'expliquer aux enfants ce qu'était une collation saine et pourquoi nous souhaitions qu'ils apportent autre chose que des chips, des barres chocolatées ou des sucettes. Nous avons donc invité une maman diététicienne, qui

est venue parler des bonnes et des moins bonnes collations. Nous n'avons pas voulu parler de «mauvaises» collations, ou leur dire qu'ils ne pouvaient pas manger de chocolat, par exemple. Nous leur avons dit que nous aussi nous aimions le chocolat, mais qu'il était bon de ne pas trop en manger et que ce serait bien qu'une fois par semaine, par exemple, on mange autre chose.

Une maman est ensuite venue en classe présenter tout un buffet de «bonnes collations». On a mangé des fruits crus ou cuits en compote, des légumes crus. On a également consommé des produits dérivés du lait et ceux au soja — certains enfants sont allergiques au lait —, des céréales... et on les a classés. On a fait deux panneaux en classe. Les enfants sont très participants à ce projet. En regardant le panneau, ils savent ce qu'ils peuvent apporter. Je leur demande de préparer leur collation le mercredi après-midi avec leurs parents. Et, le jeudi matin, avec mon petit panier magique, je vérifie les bonnes et les moins bonnes collations. Les moins bonnes sont mises dans le panier magique et distribuées les autres jours de la semaine aux enfants qui n'ont pas de collation, et on partage les bonnes entre tous les enfants.»

L'action s'est étoffée au cours des années. Ainsi, chaque classe dispose maintenant d'un frigo, afin d'inciter les parents à amener des produits frais tels que des yaourts. Récemment, un distributeur de produits laitiers frais a également été installé dans le hall. Par ailleurs, comme le souligne Joëlle Beaupère, «le marché a nettement évolué, puisqu'il offre des produits comme les «Petits filous», les «Vache qui rit» avec les petits bâtonnets... et tout ça incite les enfants à manger autre chose que les éternels «Léo», «Lion» et compagnie.»

Pour Alain Caufriez, l'important est que l'action ne s'essouffle pas. «C'est très bien de faire des actions ponctuelles, mais si elles ne s'installent pas on n'en récoltera pas les fruits. Au fil des années, il peut y avoir un désamorçage. Pour le moment, je me contente de faire des rappels une ou deux fois par an, et le mouvement reprend. Ça me semble suffisant, d'autant plus que chaque année j'essaie de mettre un nouveau projet sur pied.»

## L'oreiller magique

«L'année d'après, c'est par rapport au sommeil que les enseignants m'ont interpellé : les siestes, les enfants qui arrivaient fatigués à l'école, surtout en maternelle. A mon arrivée ici, une maman d'élève m'avait parlé de l'Oreiller Magique, un module d'animation de l'ONE. Ça a fait tilt. J'ai pris mes renseignements, et on a organisé

ce module pendant huit à dix jours. Un grand nombre d'enfants y ont participé.

Le module fonctionne avec des groupes de douze enfants. Il fallait des volontaires pour animer ces groupes (trois ou quatre simultanément), plus d'autres adultes pour s'occuper des autres enfants pendant ce temps. Donc j'ai imaginé d'élargir le réseau et j'ai fait appel à l'ensemble des intervenants sociaux de la commune : le centre de santé mentale, le centre de planning familial, la ludothèque, les consultations de l'ONE, le centre de prévention de la commune (j'espère que je n'oublie personne!), l'association de parents, des enseignants, des stagiaires de l'école d'infirmières annexée à l'ULB...»

A l'école, l'action a surtout été reprise par Geneviève Soille. «Une fois rentrées en classe, les institutrices ont décidé de ne pas laisser sans suite l'expérience de l'Oreiller Magique. Que pouvait-on organiser autour du sommeil? On a décidé de monter une exposition sur le sommeil. A partir de là, les enfants ont cherché de la documentation sur le sujet. Pourquoi le sommeil est-il utile? Pourquoi est-il bon pour la santé? Quelles sont les bonnes conditions pour s'endormir?...

Pratiquement, la recherche s'est axée sur le découpage dans des revues de tout ce qui concernait le sommeil, pour en faire des panneaux. Ensuite, on a traité de tout ce qui précédait le sommeil, comme l'hygiène et le brossage des dents avant l'endormissement; l'affectif avec le gros câlin; raconter une histoire... et les cauchemars. Nous avons demandé à tous les enfants de dessiner leur pire cauchemar. Ensuite, on a traité du rêve. Une fois encore, on a demandé aux enfants d'illustrer leur plus beau rêve. A partir de ces thèmes du rêve et du cauchemar, on est allé chercher tous les livres et on a fait de la lecture. Après, on a décidé de montrer l'exposition aux parents. Pour cela, on a mis en scène une chanson d'Henri Dès, «Flagada», et on a monté un spectacle d'ombres chinoises sur la cassette «Bonne nuit la chouette», qui venait également de l'exposition. Et puisque le spectacle traitait du sommeil, on allait tous venir en pyjama! On a invité les parents à venir en pyjama également. Tous n'ont pas osé, mais ils sont tous venus.

L'année d'après, on a remis un questionnaire aux parents. Apparemment, l'expo avait eu des suites. Je ne sais pas ce qu'il en reste trois ans plus tard : ne nous faisons pas d'illusions. Mais on avait interpellé les parents sur le fait que leurs enfants avaient besoin de sommeil pour bien travailler, qu'ils avaient besoin de câlins, qu'on ne jetait pas un enfant au lit comme ça le soir; qu'il fallait bien manger, bien se laver les dents. Maintenant, quand on en parle, il y a une trace chez les enfants.»



Photo © Clair-Vivre

### Un mot de l'évaluation

L'alimentation comme le sommeil sont du domaine de la vie quotidienne, et on sait très bien qu'il est difficile d'évaluer le changement de ce type de comportements, surtout dans la durée.

Les promoteurs du projet sur l'alimentation ont procédé par pré-test et post-test, à l'aide d'un questionnaire sur les habitudes alimentaires des enfants et de leurs parents. Il ne s'agit donc pas de comportements observables mais de déclarations. Ces données ont été traitées statistiquement. La comparaison ne fut pas toujours aisée, parce que les taux de réponses variaient parfois considérablement entre les deux mesures (en sensibilisant les jeunes et les adultes, l'action peut accroître leur intérêt pour la problématique... et aussi pour le questionnaire). Malgré l'aide d'amis statisticiens, il s'est avéré très difficile d'en tirer une analyse rigoureuse sur le plan statistique. On doit donc se contenter de dire qu'une partie des enfants ont été sensibilisés.

Néanmoins, puisque l'on se place dans une perspective de promotion de la santé, l'évaluation doit prendre en compte d'autres aspects que les habitudes alimentaires : les réalisations des enfants, le plaisir, l'éveil, l'apprentissage qu'ils ont retiré de ces activités, etc.

Pour l'Oreiller Magique, les promoteurs du projet ont fait une analyse subjective de l'action, en recueillant les impressions des professionnels qui s'y étaient impliqués. Ils ont également saisi l'opportunité que leur offrait le stage d'une étudiante en santé communautaire qui avait participé au projet. Son mémoire analyse de manière plus fine l'approche et le mode de travail de l'équipe de projet. Grâce à cela, les promoteurs ont réalisé qu'il fallait impliquer bien davantage les enseignants, afin que ce ne soient pas seulement les plus motivés qui participent.

### Et cette année?

Alain Caufriez expose le prochain projet : «L'année dernière, on s'est penché sur la notion de respect, sur l'autonomie de l'enfant par rapport à l'autorité parentale, les rapports enfants-adultes, les rapports entre enfants. La violence verbale n'est pas du tout importante ici, mais il y a de temps en temps de petites étincelles. On s'est dit qu'il valait mieux intervenir avant que la situation devienne éventuellement difficile à contrôler, dans dix ans ou plus. Pour l'instant, on est encore dans la réflexion : quel outil choisir, quelles pistes emprunter, quelles sont les motivations des enseignants des trois écoles communales... Et 80% des enseignants ont trouvé l'idée intéressante.

L'ONE, pour sa part, a surtout interrogé les parents, pour savoir ce qu'ils souhaitaient voir développer. Cette année-ci, on va mettre sur pied des tables-rondes de discussion réunissant parents et professionnels au sein des écoles. Une conférence générale aura lieu au mois de mars. Comme les élèves des écoles de la commune sont surtout des habitants de Schaerbeek et d'Evere, on se dit que si l'ensemble de la population est informée, l'action aura probablement plus d'impact. On travaille avec les écoles du réseau communal, deux autres du réseau libre, les consultations ONE, le centre de planning familial, le centre de santé mentale, et chacun dans son domaine promeut cette campagne.»

On voit donc que des projets d'éducation pour la santé «traditionnels», c'est-à-dire thématiques et axés sur les comportements individuels (même s'ils sont abordés collectivement) évoluent peu à peu vers une approche plus globale. Par l'implication progressive de partenaires communaux, ébauche de réseau local. Et par le choix des problématiques : celle du sommeil amène à prendre davantage en compte les aspects affectifs, émotionnels de la santé; celle de la violence débouche sur les aspects sociaux mais aussi institutionnels.

Reste néanmoins à interroger l'environnement bien concret des enfants, au sein de l'école et pas seulement dans le milieu familial. Les jeudis-santé constituent certainement une bonne sensibilisation, mais les repas servis par la cantine scolaire respectent-ils les normes diététiques proposées aux enfants (et à leurs parents) pour les collations? Quant au sommeil, les enfants font la sieste — et mangent — dans leur classe... Il y a donc encore du pain sur la planche (c'est le cas de le dire) pour que le discours éducatif soit relayé par des moyens cohérents sur le plan de l'environnement scolaire. Voilà un défi qui convient bien aux principes de la pédagogie Freinet! ■

# Santé et prison

***La prison, milieu clos par excellence, tabou social (on n'en parle pratiquement qu'en cas d'émeute), terreau de tous les stéréotypes (du détenu pensionnaire d'un hôtel trois étoiles au prisonnier-victime, broyé par une machine implacable), et même lieu fantasmagorique mythique : la Bastille, le Château d'If, les oubliettes médiévales, Cayenne... Et, plus récemment, le lieu d'où s'évade un Dutroux, auquel échappe un Derochette.***

***La prison évoque la souffrance, la peur, la solitude (allant de pair avec la promiscuité), l'impuissance. Comment parler de «santé» à propos du lieu même de la privation de liberté?... Cette question, qui s'est imposée d'emblée, reste sans véritable réponse.***

***Dans ce dossier, nous avons essayé d'éviter une médicalisation excessive qui ne serait que tentative de neutraliser cette question.***

La Belgique compte aujourd'hui 31 établissements pénitentiaires, dont 22 maisons d'arrêt (pour les prévenus) et 9 établissements pour peines (destinés aux condamnés). Quoique ces deux types d'établissements soient, en principe, bien distincts, des sections pour peines ont dû être implantées au sein des maisons d'arrêt, en raison de la surpopulation pénitentiaire devenue chronique (c'est notamment le cas à la prison de Forest). «En quinze ans la population moyenne a augmenté de près de 40%. Quant au taux d'occupation moyen des établissements pénitentiaires, il est de 129% alors qu'il était de 98% en 1991», écrit Catherine Detry.<sup>1</sup> Les prisons de Forest et de Saint-Gilles se situent au-dessus de la moyenne belge (respectivement 138 et 132%). L'augmentation de la population carcérale est moins due à une augmentation du nombre de peines qu'à l'allongement de la détention (y compris hors condamnation) : la durée moyenne de détention est passée de 4,9 mois en 1993 à 6,7 mois en 1997.

La surpopulation carcérale a un impact manifeste, direct ou indirect, sur la santé des détenus (sans parler de celle des gardiens). «Dans de nombreuses prisons, les détenus

s'entassent à deux, trois, quatre ou plus, dans des cellules initialement prévues pour une personne. Certains dorment sur des matelas à même le sol. Aucune intimité n'y est prévue ni possible. Faute de place, les WC (quand ils ne sont pas remplacés par des tinettes) ne peuvent être dissimulés derrière des paravents. (...) Tout cela crée souvent d'énormes tensions.»<sup>2</sup> La surpopulation a aussi un impact négatif sur l'infrastructure, qui se traduit par exemple au niveau de l'hygiène (accès aux douches) ou de l'alimentation (préparation des repas).

Autre phénomène : la composition de la population carcérale s'est modifiée en deux décennies. M. Petit, directeur de la prison de Forest depuis bientôt 28 ans, confirme que cette population offre un profil de plus en plus précaire : «Cette précarité est présente à tous les niveaux, pas seulement sur le plan de la santé. Il y a une paupérisation croissante de notre société, qui se retrouve ici aussi : la prison est, qu'on le veuille ou non, un reflet de la société.»<sup>3</sup> Le phénomène n'est certes pas spécifique à la Belgique. En France, «les établissements pénitentiaires concentrent de plus en plus une population précarisée par rapport à l'emploi, au logement et aux revenus, souffrant d'un isolement social croissant (...). Pour ces personnes pauvres et malades vivant bien souvent aux marges de la société, la prison est devenue, au fil des années récentes, un lieu de soins et, finalement, un véritable observatoire institutionnel de la précarité. (...) On a pris progressivement conscience que la prison concentrait, du fait des populations hébergées, un nombre considérable de pathologies graves (maladies sexuellement transmissibles, tuberculose, hépatites virales) quand, dans le même temps, le système de santé carcéral, dépendant de l'administration pénitentiaire, restait complètement inadapté, isolé du reste du système de santé et très sous-doté en moyens, tant humains que matériels.»<sup>4</sup>

Le fait que la population carcérale comprenne «schématiquement moins de voleurs simples et de plus en plus de toxicomanes, de délinquants sexuels et d'étrangers en situation irrégulière» s'explique, selon O. Obrecht, par l'existence de filières pénales différentes : «Les plus pauvres — ceux dont la situation sociale est la plus

précaire — vont plus souvent en prison, ils s’y appauvrissent encore plus, ils y restent plus longtemps et ils en sortent fragilisés : (...) les enquêtes monographiques réalisées retrouvent presque systématiquement un appauvrissement lié à l’incarcération, qu’il s’agisse de la perte des relations familiales, du logement, du travail, ainsi que de la suppression de certaines prestations (...). La prison a été et demeure donc le lieu du pauvre et on peut craindre qu’en l’absence d’une réflexion sociale sur son rôle actuel, elle ne devienne peu à peu le lieu d’une mise à l’écart de populations désinsérées et marginales, que la société aura renoncé à intégrer.»

### Les prisons bruxelloises

La prison de Saint-Gilles fut construite entre 1878 et 1884 aux confins des communes de Saint-Gilles, d’Ixelles et de Forest (la campagne, à l’époque). Elle était destinée à remplacer la prison des Petits-Carmes, située près du Palais de Justice. L’architecture et le plan du bâtiment (en étoile) s’inspiraient des principes élaborés par des criminologues anglo-saxons, dont Edouard Ducpétiaux, premier inspecteur général des prisons, s’était fait le propagateur en Belgique. La prison proprement dite comprend cinq ailes de 120 cellules chacune. De l’extérieur, le bâtiment évoque un château fortifié, avec ses tours crénelées, ses meurtrières et ses mâchicoulis. La façade, de style Tudor, longe sur 235 mètres l’avenue Ducpétiaux.

«Vingt-cinq ans après la construction de la prison centrale de Saint-Gilles, on construisit à l’arrière de celle-ci, et en vue de remplacer la vieille prison dite des Minimes à Bruxelles, une nouvelle prison, située celle-ci sur le territoire communal de Forest. Les bâtiments disposés suivant le même plan général que la prison de Saint-Gilles comportent quelque 400 cellules, dont 270 pour hommes et 130 pour femmes. Certains services étant communs aux deux prisons de Saint-Gilles et de Forest, un passage souterrain a été aménagé, qui les relie. Et ceci explique pourquoi la voie publique qui les sépare a été appelée : avenue de la Jonction.»\*

\* JOSEPH KEMPENEERS, *HISTOIRE D’OBBRUSSEL-SAINT-GILLES*, Ed. PUBLIMONDE, 1962, p. 160.

## Accessibilité et qualité des soins

En principe, la détention n’implique pas, par rapport à l’extérieur, de différence dans l’accessibilité ni la qualité des soins. Le droit, tant international que national, consacre ce principe. Mais, en réalité, l’application du droit en milieu carcéral est extrêmement fragile. «En fait, les détenus sont dans le cas limite de la non-reconnaissance de la citoyenneté.»<sup>5</sup> Le divorce entre les affirmations de principe et les réalités quotidiennes est flagrant. Plusieurs facteurs entrent en jeu.

Tout d’abord, **les aspects budgétaires** : «L’impact des coûts médicaux sur le budget de l’Administration pénitentiaire est relativement important (environ 10%). De plus, étant donné l’état précaire de la population carcérale, caractérisé entre autres par une sur-représentation de maladies telles que le sida, les hépatites ou la tuberculose et par la présence d’un grand nombre de toxicomanes, une augmentation des dépenses médicales est à craindre pour les prochaines années. De façon générale, le facteur budgétaire semble être un frein à l’accès des détenus à des soins équivalents à ceux prodigués dans la société. Sauf urgence, un traitement ne sera jamais prodigué avant une condamnation définitive; dans le cas de détenus condamnés à une courte peine, les traitements seront postposés à la libération; etc.»<sup>6</sup>

**Le manque de personnel** est un autre facteur à relever. Le Dr Sylvie Blondel connaît bien le milieu carcéral, où elle a plusieurs patients toxicomanes et où elle intervient régulièrement pour des animations à Berkendael (aile féminine de la prison de Forest) : «Il faudrait parler de l’insuffisance du personnel médical : trop peu de médecins travaillent en prison, or les consultations ça prend du temps... Le cardiologue doit faire je ne sais combien d’électrocardiogrammes par jour, pour le dépistage. A la limite, il a à peine le temps de les lire !... J’ai eu l’occasion de faire une formation pour les gardiens de l’annexe psychiatrique de Forest. En fait, c’est surtout eux qui ont parlé. La nuit, il n’y a qu’un seul médecin de garde; les surveillants ne sont que deux et ils n’ont pas les clés. Or, ils doivent vérifier qu’il n’y a pas de tentative de suicide. Ils disaient : «si on réveille les prisonniers, on a la Ligue

des Droits de l'Homme sur le dos; si on les trouve morts le lendemain, c'est la Justice qui nous tombe dessus». Et quand ils constatent quelque chose de particulier, ils doivent d'abord appeler le surveillant pour avoir les clés — ce qui met une bonne demi-heure. S'il y a un problème médical, il faut aller à la prison de Saint-Gilles par le passage souterrain. Ça met deux heures! Donc, les urgences médicales...! Ces gens se sentent une énorme responsabilité, mais ils sont tout à fait coincés.»<sup>7</sup>

Romain Bosmans, directeur de l'association CAP-ITI<sup>8</sup>, renchérit : «Pendant des années, le cadre infirmier a été déficitaire. Même s'il faut bien distinguer un petit établissement de 80 personnes d'une grande prison qui en compte 800, la moyenne est d'un infirmier pour 100 détenus. La population carcérale est plus exposée, plus marginalisée que la population générale, elle a moins recours aux soins, elle est moins structurée psychologiquement et socialement. Les prisonniers présentent des symptomatologies plus importantes et nécessiteraient donc davantage de soins que vous et moi. Or, c'est le contraire qui se passe. Mais c'est une question de moyens.» Catherine Detry fait écho à cette réflexion : «Par manque de moyens et de personnel, il est nécessaire dans beaucoup d'établissements de compléter l'équipe des infirmiers diplômés avec des surveillants-infirmiers, et la mission de prévention est souvent laissée de côté. Le manque de personnel infirmier a pour conséquence d'entraîner des surveillants dans des tâches pour lesquelles ils ne sont absolument pas qualifiés, comme par exemple la distribution des médicaments.»<sup>9</sup>

D'autres facteurs tiennent aux **conditions mêmes de l'incarcération**. L'arbitraire, déjà présent dans les systèmes ouverts (école, entreprise...) est encore moins bridé et plus pernicieux dans les systèmes clos, dont la prison représente la figure emblématique. Comme le dit Mme Pelosie, animatrice de groupes de détenues : «En prison, beaucoup de choses tiennent à la personnalité du surveillant, du dentiste, du médecin, parce que c'est le règne de l'arbitraire. Il y a un règlement, mais il y a des façons très différentes de l'appliquer. Un médecin de prison a décidé qu'elle ne toucherait pas les meurtrières : des diagnostics se font à 2 mètres de distance!»<sup>7</sup> Une demande de consultation médicale (obligatoirement écrite) peut être acheminée dans les temps ou être retardée, voire ne jamais arriver. Outre le «bon vouloir» du personnel, il y a les conditions objectives : on a déjà parlé de la carence médicale et paramédicale; il faut aussi compter avec les circonstances événementielles et, tout simplement, avec l'importance de la demande.

Les conditions de l'incarcération ne favorisent guère la qualité du «colloque singulier», ni même le secret médical : «la rencontre entre le médecin et le détenu dure en moyenne 5 minutes; le détenu reste debout pendant la durée de la consultation et dispose d'environ dix secondes pour exposer son problème de santé; lorsque le médecin procède à un examen médical, celui-ci est généralement sommaire, les notes consignées par le médecin sont extrêmement concises. Dans certains établissements, la consultation se déroule en présence des surveillants et, parfois, les détenus attendant un examen peuvent entendre l'échange entre le patient examiné et le médecin. Il en est de même pour les consultations en cellule où, dans la plupart des cas, le codétenu assiste à la consultation.»<sup>10</sup> Plus largement, la présence ou l'intervention du personnel pénitentiaire dans diverses circonstances (présence d'un agent lors des visites médicales en cellule de punition, acheminement des demandes de consultation et distribution des médicaments par des agents, etc.) mettent à mal le secret médical.

## La médecine en prison

Romain Bosmans fait le point sur les caractéristiques de la médecine pénitentiaire en Belgique : «Dans les prisons belges, la santé est de la compétence du Ministère de la Justice et non de celui de la Santé (les compétences en matière de santé sont d'ailleurs réparties entre le fédéral, le communautaire et le régional). Le détenu est donc entièrement pris en charge par l'administration pénitentiaire. La sécurité sociale, la mutuelle, tout cela est mis entre parenthèses. A sa sortie, le détenu reçoit une attestation qui lui permet de se raccrocher au wagon de la sécurité sociale. S'il n'était pas en ordre au moment où il est entré en prison et qu'il n'a fait aucune démarche, il se retrouvera dans la même situation à la sortie. Cette prise en charge par l'administration signifie qu'en principe tout dépend du médecin de la prison. Il y a même un hôpital pénitentiaire, le Centre médico-chirurgical, qui se trouve à Saint-Gilles. Comme l'administration le fait remarquer, il est presque heureux pour certains de se retrouver en prison : au moins, là, ils sont soignés! Tant qu'ils sont dehors, leur état de santé se dégrade; ils ne vont pas chez leur médecin, ou ils n'ont tout simplement pas de médecin, ou pas de mutuelle... Contrairement aux condamnés, les prévenus peuvent encore bénéficier du même accès aux soins qu'un homme libre et, notamment, demander à voir leur médecin traitant et continuer à suivre un traitement commencé à l'extérieur.

Mais il faut d'abord un avis positif du médecin de la prison et, comme le détenu n'a plus de mutuelle, les frais sont à sa charge.

Une fois qu'une condamnation est intervenue, le médecin extérieur doit se plier à la gestion de la santé telle qu'elle se fait en prison, à la pratique du médecin de l'administration. Normalement, quand il y a conflit sur un diagnostic ou un traitement entre un médecin extérieur et un médecin de prison, c'est l'inspecteur médical de l'administration pénitentiaire qui tranche. Mais on peut penser qu'il donnera difficilement tort au médecin qui appartient au même système que lui. Il n'est pas neutre. C'est un gros problème qu'on rencontre dans la gestion de la santé en prison : il n'y a pas de recours pour les détenus.»

La situation des médecins de prison est paradoxale. D'une part, ils sont soumis à l'autorité du directeur de l'établissement et dépendent de lui pour certaines décisions (d'où, parfois, une relation conflictuelle avec l'administration... ou, au contraire, un sentiment très net d'appartenance au système). D'autre part, ils bénéficient d'une très grande liberté thérapeutique. Ce qui ne va pas toujours sans inconvénients : lorsqu'un détenu est transféré d'une prison à l'autre, il n'est pas sûr, ayant changé de médecin, de pouvoir poursuivre le traitement entamé. C'est le cas dans les traitements de substitution à la méthadone. Sylvie Blondel : «Ces traitements sont permis en prison depuis assez peu de temps, mais c'est le médecin de la prison qui décide des doses et de la diminution du produit, sans concertation avec le médecin traitant. Je n'ai jamais eu l'occasion de discuter avec un de ces médecins : comme ils sont trop peu nombreux, ils sont occupés en permanence et pratiquement injoignables. Donc la relation entre confrères n'est pas simple.»

## Consommations

La méthadone nous offre un enchaînement pour aborder l'un des principaux problèmes de santé en prison : la consommation de drogues illicites mais aussi d'autres produits. Les drogues typiques du milieu carcéral sont en effet les opiacés, les benzodiazépines, les dérivés du cannabis et l'alcool. «On estime que 50% des détenus sont des usagers de drogues (dont 15% par voie intraveineuse), qu'il y a une surreprésentation de consommateurs d'alcool à l'entrée en prison, que l'incarcération accroît fortement la consommation de tabac, qui constitue un facteur de risque cardio-vasculaire, et que l'on constate une forte dépendance aux médicaments.»<sup>11</sup>

### Médicaments psychotropes délivrés par la pharmacie centrale dans les prisons belges, 1993-1997 (en milliers de comprimés)

	1993	1994	1995	1996	1997
Benzodiazépines anxiolytiques	421.0	442.0	319.5	474.0	664.5
Benzodiazépines hypnotiques	297.7	307.7	274.5	235.0	258.4
Neuroleptiques	138.4	220.2	242.1	245.8	275.7
Antidépresseurs	négligeable	négligeable	25.9	132.3	254.1

Source : C. Detry, op. cit., p. 70.

La consommation de psychotropes permet aux détenus de mieux supporter la dureté de l'enfermement, le manque d'intimité, la douleur psychique intense dont témoigne le nombre de suicides (voir encadré). La consommation est aussi, pour l'institution, un moyen de contribuer à la sécurité, en réduisant la tension et en freinant les passages à l'acte. Certains médecins ne se cachent absolument pas d'une politique délibérée de distribution d'anxiolytiques. Ce qui entraîne évidemment des risques de stockage, de marchandage, de trafic.

A côté des médicaments, il y a les drogues illicites. M. Petit a été témoin de l'évolution du phénomène : «Entre 1972 et aujourd'hui, on est passé, à Forest, de 1 ou 2% à environ 30% de détenus pour faits de toxicomanies, auxquels s'ajoutent environ 30% de détenus pour faits connexes à la toxicomanie (arrachage de sac, casse de pharmacie...) et 5 à 10% de gens qui ne sont pas incarcérés pour cela, mais sont des consommateurs au moins occasionnels. On a donc ici une population moyenne de 60 à 70% d'usagers de drogues. On assiste dans la société à une explosion du phénomène toxicomaniaque (et des dépendances en général : alcool, médicaments...), qui se retrouve en prison.»

### Les suicides en prison

«Le stress psychologique engendré par l'incarcération provoque des états anxio-dépressifs aigus accompagnés de troubles du sommeil et des actes auto-destructeurs (auto-mutilations, grèves de la faim et suicides)», écrit Catherine Detry. Dans son rapport annuel, l'Observatoire international des prisons signale 23 suicides en 1997.

Sur une population journalière moyenne de 7.963 détenus, cela représente un taux de près de 289 pour 100.000, ce qui est beaucoup plus élevé que dans la population générale.\* Sur ces 23 suicides, 10 étaient intervenus dans les six premiers mois de l'incarcération; 8 étaient le fait de prévenus, et 5 de condamnés à des peines inférieures à trois ans. Ce qui en dit long sur la dureté de l'univers carcéral et le choc de l'incarcération.

Un récit de «cas», emprunté à la même source : «M. T. meurt le 25 décembre à la prison de Forest. Ce détenu toxicomane a eu plusieurs accrochages avec les surveillants et le Directeur adjoint de l'établissement dans les semaines qui précèdent son décès. Il a été puni et placé à l'isolement. Durant ce passage au cachot, le règlement général pénitentiaire n'a pas été respecté. Il n'a pas pu bénéficier de la visite d'un médecin. Aucun couvert ne lui a été distribué. Aucun médicament ne lui a été prescrit. M. T. a été découvert pendu dans sa cellule.»

\* Voir les chiffres publiés dans *Bruxelles Santé spécial 1999*, p. 113.

L'administration pénitentiaire cite une moyenne de 50 à 55% d'usagers de drogues en prison. Ce pourcentage considérable s'explique par la pénalisation de l'usage de drogue (que la loi ne distingue pas du trafic), par le fait qu'il n'existe pas de lieux spécifiques pour détenir les usagers, et parce que la drogue circule en prison tout comme à l'extérieur. «Il est indéniable — et les autorités pénitentiaires en sont parfaitement conscientes — que la drogue circule en prison. Et ce, grâce à la complicité de membres de la famille (...), lors de retour de congé pénitentiaire, via certains avocats, et même par le biais de certains gardiens et autres membres du personnel. Le paiement de cette drogue a lieu soit à l'extérieur de la prison, soit à l'intérieur (...). Le refus ou l'impossibilité de remplir ses obligations financières, le refus de collaborer au circuit de la drogue est sanctionné par les trafiquants, éventuellement par la violence physique. (...) Des détenus non consommateurs de drogues arrivent dans un milieu où la consommation de drogue est considérée comme normale par un groupe important. (...) Il n'est pas rare qu'un individu commence même à se droguer en prison en raison des conditions de vie difficiles et du fait qu'on peut facilement s'y procurer de la drogue».<sup>12</sup>

Les problèmes dentaires sont souvent cités comme caractéristiques de la toxicomanie. A y regarder de

plus près, ils sont très révélateurs de la relation santé/prison et de la précarisation des détenus aujourd'hui. M. Petit : «La toxicomanie entraîne notamment de gros problèmes dentaires. Les toxicomanes sont soignés de manière très suivie par le dentiste de la prison, et gratuitement puisque l'Etat prend les soins en charge. Mais on voit très bien, avec ceux qui nous reviennent, que dehors ils ne poursuivent pas le traitement. Ce n'est pas très motivant pour les soignants; ils se disent qu'on se moque d'eux. Il y a pourtant moyen de se faire soigner gratuitement, même si on émarge au CPAS!... Cette mauvaise volonté fait partie des problèmes de santé typiques que l'on rencontre en prison.»



Photo © : Hélène Martiat/Question Santé

Le Dr Blondel donne un autre point de vue : «Les détenus qui profitent de la prison pour se faire soigner, c'est quelque chose qui fait partie de leur mental. Il est très fréquent qu'ils utilisent l'incarcération comme occasion de sevrage. Les toxicomanes voudraient sortir de prison complètement clean : aucun produit, plus rien. Donc ce n'est pas étonnant qu'ils profitent aussi de la prison pour se refaire une dentition. Ce n'est pas profiter dans le sens d'exploiter, de manipuler, mais dans le sens de mettre une occasion à profit... Ceci dit, aucun de mes patients n'est resté clean, une fois sorti de prison.» Mme Pelosie complète ce point de vue : «Quand elles sortent, leur

environnement est souvent encore moins bon qu'à leur entrée : elles n'ont plus d'appartement, elles n'ont plus de mutuelle, leur gosse est placé, elles ont une citation d'huissier pour les mois de loyer qu'elle n'ont pas pu payer... Elles sont dans une situation encore plus déstructurée, qui les pousse à retourner vers le seul milieu qui les accepte : la prostitution, la délinquance, la toxicomanie... Donc il n'est pas étonnant qu'elles rechutent, qu'elles ne prennent plus soin de leurs dents, de leur santé — jusqu'au moment où elles sont de nouveau incarcérées.»

## Maladies infectieuses

Deuxième gros problème de santé en prison : les maladies infectieuses. La prévalence de l'infection par VIH est estimée dix à quinze fois supérieure à celle de la population générale, celle des hépatites au moins vingt fois supérieure et celle de la tuberculose au moins dix fois supérieure. «Les détenus constituent un groupe à risque élevé de tuberculose, en raison sans doute de la surpopulation, des pauvres conditions d'hygiène et d'une présence importante de détenus provenant de pays où la prévalence de la tuberculose est élevée». <sup>13</sup>

En principe, le dépistage de la tuberculose est appliqué à tous les entrants mais, en pratique, il en va souvent autrement. En effet, seules cinq prisons (dont Saint-Gilles) disposent de l'équipement nécessaire; les autres sont visitées quelques fois par an par les services mobiles de deux associations, la FARES et la VRGT. Il suffit qu'un détenu soit absent (au travail, au palais de justice...) au moment du dépistage ou qu'il refuse celui-ci, et il passe entre les mailles du filet. En outre, pendant la phase contagieuse de la maladie (trois mois), les détenus doivent être placés en quarantaine dans une cellule prévue à cet effet. Au Centre médico-chirurgical de Saint-Gilles, la cellule semble en très mauvais état, comme en témoigne un rapport au Gouvernement établi en 1993 : le local comportait «des marques d'humidité importante avec une efflorescence indiquant une humidité récente»!

Pour les hépatites et l'infection par VIH, le milieu carcéral augmente aussi les risques, en termes de comportements cette fois : partage du matériel d'injection chez les usagers de drogues par intraveineuse (UDI), relations sexuelles non protégées (entre détenus ou pendant les congés pénitentiaires), partage du matériel de tatouage ou de piercing.

### Qu'en est-il des mesures préventives possibles?

- Le matériel d'information est rare. Parmi les exceptions, citons la brochure «Et vogue la galère» (voir page 21 Documentation), dont la deuxième édition sera, pour la première fois, distribuée par l'administration.
- Les séances de formation du personnel, peu fréquentes, n'ont guère rencontré de succès.
- Une distribution discrète (et donc bien accueillie) de préservatifs tend à se répandre dans les établissements, après plusieurs démarches maladroites.
- La distribution d'eau de javel comme désinfectant connaît des modalités très variables d'un établissement à l'autre.
- Aucune distribution de matériel d'injection stérile n'a eu lieu en Belgique, en raison de notre législation sur les drogues (l'administration craint de se rendre coupable d'un délit).
- Quant au traitement à la méthadone, voir ce qui est dit plus haut sur la liberté thérapeutique du médecin de prison.
- La vaccination contre l'hépatite B n'est pas disponible en prison, en raison de son coût, de sa durée (un an), qui excède souvent le séjour des détenus, et parce que beaucoup de détenus UDI sont déjà porteurs du virus.

Mme Pelosie, qui intervient régulièrement depuis une quinzaine d'années à Berkendael (voir encadré), donne un exemple comico-dramatique de l'information médicale en prison : «Un jour, je téléphone comme d'habitude avant de partir, et on me dit : «Oh, il y a un médecin qui est venu faire une information sur le sida cet après-midi, je crois que ce n'est pas la peine que vous veniez». On s'est dit : «Allons-y, on verra bien s'il n'y a personne». On arrive. Le local était plein. Elles étaient dans un état ! Elles avaient eu des informations, très correctes je pense, mais comme elles avaient toutes quelque chose d'un peu bizarre, la moitié étaient persuadées qu'elles avaient le sida !»

### Du côté de Berkendael

Mme Pelosie : «La santé n'a pas de statut particulier en prison; elle fait partie du fonctionnement général : les détenues ne sont pas traitées comme des personnes qui ont des compétences, qui sont capables de comprendre, qui ont des droits. On ne leur explique pas grand-chose et, quand elles expriment une plainte, comme elles ont toutes beaucoup de petits bobos dus à leur situation même, ce n'est pas pris au sérieux. En

prison, les aspects psychologiques et les difficultés personnelles sont très peu pris en compte, et ça engendre des problèmes physiques (obésité, kystes, problèmes de règles...) qui, à leur tour, sont une source d'anxiété.»

**Dr Blondel :** «Quand elles posent des questions à la gynécologue, elles disent qu'elles ne reçoivent pas de réponse. Je suppose que le médecin dit quand même quelque chose, mais ces consultations se font probablement rapidement, et ces femmes ne se sentent pas très entendues; c'est le moins qu'on puisse dire. Il y a aussi des questions assez anxieuses sur le dépistage du cancer, sur la mammographie : qui va faire ça, quand, comment... Tout ce qui tourne autour de la gynécologie reste manifestement un problème.»

**Mme Pelosie :** «Peut-être que c'est sur le plan gynécologique qu'elles somatisent le plus le fait d'être incarcérées, l'angoisse, etc. Ça apparaît au niveau des règles, des ballonnements, du poids, des seins... Du coup, elles ont peut-être plus besoin d'être rassurées. Mais je pense aussi que l'enfermement représente un arrêt, et que ces femmes ne prenaient pas toujours leur santé en charge à l'extérieur. Le fait d'être tout à coup dans un temps d'arrêt les amène à se poser des questions. En fait, si on voulait vraiment faire de la prévention, on devrait accentuer le soutien médical et l'écoute dans des périodes comme celle-là. D'une certaine manière, ça représente une chance de pouvoir les soigner correctement à ce moment-là ! Mais c'est l'inverse qui se passe. On entend dire : «elles ne sont déjà pas fichues de se soigner à l'extérieur, pourquoi devraient-elles avoir plus ici ?» C'est une opinion assez courante. Pourtant, beaucoup de détenues viennent d'un milieu social difficile, où on ne parle pas de ces choses-là, et le fait d'en parler brusquement entraîne plein de questions et d'angoisses.»

Qu'en est-il par ailleurs du traitement du sida ? «En milieu pénitentiaire, la personne infectée par le VIH bénéficie d'un suivi médical de qualité, mais essentiellement de type curatif. Le soutien psychologique est très limité; il est accessible via une association de volontaires, Aide Info Sida, qui visite les détenus VIH positifs à leur demande, et dans la mesure de ses possibilités qui sont réduites (...). Lors de leur sortie (libération ou libération anticipée pour raisons de santé), les sidéens reçoivent des médicaments pour une période d'un mois et l'adresse de centres spécialisés. A eux de se prendre en charge. Il n'existe pas de programme spécifique afin de préparer un détenu malade à sa sortie. Les détenus ne sont pas

informés des interactions entre les médicaments, la drogue, l'alcool, et donc des risques d'overdose. Il n'existe aucun suivi institutionnalisé, ni orientation des personnes vers des services de la communauté après leur libération». <sup>14</sup>

## Pour une politique de prévention

«Les programmes de prévention sont quant à eux complètement absents des programmes de santé de l'Administration pénitentiaire et sont laissés à la responsabilité de quelques ASBL extérieures», écrit Catherine Detry. Paradoxalement, la Justice prétend assumer la santé des détenus mais elle est obligée de faire appel à des intervenants extérieurs pour colmater tant bien que mal les nombreuses brèches du système.

Romain Bosmans raconte comment les choses se sont passées à propos de la toxicomanie : «Je travaille dans les prisons depuis 1975. A ce moment-là, on parlait à peine du phénomène drogue. On venait seulement de réviser la loi de 1920 sur les produits illicites, et ses conséquences n'ont commencé à se faire sentir qu'au début des années 80. Généralement, les toxicomanes incarcérés, peu nombreux, ne posaient aucun problème : les médecins pouvaient prendre le temps de s'occuper d'eux. Puis la vague a commencé à s'amplifier de manière hallucinante : à la fin des années 80, on était passé de 1 ou 2% à plus de 30%. Et après ça a continué. Face à cela, l'administration pénitentiaire a toujours manqué de moyens, et elle se repose sur des initiatives comme la nôtre. C'est souvent le secteur associatif qui apporte des réponses à ces difficultés. Nous avons un accord avec la Justice depuis que le projet a été mis sur pied. La collaboration avec l'institution pénitentiaire est évidemment passée par des hauts et des bas, mais au début ils étaient démunis de tout : pas de budget, pas de moyens, pas de politique. Donc, quand nous avons fait cette offre au niveau de la prévention, ils nous ont accueillis à bras ouverts : c'était la première initiative en la matière en Belgique. Depuis, cela a fait boule de neige dans d'autres prisons.»

Dans d'autres domaines aussi des associations interviennent. M. Petit : «Nous travaillons avec toute une série d'intervenants psycho-sociaux extérieurs. Ce sont généralement des membres d'ASBL, qui se font agréer par le Ministère de la Justice; ensuite, nous autorisons

telle ou telle personne, à titre individuel, à venir en prison. Ce n'est généralement pas pour entamer ou poursuivre un traitement, mais pour préparer une prise en charge après libération. Cela se situe donc dans une perspective de réinsertion.» Un exemple, les relations familiales : «Les rencontres mère-enfant sont faites surtout dans l'intérêt de l'enfant : c'est un traumatisme pour lui d'être séparé de sa mère, particulièrement en bas âge. Une ASBL, Relais Enfants-Parents, nous assiste dans cette mission, qui n'est pas simple parce qu'il faut parfois mettre de l'huile dans les rouages : il peut y avoir des tensions entre parents et enfants, ou vis-à-vis d'autres membres de la famille. Il est donc important que des personnes compétentes soient présentes, ne serait-ce que pour jouer avec le plus petit quand la maman s'occupe du plus grand ou parle avec le papa. Ces rencontres se font soit à la demande de la détenue, soit sur proposition du service psycho-social de l'établissement ou même de l'ASBL dont j'ai parlé.»

De telles interventions sont évidemment positives, et il est bon que des services et des personnes de l'extérieur aient leurs entrées en prison. Néanmoins, cela révèle aussi, en négatif, l'absence d'une réelle politique de prévention en milieu pénitentiaire. L'administration semble vraiment consciente des problèmes, et elle fait ce qu'elle peut avec les moyens qu'on lui donne. Ce qui manque visiblement, c'est un projet et une volonté politiques concrétisés par des modifications législatives (on pense notamment à l'usage de drogues) et des moyens financiers, investis dans l'architecture mais aussi dans les ressources humaines, tant en quantité qu'en compétences.

**Romain Bosmans** : «L'année dernière, nous avons organisé une série de séminaires sur la santé en prison. Nous ne sommes pas compétents en matière médicale mais, quand nous interrogeons des médecins, qu'ils appartiennent ou non à l'administration, ils ne semblaient pas réagir par rapport aux difficultés qu'ils rencontraient. (Et les médecins des prisons ne sont pas les derniers à en rencontrer, mais ils sont un peu cadennassés, ils ont un devoir de réserve.) L'Ordre des Médecins ne disait rien non plus. Donc, nous avons décidé de mettre les pieds dans le plat. Nous avons invité les différents ministres chargés de la santé et l'administration pénitentiaire, pour qu'ils se mettent autour d'une table et qu'ils décident d'une politique. Parce qu'il n'y a pas de politique, au fond! Il n'y a même pas en Belgique de régime pénitentiaire fixé par un cadre légal. Il y a seule-

ment une série de règlements successifs, de circulaires ministérielles ou d'arrêtés, qui finissent parfois par se contredire... Ce qui est remarquable, c'est que, malgré nos invitations pressantes, les divers ministères de la santé n'ont envoyé personne; l'Ordre des Médecins, pas davantage. Par contre, l'inspecteur de l'administration pénitentiaire, **M. Van Mol**, était présent à toutes les séances, mandaté par le Ministre de la Justice. L'administration a conscience d'un certain nombre de problèmes et essaie d'y remédier — même si elle tient à conserver ses prérogatives en matière de santé des détenus.»

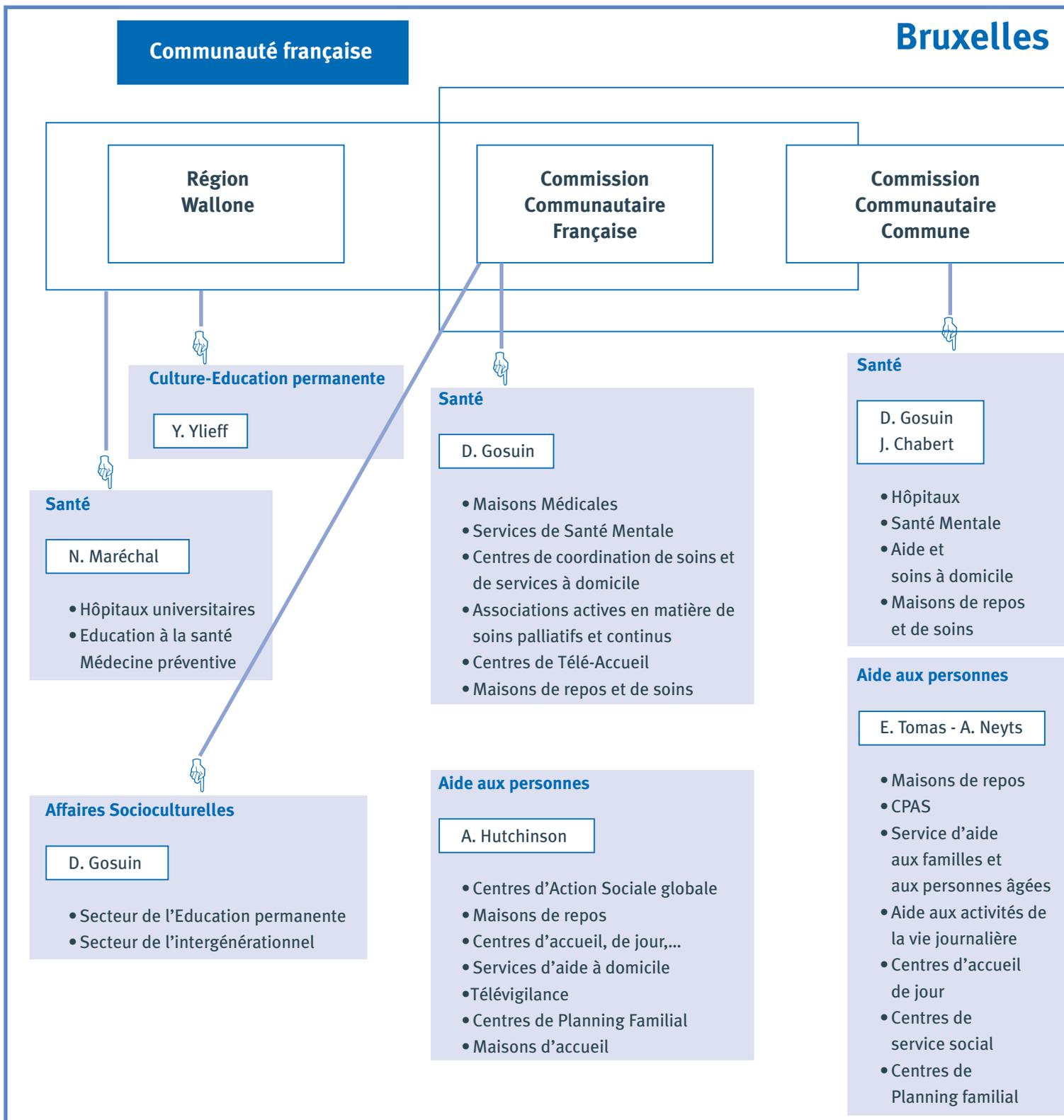
La conclusion qui s'impose n'est donc guère optimiste. Pour la formuler, laissons encore une fois la parole à **Catherine Detry** : «Parler de santé en prison, ce n'est pas seulement aborder le problème des malades et des malades mentaux. C'est aussi aborder les conséquences de la privation de liberté et de la solitude forcée qu'elle engendre. La santé en prison n'implique pas seulement la présence d'un cadre médical adéquat : elle appelle aussi des moniteurs de sport, des éducateurs, des enseignants... Mais ceci demanderait un investissement en hommes et un investissement financier que la société ne semble pas encore prête à fournir». <sup>15</sup>■

*Dossier réuni par Françoise Kinna et Alain Cherbonnier  
Merci à tous nos interlocuteurs et à Mme Gündüz (Ligue des Droits de l'Homme).*

1. C. Detry, *De l'organisation des soins de santé en milieu pénitentiaire en Belgique*, UCL, Faculté de Médecine, 1999 (mémoire de fin d'études en sciences de la santé publique), p. 12. Outre les citations, nous faisons de nombreux emprunts à cette synthèse récente et très bien documentée.
2. Detry, *op. cit.*, p. 18.
3. Interview, 02/09/99.
4. Olivier Obrecht, *Précarité et prison*, dans l'ouvrage collectif *Précarité et santé*, Flammarion, 1998.
5. C. Faugeron, cité par Detry, *op. cit.*, p. 38.
6. Detry, *op. cit.*, p. 46.
7. Interview, 13/09/99.
8. Interview, 28/09/99. CAP-ITI = Centre d'Accueil Postpénitentiaire - Information aux Toxicomanes Incarcérés.
9. Detry, *op. cit.*, pp. 52-53.
10. Detry, *op. cit.*, pp. 54-55. A Saint-Gilles, depuis les émeutes de 1987, les consultations ont lieu en cellule.
11. Detry, *op. cit.*, p. 115.
12. Detry, *op. cit.*, pp. 83-84.
13. Detry, *op. cit.*, p. 107.
14. Detry, *op. cit.*, pp. 104-105.
15. Detry, *op. cit.*, p. 118.

# Autant le savoir

## QUI FAIT QUOI POUR LES



# SENIORS À BRUXELLES ?

## Brussel

## Vlaamse Gemeenschap

Gemeenschappelijke  
Gemeenschapscommissie

Vlaamse  
Gemeenschapscommissie

B. Anciaux

Vlaamse Minister van Brusselse  
Aangelegenheden

Welzijn, Volksgezondheid

M. Vogels

Cultuur

B. Anciaux

Ziekenhuizen  
Geestelijke gezondheidszorg  
Thuishulp en thuiszorg

Rust-en verzorgingstehuizen

Gezondheid

J. Chabert

- Centra voor geestelijke gezondheidszorg
- Gezondheidsvoortichting en -opvoeding
- Gezondheidsinstellingen
- Nieuwe projecten en initiatieven
- Thuisgezondheidszorg

Rusthuizen  
OCMW  
Gezins- en bejaardenhulp  
diensten

Hulpverlening bij «activiteiten  
in het dagelijks leven»  
Dag onthaal centra

Centra voor maatschappelijk werk

Centra voor gezinsplanning

Welzijn

J. Chabert

- Algemeen welzijnsbeleid
- Bejaarden - welzijn
- Gehandicapten - welzijn
- Jeugd - welzijn

**ETAT FÉDÉRAL - FEDERALE STAAT**  
**INAMI, pensions, revenu garanti,...**  
**RIZIV, pensioenen, gewaarborgd inkomen...**

## L'Observatoire de la Santé de Bruxelles

### **Pourquoi un observatoire de la santé ?**

Toute politique sociale ou de santé publique doit s'appuyer sur une connaissance approfondie des différents aspects de l'état socio-sanitaire de la population, c'est-à-dire ses besoins, ses demandes et la manière dont ceux-ci sont rencontrés par les services socio-médicaux.

L'observatoire de la santé et de l'action sociale est un outil pour élaborer des politiques sociales et de santé publique cohérentes et pour évaluer l'impact de ces politiques sur la qualité de vie des habitants de la région de Bruxelles-Capitale.

### **Son origine et ses missions**

L'observatoire de la santé a été créé en 1992 par la volonté conjointe du Collège réuni de la Commission communautaire commune et de la Députation permanente de la Province de Brabant.

Le 27 avril 1995, une ordonnance de la CCC a fixé les missions de l'Observatoire: collecter, traiter et diffuser les informations nécessaires à l'élaboration d'une politique de la santé sur le territoire de la région bruxelloise.

Cette mission comprend les tâches suivantes:

- mettre en évidence les caractéristiques socio-sanitaires du territoire
- dresser des bilans des données existantes et des enquêtes spécifiques réalisées
- aider à l'évaluation de la politique de prévention et d'éducation à la santé
- réaliser des études thématiques permettant d'évaluer et d'orienter les actions menées
- formuler tout avis ou proposition sur les questions socio-sanitaires
- promouvoir la coordination des actions menées par les instances de la santé et les acteurs de terrain.

Depuis 1998, le traitement des statistiques bruxelloises de natalité et de mortalité a été confié à l'Observatoire de la santé. Pour des raisons techniques, une partie de ces tâches est actuellement réalisée par les services de statistiques sanitaires de la Communauté flamande.

Récemment, une nouvelle mission vient d'être confiée à l'observatoire : la rédaction du rapport sur l'état de la pauvreté à Bruxelles.

### **Quels objectifs, quels moyens en matière de santé ?**

#### **1. Recueil, analyse et transmission des informations**

Pour réaliser cet objectif, il faut multiplier les sources d'informations qui viendront à la fois du monde scientifique, des intervenants de terrain, de la population et des instances administratives.

Le recueil de ces informations implique d'identifier les acteurs de terrain, les lieux où la population exprime ses besoins, les coordinations et concertations sociales; de rencontrer ces différents partenaires, de comprendre la manière dont ils fonctionnent, leurs particularités et leurs complémentarités; d'élaborer en partenariat avec eux des outils de recueil d'informations qualitatives et quantitatives et d'assurer leur qualité, leur validité et leur pertinence par un soutien méthodologique.

Ces informations doivent ensuite être analysées et intégrées de manière à présenter une vision d'ensemble transversale des problématiques socio-sanitaires, établir des priorités, identifier des besoins qui ne sont pas rencontrés de manière satisfaisante, des dysfonctionnements éventuels.

Le résultat de ces analyses permettra d'établir un état permanent de la santé de la population bruxelloise qui, transmis aux instances politiques, les aidera à prendre des décisions et aux intervenants médico-sociaux, à la population et au monde scientifique, les aidera à orienter leurs actions.

## **2. Favoriser les complémentarités et stimuler les échanges**

L'observatoire devrait devenir un lieu de rencontre entre les intervenants de différents horizons: médical, social, environnemental, associatif ou public...

La nouvelle équipe de l'observatoire souhaite accentuer la triangulation de l'action associant les partenaires issus de la population concernée, des travailleurs sociaux et du monde scientifique.

### ***L'étude de la pauvreté : le rapport annuel bruxellois***

#### **1. A court terme**

Il est essentiel que le terrain soit impliqué afin que le rapport sur la pauvreté devienne un outil de travail et d'analyse susceptible de relayer voire d'influer les pratiques professionnelles et d'insuffler des changements sociaux durables.

Travailler avec le terrain implique de le connaître et de s'y investir, d'identifier les acteurs de terrain et les associations intermédiaires, les coordinations sociales locales et les lieux de concertation, de lui donner voix et une place reconnue en tant que partenaire.

Les usagers sont aussi des partenaires qui avec leur savoir et leur savoir-faire, doivent trouver leur place dans ce débat.

#### **2. A moyen terme**

Les travailleurs sociaux sont les interlocuteurs privilégiés des pouvoirs publics en ce qui concerne les services à la population. L'observation de leur pratique professionnelle et leur évolution permettra de mieux identifier les moyens d'action dont disposent les décideurs et les usagers. Il est donc important d'établir des connexions entre secteurs et de faire connaître les projets-pilotes qui répondent à de nouveaux besoins, ainsi que toutes les initiatives qui favorisent la prise en main par la population des problèmes qui la touchent. C'est aussi donner voix aux travailleurs sociaux, cerner leurs conditions de travail et leurs contraintes, optimiser leurs moyens

d'action et s'inscrire dans un mouvement d'analyse et de réflexion des problématiques sociales et sanitaires. Pour permettre aux pouvoirs politiques d'être véritablement au service de la population, il est important de soutenir la décision par l'élaboration de propositions visant à l'amélioration de la cohérence et de l'efficacité des politiques de lutte contre la pauvreté, de réfléchir au «mailage», aux modes d'intervention et aux moyens des services afin de mieux les adapter aux besoins de la population, identifier les effets pervers ou les dysfonctionnements de certaines réglementations qui seraient de nature à provoquer des ruptures sociales, de vérifier l'adéquation du système administratif.

Les pratiques participatives des personnes qui vivent quotidiennement la pauvreté constituent une priorité d'action.

### ***L'observatoire, c'est aussi une équipe bilingue et ...***

Pour réaliser ces missions, une nouvelle équipe de 6 travailleurs a été constituée.

Direction administrative :  
Annette Perdaens, sociologue, tél.: 02/552.01.50

Direction scientifique :  
Myriam De Spiegelaere, médecin de santé publique,  
tél.: 02/552.01.45

Deux collaboratrices :  
Elke Eenens et Truus Roesems, sociologues,  
tél.: 02/502.01.57

Deux secrétaires médicales :  
Jacqueline De Smedt et Béatrice Courtoy,  
tél.: 02/502.01.55

### ***... un lieu de contact et de rencontre :***

25, rue du Champ de mars à 1050 Bruxelles  
Tél. : 02/502.60.01  
Télécopie : 02/502.59.05  
Mail : mdespiegelaere @ CCC.irisnet.be

# La Fondation Travail et Santé

**La Fondation Travail & Santé ouvre un Centre de Ressources spécialisé sur les interactions entre le travail et la santé.**

## ***Une base de données documentaires «Travail et Santé»***

La Fondation Travail & Santé, qui fête ses vingt ans cette année, est une association sans but lucratif qui tend, au quotidien, à promouvoir les droits fondamentaux que sont le droit au travail et le droit à la gestion de sa santé. Chaque année, la Fondation doit répondre à une demande croissante d'informations dans le domaine spécifique de la santé au travail. Raison pour laquelle est apparu le besoin d'organiser une documentation spécialisée, destinée tant aux professionnels qu'au grand public. Ainsi, en 1998 la Fondation doit répondre à une demande croissante d'informations dans le domaine spécifique de la santé au travail. Raison pour laquelle est apparu le besoin d'organiser une documentation spécialisée, destinée tant aux professionnels qu'au grand public.

La Fondation a entrepris, dans le cadre d'un projet-pilote co-financé par le Programme Emploi du Fonds Social Européen, la création d'un centre de ressources sur le thème des interactions entre le travail et la santé, visant l'information, la sensibilisation et la formation accompagnée et individualisée de toute personne.

Depuis le mois de septembre 1999, le Centre est ouvert au public.

## ***Type de documentation***

Le Centre de ressources propose une documentation visant à une meilleure connaissance de la législation relative au travail et à la santé, aux services et aides concernant les personnes handicapées ou encore en matière d'interférences entre la gestion de sa santé et la gestion d'un travail. Son originalité est également d'offrir des conseils adaptés à tout un chacun grâce à sa démarche pédagogique. La documentation recouvre aussi bien les publications officielles (livres, périodiques, *Moniteur belge*,...), les ressources pédagogiques, que les publications non-officielles (Actes de colloques,

dossiers thématiques, rapports de recherche, rapports d'évaluation...)

La base de données compte pas moins de 250 mots clés donnant accès à plus de 2000 références concernant le milieu de travail, le marché du travail, les professions, la santé au travail, les accidents de travail, les maladies professionnelles, le handicap, les personnes handicapées, l'éducation pour la santé, l'évaluation, l'orientation (professionnelle), la réadaptation socio-professionnelle, la médecine du travail, l'ergonomie,...

## ***Le public***

Ce centre est accessible à toute personne, professionnel du secteur ou non, qui souhaite s'informer ou se former sur le sujet.

Toute personne handicapée peut être reçue dans le Centre, qu'elle soit active ou non. Les travailleurs victimes d'un accident (de travail), d'une maladie (professionnelle) pourront faire appel à ce service afin d'être épaulés dans la recherche d'une solution à leurs difficultés de (ré)-adaptation professionnelle.

## ***Accès et service au public***

L'accès est gratuit. Le Centre de ressources offre une information et une étude de sujets spécialisés (travail et santé), des bibliographies et une aide à la recherche documentaire.

Ce qui *singularise* le Centre c'est d'offrir non seulement une documentation spécifique mais aussi *un accompagnement visant à résoudre les difficultés liées à la santé et au travail* de la personne et de répondre à certaines demandes ou besoins de techniciens.■

*Pascal Jamin*  
*Documentaliste*

Adresse et heures d'ouverture  
Rue Berckmans, 148  
1000 Bruxelles  
Tél.: 02/534.26.81  
Fax: 02/534.55.80  
E-mail: travail.sante@misc.irisnet.be  
Ouvert de 9h00 à 17h00 du lundi au vendredi

## Qualité et confort du logement en Région de Bruxelles-Capitale

***Bruxelles compte quelques 460.000 logements. D'un niveau de confort très inégal. Lié, pour une grande majorité, à leur période de construction. Selon l'étude<sup>1</sup> menée par le Centre de Recherche urbaine de l'Institut de Sociologie de l'U.L.B., à la demande du Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale - Développement urbain, les situations les plus défavorables se rencontreraient surtout pour les logements construits avant 1919, soit entre 69.000 et 101.000 logements.***

En l'absence de données statistiques fiables et récurrentes quant à l'évaluation de la qualité et de l'amélioration du parc de logements bruxellois, l'Institut de Sociologie de l'ULB a réalisé une enquête auprès d'un échantillon représentatif de Bruxellois. Les résultats de cette enquête offrent la possibilité de qualifier davantage les phénomènes observés lors des recensements de 1981 et de 1991.

L'analyse porte principalement sur: le bilan des données existantes relatives à l'âge, à la transformation et au niveau de confort des logements; l'état des logements; la rénovation et la satisfaction à l'égard du logement.

### Bilan des données

Le parc de logements bruxellois, sans être le plus ancien du pays présente dans l'ensemble en 1981 une part importante de bâti de plus de 50 ans (47%). Le rajeunissement du parc wallon et flamand qui se confirme à partir des années 70, est nettement moins sensible à Bruxelles, en fonction notamment de la densité du tissu urbain. Cette différence inter-régionale est encore plus perceptible à partir des données du recensement de 1991. Il semble y avoir une diminution du taux de renouvellement du parc à Bruxelles, compensée probablement par un effort croissant de rénovation du parc existant.

L'analyse intra-régionale permet de nuancer ces données et de mieux cerner les spécificités et la morphologie du bâti sur le plan communal.

Les communes de Saint-Josse-ten-Noode (47,1%), d'Ixelles (33,7%), de Schaerbeek (29,3%) et de Bruxelles-

Ville présentent les plus hauts taux régionaux de bâti le plus ancien (avant 1919).

Saint-Gilles se distingue tout particulièrement avec un parc d'avant-guerre (40-45) qui représente plus de huit logements sur dix (86,1%). Le processus d'urbanisation de l'ensemble des communes de deuxième couronne, dès l'après-guerre, est nettement perceptible.

Au-delà de 1985, seul Berchem-Sainte-Agathe (4,9%), Evere (4,7%) ainsi que, dans une proportion moindre, Woluwé-Saint-Lambert (2,8%), Uccle et Watermael-Boitsfort (2,5% chacune) affichent encore un taux de construction neuve significatif.

Après 1985, Woluwé-Saint-Pierre (2,8%), Auderghem, Berchem-Sainte-Agathe et Woluwé-Saint-Lambert (2,4% chacune) voient leur parc croître modestement.

### Confort du logement

De l'analyse consacrée au confort - ou plus précisément aux commodités - des logements bruxellois, il ressort globalement le constat suivant :

- 2 logements sur 10 ne disposent pas du petit confort (présence d'une salle de bain et d'un WC à l'intérieur du logement dans une pièce indépendante);
- 2 logements sur 10 bénéficient du petit confort;
- 2 logements sur 10 disposent d'un confort moyen (critères de la catégorie petit confort + présence d'un chauffage central);
- 4 logements sur 10 sont de grand confort (critères de la catégorie moyen confort + présence d'une cuisine de 4m<sup>2</sup>).

Le niveau de confort du parc est, comme dit plus haut, en grande partie lié à sa période de construction. Les situations les plus défavorables concernent surtout le parc de logements construits avant 1919. Toutefois, ce parc le plus ancien connaît une situation duale. En effet :

- 45% du parc d'avant 1919 est de confort faible (sans confort - absence dans le logement de salle de bain et/ou de WC intérieur - ou de petit confort seulement);
- 41% de ce parc dispose d'un grand confort.

Cette situation est révélatrice du partage du parc ancien en deux marchés : le marché locatif dans lequel les logements anciens sont peu ou mal équipés, plutôt de petite taille; le marché de l'accès à la propriété («acquisitif») dans lequel les logements anciens - souvent des habitations unifamiliales de dimension assez grande - sont rénovés ou entretenus par leurs propriétaires occupants. Les efforts de rénovation semblent devoir porter principalement sur le parc des appartements dont on sait qu'il est le plus souvent locatif. Or, c'est dans ce parc que les interventions sont les moins fréquentes.

D'une manière générale, l'étude révèle que les initiatives qui visent à améliorer l'état ou le confort du logement

sont très dépendantes du statut de l'occupant. Le fait d'acquiescer son logement, dans le cadre d'un projet stable d'existence conjugale et familiale, est incontestablement un facteur positif d'amélioration du parc.

## Niveau de confort et caractéristiques des occupants

### Occupants des logements les plus confortables

- les propriétaires, majoritairement: 62% de propriétaires vivent dans le grand confort;
- les personnes de 45 ans et plus;
- les Belges, mais aussi les Espagnols et autres étrangers de l'UE;
- les couples surtout s'ils sont mariés;
- les ménages à revenus moyens et élevés: situation nettement améliorée à partir d'un revenu mensuel de 65.000 FB;
- les couples dont les deux membres sont professionnellement actifs.

### Occupants des logements les moins confortables

- une minorité non négligeable de propriétaires vivent dans le «sans confort» (24%) mais ce sont surtout les locataires (73%) qui vivent cette situation. Alors qu'ils sont seulement 35% à vivre dans le grand confort;
- les jeunes de moins de 35 ans et, surtout, de moins de 25 ans;
- les Belges par naturalisation, mais aussi les Italiens et les européens hors UE;
- les ménages d'isolés ou les cohabitants sans enfant;

- les ménages dont les revenus mensuels sont inférieurs à 45.000 FB;

- les isolés inactifs.

## Appréciation de l'état des logements

1 logement sur 2 est jugé en bon ou très bon état;  
1 logement sur 3 est jugé en état améliorable;  
1 logement sur 10 est jugé insatisfaisant ou en mauvais état.

Globalement, les maisons unifamiliales sont plus fréquemment en bon ou très bon état que les appartements. L'état insatisfaisant ou mauvais caractérise plutôt les petits logements. C'est le cas pour :

- 18% des logements sans chambre à coucher;
- 18% des logements à 1 chambre à coucher.

Les logements de 2 et 3 pièces concentrent à eux seuls plus de la moitié du parc dont l'état est insatisfaisant ou mauvais. Au-delà de 3 pièces, la relation entre la taille du logement et son état est moins pertinente.

En ce qui concerne, la relation entre l'âge du bâti et l'état du logement, c'est, à nouveau, le parc d'avant 1919 qui se démarque le plus, avec une portion résiduaire de 14% de logements en état insatisfaisant ou mauvais. Néanmoins, 54% de ce parc est jugé en bon ou très bon état.

## La rénovation des logements

A l'exception des logements déjà rénovés au moment de l'installation, les logements ayant nécessité des travaux se répartissent comme suit :

- 38% des logements jugés en bon état au moment de l'installation;
- 84% des logements jugés en mauvais état au moment de l'installation;
- 70% des maisons unifamiliales;
- 40% des appartements;
- 69% des logements construits avant 1919;
- 65% des logements construits entre 1919 et 1945;
- 50% des logements construits entre 1946 et 1961.

71% des occupants sont propriétaires (environ 3 propriétaires occupants sur 4) et 31%, locataires (environ 1 locataire sur 3). Les montants financiers investis lors de l'installation sont :

- en moyenne de 960.000 FB pour les propriétaires occupants (médiane: 600.000 FB);
- et de 127.000 FB, en moyenne, pour les locataires (médiane : 30.000 FB).

## Quels sont concrètement, les travaux les plus fréquents ?

### Chez les propriétaires occupants

- plafonnage, peinture, tapissage (65%)
- réparation ou remplacement des châssis (40%)
- revêtements de sol (35%)
- toiture (31%)
- amélioration salle de bain (28%)
- amélioration installation électrique (27%)
- transformation importante des pièces (26%)
- amélioration cuisine (23%)

### Chez les locataires

- plafonnage, peinture, tapissage (71%)
- revêtements de sol (29%)
- réparation ou remplacement des châssis (22%)
- amélioration installation électrique (20%)
- amélioration salle de bain (19%)
- amélioration cuisine (16%)
- transformation importante des pièces (15%)
- amélioration chauffage (14%)

En ce qui concerne le recours aux primes ou aides à la rénovation, ce sont les propriétaires occupants qui ont été les plus demandeurs (25% d'entre eux). La demande des locataires ne représente que 2%.■

*1 «Qualité et rénovation du parc de logements en Région de Bruxelles-Capitale» Observatoire de l'habitat, Françoise Noël, David Praile, août 1998, Centre de recherche urbaine, Institut de sociologie de l'ULB, Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale, Développement urbain.*

## Bibliographie thématique

**Et vogue la galère**, 2ème édition (septembre 99), Infos santé destinées à être diffusées dans les prisons, Modus Vivendi, CLPS de Bruxelles, Question Santé asbl.

**Les centres d'hébergement et de réadaptation**. Nouvel Observateur 1996; 29 février.

**La santé est désormais confiée aux hôpitaux**. Revue de l'infirmière 1996; janvier:47-55.

CODESS Rennes. **Prévention et éducation pour la santé en milieu carcéral**. séminaire des 14,15 et 16 décembre 1994, 90 pages.

Comité Français d'Education pour la Santé (CESP). Les dossiers de la santé de l'homme n°16: **«Santé en milieu carcéral»**. La Santé de l'homme 1995; 315:2-32.

Desnos E. **Prise en charge du problème alcool des détenus**. La santé de l'homme 1995; 315:23-4.

Dormont, J. **Prise en charge des personnes atteintes par le VIH**. 1996, 323 pages. Paris, Flammarion Médecine-Sciences.

Notes: Ministère du travail et des affaires sociales.

Dumont M. **Santé en prison: Un défi pour l'hôpital**. Santé et Société 1996; 8:4-5.

Favard, J. **Les prisons**. 1994, 126 pages. Paris, Flammarion, «Dominos».

Gentilini M. **Problèmes sanitaires dans les prisons**. Flammarion Médecine-Sciences, 1997.

Goudet B. **Action-Recherche avec un groupe de jeunes détenus**. La santé de l'homme 1995; 315:27-8.

Jeager, M. and Monceau, M. **La consommation des médicaments psychotropes en prison**. 139 pages. 1996, Erès.

Jean JP. **Le fait de savoir qu'il existe des traitements de substitution va-t-il modifier le cadre des injonctions thérapeutiques et favoriser les alternatives à l'incarcération ?** Ann Méd Interne 1994-145:84-6.

Jean JP. **Pour une véritable réduction des risques**. Transcriptase 1995; avril: 2-4.

Libération. **La délivrance de la méthadone autorisé en prison**. 1995; 16 avril.

Observatoire International des Prisons. **Les conditions de détention des personnes incarcérées**. 1996;231 pages.

Observatoire International des Prisons. **Le guide du prisonnier**. L'Atelier. 1996; 349 pages.

Observatoire International des Prisons. **Prévention et traitement du SIDA dans les prisons d'Europe**. 1995; Décembre: 20 pages.

Pradel J. **La santé du détenu**. Revue de science criminelle 1994; 269-93.

Rotily M. **Le risque de transmission lié à l'usage de drogue par voie intraveineuse en prison**. Transcriptase 1995; avril:4-6.

Welzer-Lang D, Faure M, Mathieu D. **Sexualité et violence en prison**. Observatoire International des Prisons-Aléas ed., 1996; 177 pages.

Comité Français d'Education pour la Santé (CFES). **Promotion de la santé et milieu pénitentiaire**. La santé en action. Octobre 1997; 171 pages.

La création du Commissariat du Gouvernement pour la politique des grandes villes est prévue par la déclaration gouvernementale.

On peut y lire:

«Si nous voulons créer une société juste et tolérante, nous devons également améliorer la situation dans certains quartiers des villes où le sentiment d'abandon et d'exclusion se renforcent. Une approche globale doit rétablir le caractère vivable de nos villes. Etant donné que les instruments politiques se situent à différents niveaux, nous désignerons un Commissaire du Gouvernement disposant des compétences et de l'expérience requises.»

L'accord de gouvernement considère lui aussi comme prioritaires les initiatives nouvelles en matière de mobilité, de sécurité, de logement, de renforcement du tissu économique et social ainsi que l'encouragement aux investissements nouveaux.

C'est peu et c'est énorme. Pour la première fois en Belgique, on admet qu'il y a une spécificité urbaine qui demande une approche transversale. Enfin, on reconnaît la nécessité de développer la collaboration entre les autorités compétentes: communes, régions, Etat et Europe.

Dès lors, il s'agit avant tout de définir une méthode de travail qui concilie le spécifique avec le global. C'est l'objet de la décision du Conseil des Ministres fixant les orientations de la politique de la ville.

Mais qu'est-ce que la politique de la ville ? Je pense qu'il s'agit avant tout d'une recherche d'équilibre.

Les villes doivent trouver l'équilibre entre d'une part, les activités de croissance, l'innovation, le développement économique, le développement des services et, d'autre part, la qualité du cadre de vie et des conditions de vie des habitants et des usagers de la ville.

Très souvent, des problèmes spécifiquement urbains proviennent d'une accumulation de handicaps: insécurité économique, insécurité physique, déficit d'intégration, insécurité en matière de logement, insécurité sociale et familiale. Elles sont le fruit des mutations économiques, d'une politique de logement qui concentre les populations fragilisées, d'infrastructures inadaptées

(aménagement du territoire mal conçu, manque d'équipements collectifs, monofonctionnalisme) et d'une mobilité réduite.

Les objectifs de la politique de la ville sont alors les suivants:

- améliorer le cadre de vie (mixité de l'habitat, embellissement, recomposition des espaces, améliorer la mobilité, réhabiliter les quartiers dégradés, rénovations urbaines...);
- améliorer les conditions de vie (animations, intégration des populations d'origine étrangère, prévention sanitaire, actions sur les groupes en situation précaire, meilleures accessibilité et qualité des services publics y compris les écoles...);
- améliorer la sécurité (prévention, polices de proximité, lutte contre les incivilités, dissuasion, répression...);
- relancer la fonction économique (fiscalité attractive, formations, réinsertion professionnelle, emplois de services et de proximité, économie sociale, gestion du commerce, augmenter l'attractivité de la zone...)

En Belgique au niveau fédéral, les pistes envisagées sont les suivantes :

- développement d'un programme d'investissements pour certaines zones fragilisées, sous la forme de contrats entre les autorités concernées (Etat, région, commune) et en partenariat avec celles-ci. Le contenu de ce programme dépendra donc à la fois du diagnostic effectué par les partenaires et des priorités des autorités locales et régionales;
- développement d'instruments fiscaux favorables et d'une politique d'emploi et de financement de projets, spécifiquement adaptés à la situation des zones vulnérables plus étendues, définies sur base de critères scientifiques;
- prise en compte systématique de la situation des grandes villes dans le processus décisionnel fédéral, notamment en matière de sécurité, de justice, de prévention, d'environnement, d'aide aux personnes et de transport;
- responsabilisation et consultation des autorités communales;
- contractualisation et évaluation avant, pendant et après, pour les programmes d'investissement;
- participation des personnes (habitants, entrepreneurs, commerçants...) aux programmes qui les concernent;

# QUE DE LA VILLE

- travail de l'image de la ville;
- intégration du concept de développement durable.

Je peux, de manière pragmatique, vous livrer quelques pistes que nous allons explorer: la fiscalité immobilière, la création d'un organisme de prêt aux villes, la promotion d'emplois urbains, le rajeunissement des corps de sécurité, la lutte contre la récidive des jeunes délinquants, la mobilité et le stationnement, le management des projets urbains...

Bien entendu, il ne s'agit ici que de quelques éléments de réflexion, ces sujets nécessitant des investigations techniques et des consultations d'acteurs compétents.

Parmi les recherches qui devraient être initiées, on peut notamment songer au statut du revenu cadastral de biens récemment rénovés, à la T.V.A. sur les travaux de construction, et non plus seulement de rénovation, ou aux taxes liées à la transmission des biens immobiliers. Une réflexion approfondie sur ces thèmes devrait être entamée, en mettant en avant la nécessité de réduire tant que faire se peut les entraves au développement immobilier dans les quartiers les plus fragilisés. Ceci vaut naturellement tant pour la fonction logement que pour les fonctions industrielles et commerciales.

Avec mon équipe, j'ai donc un formidable défi à relever, celui de construire une politique de la ville imaginative, consciente des échecs de certaines initiatives de pays voisins, convaincue de l'urgence et porteuse d'espoir pour la population des villes.

Nous souhaitons, en fait, introduire dans la culture de la gestion publique une attention particulière à la problématique urbaine.

Le pari est de taille quand on sait l'ignorance ou le désintérêt de bon nombre d'acteurs publics quant à l'acuité des problèmes que nous devons affronter dans les grandes métropoles. ■

*Charles Picqué  
Commissaire au gouvernement  
pour la politique des grandes villes*

Espace Jacquemotte  
rue Haute, 139  
1000 Bruxelles

## EDITORIAL

*troubles sensoriels ou de la tuberculose, la médecine scolaire doit actuellement relever d'autres défis: les déséquilibres alimentaires des jeunes, les problèmes de drogue, d'alcoolisme, de sexualité, de violence...*

*Le service de santé scolaire est un choix démocratique et politique, une manière de conjuguer santé et droits humains.*

*Par ailleurs, en 1988 la Croix-Rouge de Belgique s'est vue attribuer les missions suivantes: «la création de matériel pédagogique, la formation, l'encadrement méthodologique de projets et la coordination d'actions en milieu scolaire».*

*Depuis près de dix ans, cet organisme produit de nombreux outils de grande qualité et dont la diffusion est très largement effectuée auprès de la communauté scolaire. Ces outils, loin d'être obsolètes, privilégient une politique globale et positive de Promotion de la Santé. Depuis 1994, la Croix-Rouge de Belgique participe également au programme «Réseau Européen d'Ecoles en Santé». Ce programme regroupe au niveau de la Communauté française, dix-huit écoles promotrices de santé. Les écoles-pilotes sont invitées à respecter les principes théoriques et méthodologiques inscrits dans les Douze Critères d'une Ecole en Santé de l'OMS; des publications permettent à l'ensemble des écoles motivées par ces questions de profiter de l'expérience et des enseignements de ces écoles-pilotes.*

*De plus, de nombreux projets d'éducation à la santé sont subventionnés chaque année par la Communauté française. Je ne citerai comme exemple que le projet «les midis à l'école» dont le succès ne se dément pas au fil des années.*

*Enfin, dans le cadre du nouveau Décret de Promotion de la Santé du 14 juillet 1997, l'école est à nouveau citée comme un lieu cible privilégié. Le Décret vise à créer des synergies entre les différents organismes publics et privés qui travaillent dans ce domaine afin de favoriser une politique globale interdisciplinaire. Dans ce but, chaque Centre Local de Promotion de la Santé invite les représentants de l'Inspection Médicale scolaire à faire partie de son Conseil d'Administration.*

*La mission de santé publique, dont est chargé le service de santé scolaire, ne sera porteuse que si elle s'inscrit dans une relation de partenariat avec les différents acteurs de la santé scolaire.*

*Voici illustrée en quelques exemples sans doute trop sommaires, l'action plurielle que développe la Communauté française pour améliorer la santé de ses écoliers. ■*

*Nicole Maréchal  
Ministre de l'Aide  
à la Jeunesse et de la Santé*

**Forum Santé et Environnement**  
**les 17 et 18 février 2000**  
**A Bruxelles**

L'impact de l'environnement sur la santé des populations est préoccupant, aussi bien au niveau local qu'international. Les liens entre santé et environnement, difficiles à établir de façon simple et directe, sont souvent absents des prises de décision.

Afin de sensibiliser à la fois les professionnels de la santé et ceux de l'environnement, les résultats d'une étude réalisée par la Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé Francophones seront présentés; plusieurs tables-rondes thématiques auront également lieu au cours de la première journée. La deuxième journée sera centrée sur des échanges et des discussions par petits groupes.

Ces deux journées visent à mettre en évidence les effets de l'environnement et du cadre de vie sur la santé, de façon à pouvoir orienter les décisions en matière de gestion urbaine vers une meilleure intégration des politiques, et en particulier vers le développement d'actions de prévention.

Lieu : Halles Saint-Géry, 1 place Saint-Géry, 1000 Bruxelles

Infos : Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement (IBGE)  
 Service info-environnement  
 Tél.: 02/775.75.75 - Fax: 02/775.76.21  
 E-mail: info@ibgebim.be

**Bruxelles Santé n°spécial 99: «Indicateurs Socio-Sanitaires, Région de Bruxelles-Capitale»**  
 mise au point

Erratum page 130 § 9.7

Dans le chapitre consacré à la tuberculose, le taux d'incidence du tableau I doit être exprimé en pour 100.000 habitants et non pour 1000.

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

Précision page 65

Les Ministres de la Santé de la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale privilégient une approche tenant compte de l'appartenance communautaire.

Même si les chiffres de population ne sont pas actualisés, le tableau suivant résume bien la différence d'approches.

Agglomération	Lits aigus	Population	Lits/1.000 hab.
Bruxelles (tous les lits quelle que soit leur appartenance communautaire)	8.044	970.501	8.29
Bruxelles (uniquement les lits dépendant de la CCC)	5.497	970.501	5.66

**«L'Éducation pour la Santé, avec la logique de l'Autre»**

Cultures & Santé, asbl spécialisée depuis 20 ans dans l'éducation pour la santé d'un public peu scolarisé, socialement défavorisé ou immigré a édité un fascicule de 27 pages en vue de mieux mettre en lumière son approche et sa conception de la promotion de la santé en milieu interculturel. Ce fascicule est mis en vente au prix de 50 FB à Cultures & Santé.

Pour tout renseignement complémentaire: 24, avenue de Stalingrad à 1000 Bruxelles.

Tél.: 02/513.56.99

Secrétariat de rédaction :  
 Françoise Kinna

Comité de rédaction :

Dr Robert Bontemps  
 Alain Cherbonnier  
 Thierry Lahaye  
 Dr Roger Lonfils  
 Solveig Pahud  
 Dr Aldo Perissino  
 Dr Patrick Trefois

Graphisme :  
 Carine Simon

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



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



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

DANS NOTRE PROCHAIN NUMÉRO : L'exil