

LA PAUVRETÉ

NUIT GRAVEMENT À LA SANTÉ

« [...] la pauvreté attaque la santé : le bruit, la pollution, les mauvais logements, l'humidité, l'inquiétude... au long des années, ça use le corps et l'esprit » ¹

« Sans la paix et la justice sociale, sans approvisionnement suffisant en aliments et en eau, sans éducation et logement convenable et si l'on ne donne pas à chacun et à tous un rôle utile dans la société et un revenu adéquat, il ne peut y avoir de santé pour la population, non plus que de croissance réelle ni de développement social » ²



1 Rapport général sur la pauvreté, 1994, p. 118

2 « La santé pour tous », Organisation mondiale de la santé, 1984

SOMMAIRE

INTRODUCTION : « Santé ! »	5
1. Un pouvoir d'achat insuffisant nuit à la santé	8
2. Un mauvais logement nuit à la santé	12
3. Un environnement dégradé nuit à la santé	17
4. L'isolement social nuit gravement à la santé	19
5. Ne pas avoir d'emploi nuit gravement à la santé (certains emplois aussi)	23
6. Le manque de formation et d'information nuit gravement à la santé	25
7. Problèmes de santé... risques de pauvreté	28
CONCLUSION	30

4



INTRODUCTION: "SANTÉ!"

- « Bonne année, bonne santé ! »
- « Et la santé, ça va ? »
- « Et les enfants, pas de malades cet hiver ? »
- « A votre santé ! »
- « Tant qu'on a la santé... »
- « La santé, ça n'a pas de prix ! »

En bonne place dans nos conversations, au cœur de nos préoccupations, la santé est un bien précieux : grâce à elle, nous pouvons travailler, assumer notre rôle dans notre famille et dans la société, mener à bien nos projets, nous déplacer, ...

Etre ou ne pas être en bonne santé, cela dépend bien sûr de notre héritage génétique : en nous donnant la vie, nos parents nous transmettent aussi, par leurs gènes, une santé bonne ou moins bonne ; ils nous « lèguent » – ou non – une maladie ou un handicap.

Hormis les cas précis liés à des problèmes génétiques, quand il y a un « couac », on a souvent l'impression que c'est un coup du sort, que c'est la faute à « pas de chance ».

Or, la santé est aussi très largement déterminée par des causes extérieures à nous-mêmes : elle dépend de l'endroit où nous vivons (maison et environnement proche), de nos revenus, de notre alimentation, de notre profession, de notre statut socio-économique, de l'éducation reçue, de notre degré d'instruction, de notre réseau social, ...

Un constat s'impose alors : **nous ne sommes pas tous égaux devant la santé.** Les personnes qui vivent la pauvreté sont plus souvent malades que les autres. Elles vivent moins longtemps en bonne santé et meurent plus jeunes. Les statistiques le disent et elles sont révoltantes :

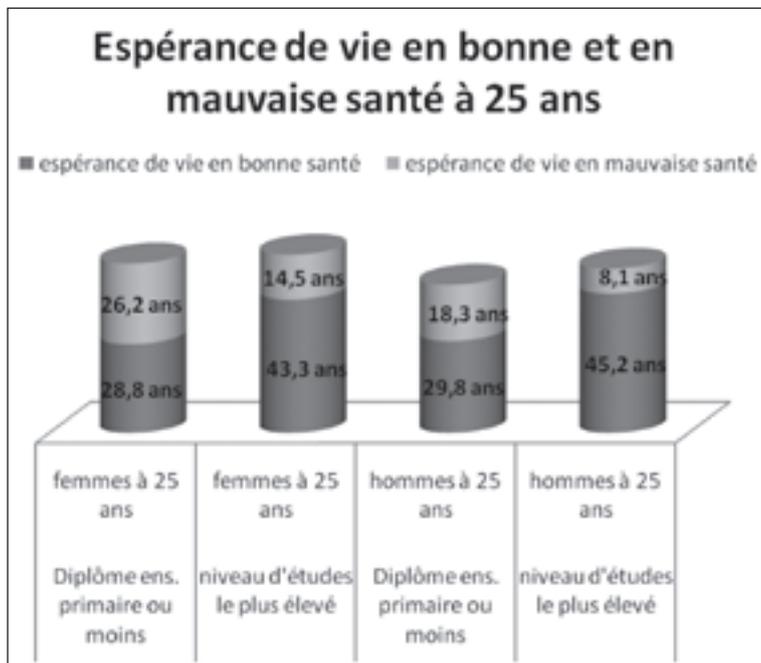
- A Bruxelles, un bébé né dans un ménage sans revenu du travail risque deux ou trois fois plus de décéder durant sa première année qu'un enfant né dans un ménage à deux revenus. Pour la mort subite du nourrisson, les risques de décès sont cinq fois plus élevés !³
- Les statistiques sur l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire le nombre d'années que l'on peut s'attendre à vivre en bonne santé à partir d'un certain âge, sont aussi étonnantes. A 25 ans, les personnes qui ont au maximum le diplôme de l'enseignement primaire peuvent s'attendre à vivre en bonne santé quinze ans de moins que les personnes qui ont le niveau d'études le plus élevé !⁴



www.ougrecc.be

3 Baromètre social, Rapport bruxellois sur la pauvreté, Observatoire de la santé et du social, édition 2007

4 Chiffres moyens pour la Belgique, 1991-1996-97. Source : Rapport stratégique sur la protection sociale et l'inclusion sociale 2006-2008, Plan d'action national inclusion sociale, indicateurs. Indicateurs de soutien du domaine « inclusion sociale » et du « domaine général » du Rapport stratégique sur la protection sociale et l'inclusion sociale, 2006. http://www.socialsecurity.fgov.be/docs/fr/publicaties/strat_lissabon/PANIncl_fr.pdf



« Je me fais soigner pour mes petits-enfants. J'aimerais les voir grandir pour les gâter. Certains n'en ont pas les moyens. »

Ce qui précède le laisse entendre, mais il n'est pas inutile de le préciser : si les personnes les plus pauvres sont en moins bonne santé, ce n'est pas (seulement) parce qu'elles n'ont pas les moyens de payer les consultations ou les traitements médicaux.

C'est le fait même d'être pauvre qui nuit à la santé. **La pauvreté** marque les visages et les corps, elle les use prématurément. Elle **vole de la qualité et des années de vie.**



www.ougrcc.be

Et c'est le cercle vicieux : la pauvreté dégrade la santé, et cette dégradation aggrave encore la précarité. Coûts supplémentaires, incapacité de travailler, de mener à bien la scolarité des enfants, renforcement de l'isolement social, ...

Une profonde injustice qui n'a rien d'inéluctable. Une plus grande égalité face à la santé passe bien sûr par un meilleur accès aux soins pour tous. Mais pas seulement. Ce document va le rappeler et l'illustrer : si l'on veut traiter les causes et pas uniquement les conséquences, il faut agir sur tous les domaines de l'existence – logement, environnement, emploi, instruction, formation et information, lien social, estime de soi, ...

Si ce dossier est divisé en chapitres thématiques, VIVRE ENSEMBLE est donc bien conscient que les différentes facettes de la pauvreté qui y sont abordées ne peuvent pas être cloisonnées, ni dans leur description ni dans leurs conséquences sur la santé mentale et physique. Ni, bien entendu, dans les mesures à prendre pour lutter efficacement et durablement contre cette injustice face à la santé.

« La pauvreté n'est pas que le manque de ceci ou cela : c'est un vécu global, qui concerne tous les aspects de l'existence ; comme une espèce de sous-statut individuel, familial et collectif qui détermine les relations avec le reste la société. »

(Pierre Hendrick, médecin à la maison médicale du Vieux Molenbeek)

Cette lutte concerne toute la société :

- Les pouvoirs publics dans leur ensemble et pas seulement le ministère de la santé ou de l'intégration sociale : les inégalités sociales de santé se manifestent dans de nombreux autres domaines – logement, enseignement, aménagement du territoire, jeunesse, environnement, emploi, etc.
- Les acteurs de la santé : centres médicaux, hôpitaux, maisons médicales, médecins généralistes, PSE (Promotion de la santé à l'école), mutuelles, services de soins à domicile, centres PMS sont en première ligne pour promouvoir la santé.
- Plus largement, tout le tissu associatif fait œuvre de santé publique en créant du lien social, en luttant pour le droit à un logement décent, en faisant reculer l'analphabétisme, en créant des jardins et cuisines collectifs ou des épiceries sociales, en élevant le niveau de formation, en visant à rendre à chacun(e) la maîtrise de son existence et l'estime de soi.
- Enfin, chacun(e) d'entre nous, par notre métier, notre engagement dans une association ou dans un mouvement, notre action dans le quartier, l'école ou la paroisse, nous pouvons être des « faiseurs de santé ». Car la santé plonge notamment ses racines dans les relations que nous avons avec les autres. Se sentir entouré, soutenu, respecté, utile, ... c'est excellent pour la santé !

7

La campagne de VIVRE ENSEMBLE EDUCATION sur la santé continuera en 2009. L'an prochain, nous aborderons les réponses que les pouvoirs publics et le monde associatif mettent en place pour réduire les inégalités face à la santé. Nous verrons que ces acquis résultent de luttes qui ont jalonné l'histoire récente et qu'il est nécessaire de les défendre et de les améliorer. La santé doit en effet rester un droit fondamental pour tous et ne pas devenir une marchandise accessible seulement aux plus aisés.



www.ougrce.be

Associations, vie de quartier : c'est bon pour la santé !

1. UN POUVOIR D'ACHAT INSUFFISANT

NUIT
GRAVEMENT
À LA SANTÉ

« La santé, c'est le laissé-pour-compte du budget », témoigne Céline. « Je ne sais même pas aller chez le médecin alors que je suis malade. Ne parlons même pas des médicaments », ajoute Stéphanie⁵.

Nous avons tous différents besoins que nous cherchons à satisfaire. Besoins de base, liés à la survie : se loger, manger, se chauffer, ... besoin de sécurité, besoins affectifs (amour, amitié), besoin d'appartenance à un groupe (lien social), besoin de reconnaissance sociale, d'estime de soi, ...

Pour une part croissante de la population, satisfaire ces besoins élémentaires pose problème : le coût croissant du logement mange une part de plus en plus importante du budget et il devient du reste difficile de trouver un logement qui ne soit pas nuisible pour la santé quand on vit d'allocations sociales ou que l'on gagne un petit salaire.

D'autre part, les récentes augmentations des prix des denrées de base telles que les céréales (pain, riz, pâtes, ...), les pommes de terre ou le lait réduisent encore le budget disponible pour autre chose que l'indispensable. Les banques alimentaires sont de plus en plus sollicitées : le nombre de bénéficiaires a augmenté de 40% en dix ans, pour atteindre 108 100 bénéficiaires en 2007.⁷



Isabelle Franck

Alimentation plus chère... au détriment du budget « santé ».

« Tu dois choisir, ou bien tu payes ton loyer, mais tu ne peux pas manger convenablement, et encore moins te soigner. Ou bien tu soignes ta santé, et tu ne payes pas ton loyer, mais alors tu finis par te retrouver dehors. »⁶

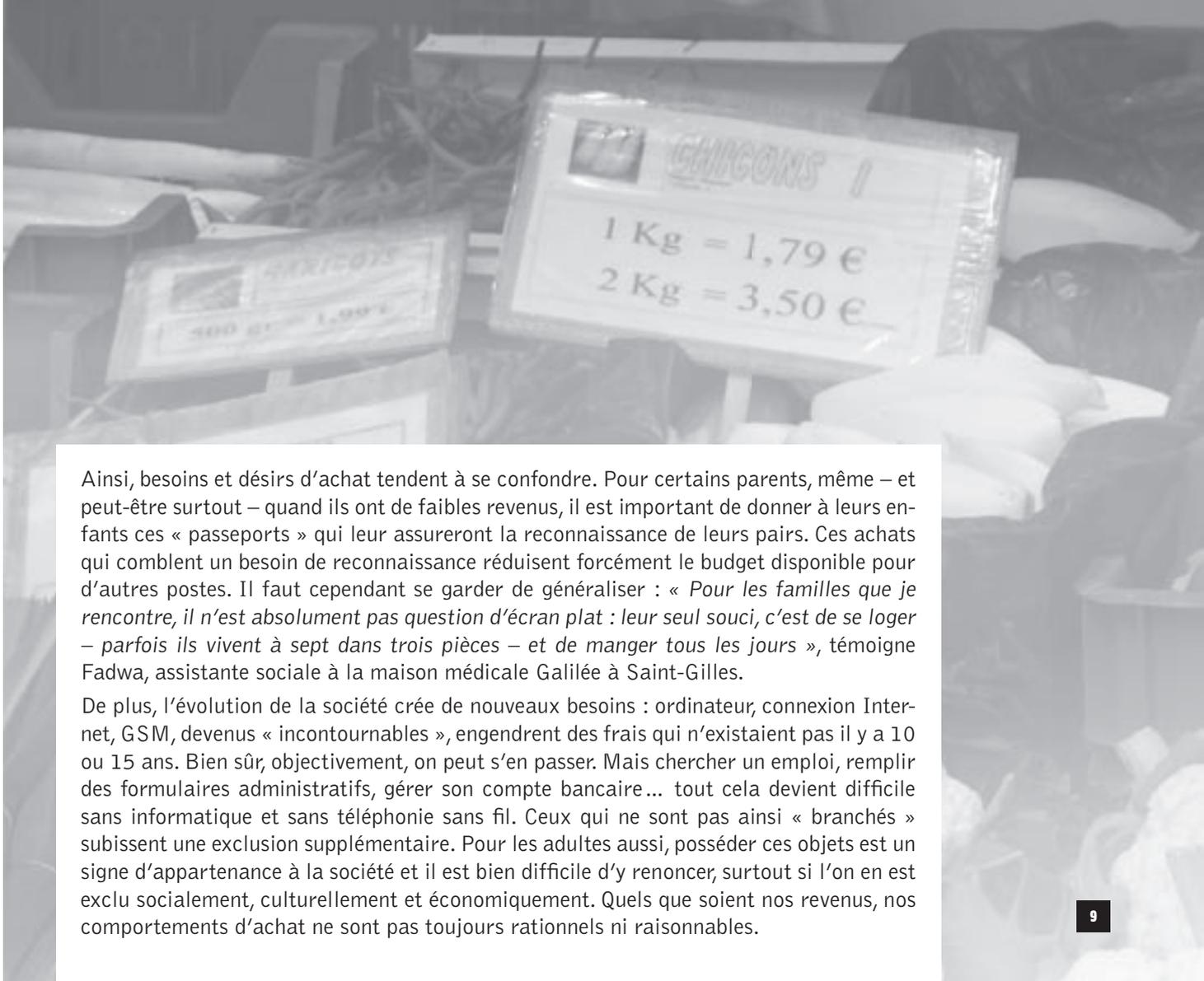
Il ne fait pas bon être pauvre dans une société où tout nous incite à l'achat : les innovations technologiques se succèdent – Ipod, MP3, play-station, écran plat, ordinateur portable, GPS, GSM, appareil photo numérique, ... – tandis que les cartes de crédit liées à des magasins (hyper-marchés, électroménager, meubles, ...) se multiplient, encourageant le crédit facile et à première vue indolore. Le tout accompagné d'un matraquage publicitaire qui vise à nous faire confondre « être » et « avoir ».

En effet, de plus en plus, la reconnaissance sociale est liée à la consommation. Pour « être quelqu'un » dans la société, il faut consommer. Et c'est encore plus vrai pour les plus jeunes : qui n'a pas sans délai la dernière console de jeux, le GSM dernier cri, le lecteur MP3 « qui déchire », la Wiiii, ... se sent exclu de sa classe et de son groupe de copains.

5 Extraits de « Au féminin précaire – Comment les femmes vivent-elles la précarité aujourd'hui ? », Editions Vie Féminine, 2006, p.76

6 Rapport général sur la pauvreté, 1994, p.117.

7 Source : Banques alimentaires. www.voedselbanken.be



Ainsi, besoins et désirs d'achat tendent à se confondre. Pour certains parents, même – et peut-être surtout – quand ils ont de faibles revenus, il est important de donner à leurs enfants ces « passeports » qui leur assureront la reconnaissance de leurs pairs. Ces achats qui comblent un besoin de reconnaissance réduisent forcément le budget disponible pour d'autres postes. Il faut cependant se garder de généraliser : « *Pour les familles que je rencontre, il n'est absolument pas question d'écran plat : leur seul souci, c'est de se loger – parfois ils vivent à sept dans trois pièces – et de manger tous les jours* », témoigne Fadwa, assistante sociale à la maison médicale Galilée à Saint-Gilles.

De plus, l'évolution de la société crée de nouveaux besoins : ordinateur, connexion Internet, GSM, devenus « incontournables », engendrent des frais qui n'existaient pas il y a 10 ou 15 ans. Bien sûr, objectivement, on peut s'en passer. Mais chercher un emploi, remplir des formulaires administratifs, gérer son compte bancaire... tout cela devient difficile sans informatique et sans téléphonie sans fil. Ceux qui ne sont pas ainsi « branchés » subissent une exclusion supplémentaire. Pour les adultes aussi, posséder ces objets est un signe d'appartenance à la société et il est bien difficile d'y renoncer, surtout si l'on en est exclu socialement, culturellement et économiquement. Quels que soient nos revenus, nos comportements d'achat ne sont pas toujours rationnels ni raisonnables.

Quand l'argent manque, on le dépense en priorité pour les besoins de base : manger, se loger, se chauffer. Si on les néglige, les conséquences sont immédiates : un loyer non payé et l'on risque l'expulsion, une facture « oubliée » et la chaudière s'arrête. **La santé, tant qu'elle ne pose pas de problèmes importants et urgents, ne figure pas dans les priorités.** Cela explique que les personnes pauvres consultent peu le médecin ou le dentiste pour des conseils, des visites de contrôle et qu'elles se préoccupent peu de prévention. Ces dépenses leur apparaissent comme un luxe qu'elles ne peuvent pas se permettre, vu qu'elles sont constamment prises dans des soucis de très court terme.

Il serait important, pour contribuer à résoudre ce problème, de multiplier les lieux de prévention accessibles gratuitement. Pour la petite enfance, il existe les consultations de l'ONE, où les parents peuvent faire surveiller la croissance de leur enfant, demander conseil, poser des questions. Ces lieux doivent être

renforcés et des efforts fournis pour que les personnes à faibles revenus et peu instruites s'y sentent suffisamment à l'aise pour oser poser leurs questions et exprimer leurs difficultés. Il n'existe malheureusement aucun dispositif semblable en matière de santé des adultes, mises à part des campagnes de dépistage du cancer du sein (mammotest). Mais, même quand ces examens sont gratuits, ils ne suscitent pas nécessairement le réflexe de consulter un médecin ou de passer un examen alors qu'aucun symptôme de maladie ne se manifeste. D'où l'importance d'une action globale sur les conditions de vie socio-économiques et culturelles.

Ce sont prioritairement les enfants qui bénéficient des consultations médicales. Les parents « attendent que ça passe » ou ne consultent que lorsqu'ils ne peuvent plus faire autrement. Avec, comme conséquence, des maladies bénignes qui se compliquent et se soignent beaucoup plus difficilement que si elles avaient été prises à temps. Sans compter le risque de contagion : « *La santé, on la laisse de côté mais je ne pense pas que ce soit la solution parce que lorsque mon fils était petit, j'ai eu une pneumonie que je n'ai pas soignée et que je lui ai donnée* », témoigne Valériane⁸.

Lorsque les soucis de santé deviennent vraiment une menace, quand la vie est en danger, en cas de cancer par exemple, les priorités s'inversent et l'on ne compte plus. La santé passe alors avant tout, quitte à perdre son logement ou à réduire la quantité des aliments. Car, dès qu'il y a une hospitalisation, les factures sont lourdes et parfois impossibles à payer. Les hôpitaux sont devenus des entreprises et ont l'obligation d'être rentables. L'augmentation du coût d'une hospitalisation (voir encadré) provoque une augmentation simultanée des factures impayées. Après une

8 Dans « Au féminin précaire », Vie Féminine, p.78



1. UN POUVOIR D'ACHAT INSUFFISANT

NUIT
GRAVEMENT
À LA SANTÉ

première lettre de rappel, soit la personne réagit en payant ou en signalant ses difficultés financières, auquel cas un plan de paiement échelonné peut être envisagé, soit elle ne réagit pas et l'hôpital entame une procédure judiciaire pour récupérer son dû. Avec les frais supplémentaires qu'elle entraîne pour le patient.

En Région wallonne, **la fréquence des dettes pour soins de santé a fortement augmenté** depuis 1994 : à cette époque, elles représentaient 25% des dettes traitées par les services de médiation de dettes. En 2003, ce pourcentage était de 51%. Le montant dû a fortement augmenté lui aussi : en moyenne 836,22 € par patient en 1994 contre 1.045,39 € en 2003 (+25%).⁹

Le principe du MAF – « maximum à facturer » –, mis en place récemment, devrait éviter d'arriver désormais à des situations dramatiques. Il limite l'intervention personnelle dans les soins de santé à 450 euros pour les plus bas revenus. Au-delà de cette somme, la plupart des frais médicaux, y compris les hospitalisations, sont remboursés intégralement. Cette mesure s'applique à tous les ménages, le maximum à facturer augmentant avec le niveau des revenus.

En cas d'hospitalisation, la somme moyenne que le patient doit personnellement déboursier pour un séjour d'au moins une nuit a connu une augmentation de 41 % entre 1998 et 2004.¹⁰



11

Des revenus insuffisants, cela n'implique pas seulement de renoncer à une consultation ou à un traitement. En amont des soins, cela a une influence négative sur la santé. **L'accumulation de soucis, l'impossibilité permanente de « nouer les deux bouts » réduisent la résistance aux maladies et augmentent les risques de dépression.** En ce qui concerne l'alimentation, une quantité suffisante primera sur la qualité et les personnes à faibles revenus s'orientent vers les produits bon marché, qui sont aussi souvent les plus gras et les plus sucrés, avec des conséquences à plus ou moins long terme sur la santé des adultes comme des enfants : diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires, ...

⁹ Source : Observatoire du Crédit et de l'Endettement (2004),
Crédit et endettement des ménages.
10 ans d' Observatoire p. 13.

¹⁰ L'évolution des dépenses de soins de santé en Belgique,
Mutualités chrétiennes, dossier thématique n°6,
septembre 2006, p.10

2. UN MAUVAIS LOGEMENT

NUIT
GRAVEMENT
À LA SANTÉ

Les personnes ayant des revenus insuffisants vivent plus souvent dans des logements sans confort, parfois insalubres.

Cela a de multiples répercussions sur leur santé et aggrave leur précarité.

L'un des grands problèmes des logements vétustes est **l'humidité**. Toiture et châssis en mauvais état, infiltrations d'eau... Une humidité permanente provoque l'apparition de moisissures, responsables d'affections respiratoires comme les bronchites chroniques, l'asthme, certaines allergies, etc. Lorsqu'ils affectent les enfants, ces problèmes de santé ont des répercussions sur leur scolarité. Et, on l'a vu lors de la campagne de Vivre Ensemble en 2006 et 2007, le niveau de scolarisation détermine largement les chances d'émerger de la pauvreté et d'échapper à la précarité.

« Je suis un jeune médecin généraliste travaillant à Saint-Josse. J'aimerais vous exposer le cas d'une famille qui me consulte depuis deux ans. Cette famille est composée des deux parents et de deux enfants en bas âge ; seul le père travaille, il dispose de peu de revenus. La première fois que je les ai rencontrés, ils venaient me consulter pour le petit garçon qui présentait une bronchite nécessitant un traitement par aérosols et kinésithérapie respiratoire journalière. A la suite de cette première consultation, je les ai revus régulièrement (au moins une fois par mois) car le petit garçon présentait toujours les mêmes symptômes de bronchite, nécessitant à chaque fois un traitement par aérosols et kinésithérapie respiratoire journalière. J'ai alors décidé de réaliser une mise au point tant allergique que gastro-entérologique (reflux) qui s'est révélée négative dans les deux cas. La cause de ces récurrences m'était inconnue !

Lors d'une visite à domicile, le kinésithérapeute m'apprit que le logement était insalubre. L'appartement était « saturé » en humidité et les murs de celui-ci tapissés de moisissures suite à un problème de toiture. Le propriétaire n'avait pas les moyens de prendre en charge les réparations ! Mes patients ont donc décidé de recourir à l'aide sociale pour obtenir un logement, ils furent inscrits sur une liste d'attente. N'ayant toujours aucune réponse à leur demande après plusieurs mois, ils préférèrent chercher un logement par leurs propres moyens et ce malgré les difficultés financières. Dernièrement, ils ont enfin déménagé et depuis lors je ne vois plus que rarement ce jeune enfant à ma consultation : son problème de bronchite à répétition est enfin résolu ! »¹¹

Un autre problème réside dans le **manque de confort de base**. Par confort de base, on entend la présence d'un WC et d'une salle de bains à l'intérieur du logement. A Bruxelles, en 2006, 10% des logements mis en location ne disposaient pas de ces équipements¹². L'Observatoire des loyers nous apprend par ailleurs que les logements loués à des personnes bénéficiant du Revenu d'intégration sociale (RIS) sont, dans 19% des cas, sans confort de base et, dans 24% des cas, en mauvais état. Ne pas

11 « Le logement (t)riche à Bruxelles », 2002, p.55-56

12 Baromètre social – rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté, Observatoire de la santé et du social, 2007, p.27.

LA PAUVRETÉ

NUIT
GRAVEMENT
À LA SANTÉ

pouvoir se laver ni aller aux toilettes dans de bonnes conditions d'hygiène et sans un minimum de confort pose certainement des problèmes de santé. Certains logements disposent d'un chauffage rudimentaire, insuffisant pour compenser la mauvaise isolation du bâtiment.

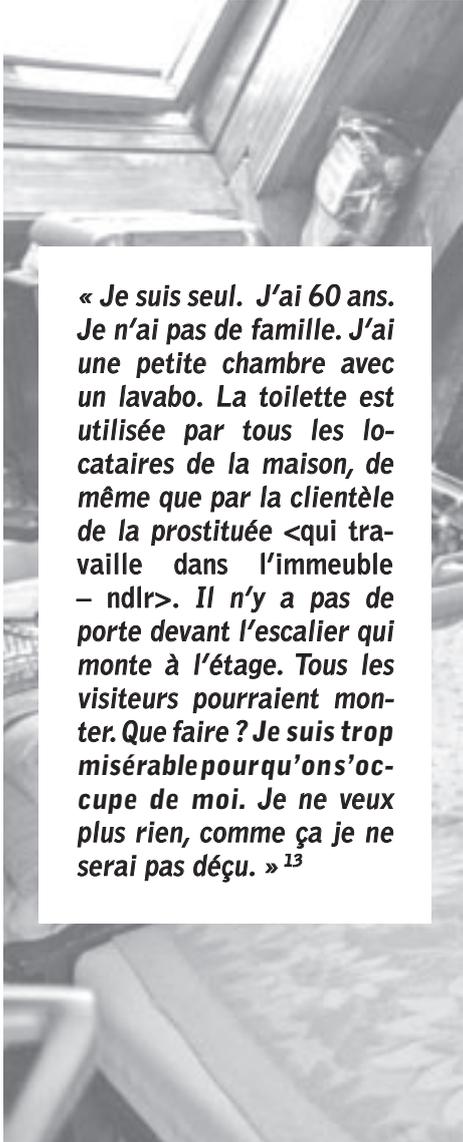
Parfois, l'état des logements est tel que **la vie même des habitants est menacée** : quand les installations de gaz et d'électricité sont vétustes, les risques d'intoxication au CO, d'asphyxie par le gaz ou d'incendie sont accrus.

Mais il n'y a pas que la vétusté du logement qui influence la santé de ses occupants. Trop de logements offrent **un cadre de vie de piètre qualité** : mauvaise isolation sonore, communs mal entretenus et/ou détériorés. Pour peu que les voisins soient bruyants, le sommeil des enfants comme des adultes s'en ressent, entraînant de la nervosité, une moindre résistance aux maladies et, à la longue, un risque de dépression. Dans des immeubles surpeuplés, des conflits de voisinage surgissent plus fréquemment qu'ailleurs et provoquent un stress supplémentaire, voire de la violence.

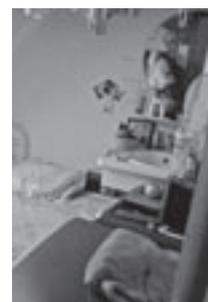
Un logement trop petit, où chacun ne dispose pas de son espace et où l'on vit dans la promiscuité, peut aussi être néfaste pour la santé. Confinés dans un logement exigu, en mal d'espaces où se dépenser, combien d'enfants ne tiennent pas en place à l'école ?

Vivre dans un logement délabré nuit également **aux relations sociales et à l'image de soi** : on n'ose pas recevoir des relations ou les copains des enfants si l'on a honte de son logement. De plus, devoir vivre dans des conditions indignes est ressenti par les locataires comme du mépris de la part du propriétaire, un sentiment qui finit par altérer l'estime de soi. Or, les relations sociales et l'estime de soi jouent un rôle très important dans l'état de santé d'une personne. Le manque d'intimité – mauvaise isolation sonore, sanitaires partagés, portes qui ne ferment pas, ... – porte atteinte à l'intégrité physique et psychologique dont chacun(e) a besoin pour vivre dignement.

13 « Le logement (t)riche à Bruxelles », 2002, p.66



« Je suis seul. J'ai 60 ans. Je n'ai pas de famille. J'ai une petite chambre avec un lavabo. La toilette est utilisée par tous les locataires de la maison, de même que par la clientèle de la prostituée <qui travaille dans l'immeuble – ndlr>. Il n'y a pas de porte devant l'escalier qui monte à l'étage. Tous les visiteurs pourraient monter. Que faire ? Je suis trop misérable pour qu'on s'occupe de moi. Je ne veux plus rien, comme ça je ne serai pas déçu. »¹³



Hanan, expo Ego-Egaut, Vivre Ensemble 2004.

Les personnes qui disposent d'un petit revenu sont donc souvent condamnées à vivre dans des logements insalubres ou inadaptés qui portent préjudice à leur santé physique aussi bien qu'à leur équilibre psychologique. Elles n'ont pas les moyens de se payer un logement de meilleure qualité, et craignent d'être expulsées si elles se plaignent auprès de leur propriétaire.

Bien sûr, en Wallonie comme à Bruxelles, les codes régionaux du logement prévoient ce type de situation. Les communes peuvent contraindre les propriétaires à effectuer les travaux nécessaires, leur imposer des amendes, voire faire évacuer le logement en cas de danger immédiat pour les occupants. Malheureusement, il n'existe aucune obligation légale de relogement. Dans les faits, à Bruxelles, la Direction de l'inspection régionale du logement veille ce que les locataires puissent se reloger, soit par des aides régionales qui couvrent la différence de loyer et le déménagement, soit grâce à des logements d'urgence. En Wallonie par contre, Solidarités Nouvelles¹⁴ déplore que le relogement ne soit pas systématique.

14 Solidarités Nouvelles asbl, rue Léopold 36A – 6000 Charleroi. Association qui lutte pour le droit au logement.

15 Rassemblement bruxellois pour le droit à l'habitat, <http://www.rbdh-bbrow.be/analyses2006/laprotectiondelasante.pdf>

« Ces dispositions (en matière de salubrité, ndlr), dénonce David Praïle, de même que les compétences de sécurité publique des bourgmestres, les règlements incendie ou encore l'absence de permis de location sont utilisés abusivement, notamment à Liège et à Charleroi. Sous prétexte d'améliorer les conditions de salubrité des logements, elles aboutissent à leur fermeture pure et simple sans garantie de (meilleur) relogement. »

Les locataires n'osent donc pas toujours déclencher ce type de procédure, de peur qu'elle ne se retourne contre eux. Pourtant, les choses bougent : la jurisprudence, en Wallonie comme à Bruxelles, tend à refuser aux communes le droit de déloger quelqu'un sans se préoccuper de lui assurer de meilleures conditions de logement.¹⁵

Les professionnels qui rendent visite aux ménages à faibles revenus devraient être en mesure de détecter les problèmes de salubrité du logement et d'établir un lien avec les problèmes de santé, déjà existants ou potentiels. Aide familiale, infirmière, kinésithérapeute, médecin traitant, assistant social sont autant de personnes qui entrent dans les logements et constatent ces problèmes, en tout cas lorsqu'ils sont évidents. En veillant bien entendu à respecter le secret lié à leur profession et à placer la personne ou la famille concernée au centre de la démarche, ces professionnels ont la possibilité de mettre en route une procédure visant à améliorer les conditions de logement et donc la santé des patients ou usagers.



A Bruxelles, la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure (les « ambulances vertes »), lorsqu'elle est alertée par un médecin, envoie une équipe pour examiner le logement suspect. En Wallonie, c'est le SAMI (service d'analyse des milieux intérieurs) qui effectue ce travail. A Bruxelles, les raisons de l'appel sont principalement les rhinites, l'asthme, les infections à répétition, la toux chronique¹⁶. Une fois les problèmes détectés, des conseils sont prodigués pour y remédier. Encore faut-il que les propriétaires aient les moyens et la volonté de procéder aux travaux qui s'imposent.

A ce stade, si le propriétaire ne prend pas les mesures qui conviennent, la commune peut l'y contraindre et, éventuellement, déclarer le logement insalubre. Mais, à nouveau, qu'advient-il alors des locataires lorsque leur logement doit être évacué ? Il est donc très important d'informer les médecins au sujet de ces « ambulances vertes », afin qu'ils aient le réflexe d'y faire appel quand c'est nécessaire. Mais il est encore plus fondamental que le relogement devienne pour les communes une obligation légale, afin que les locataires ne craignent plus de signaler des problèmes de salubrité de leur habitation.

On le voit : déjà fragilisés par leurs difficultés financières, ceux qui ont un mauvais logement sont donc aussi, plus que les autres, exposés à diverses maladies qui, inévitablement, impliqueront des frais supplémentaires (médecin, médicaments). Et le cercle vicieux de la pauvreté s'intensifie...

Pour casser cette logique, **des solutions existent** : la rénovation des logements sociaux existerait à leurs occupants de vivre dans des conditions décentes pour un prix raisonnable. Car un grand nombre de logements sociaux sont dans un état délabré : humidité, absence d'eau chaude, installations électriques déficientes, ... Il faut dire qu'en Wallonie, la moyenne d'âge de ces logements est de 39 ans¹⁷. 6000 logements sociaux datent d'avant 1945. Les budgets, même s'ils sont en augmentation, sont insuffisants pour rénover rapidement les 34605 logements sociaux wallons qui en ont besoin (stabilité, étanchéité, sécurité et équipement des habitations)¹⁸.

La construction de nouveaux logements sociaux devrait également être une priorité. Or, entre janvier 2004 et janvier 2007, à Bruxelles, le nombre de logements sociaux n'a augmenté que de 56 unités. En janvier 2007, 25029 ménages étaient sur la liste d'attente. Autant de familles qui ont de gros risques de devoir vivre, durant de longues années encore, dans un logement privé, cher et souvent peu salubre.

16 Dr Catherine Bouland, IBGE, exposé « Logement et santé » à Batibouw, 2004

17 Le médiateur de la Région wallonne du logement, bilan des réclamations.

18 Programme exceptionnel d'investissement, Société wallonne du logement social.
<http://www.srwl.be/secteur/prog-excep/index.php>





Autre solution : les agences immobilières sociales (AIS). A mi-chemin entre le logement social et le logement privé, elles servent d'intermédiaire entre des locataires à faibles revenus et des propriétaires. Au propriétaire, elles garantissent le paiement régulier d'un loyer – celui-ci est toutefois plus bas que sur le marché « classique » du logement. Le locataire, quant à lui, bénéficie d'une habitation en rapport avec ses revenus et d'un accompagnement social s'il le souhaite. Côté santé, l'agence veille bien entendu à ce que le logement soit conforme aux normes de sécurité et de salubrité en vigueur et s'assure que les travaux nécessaires soient réalisés. En Wallonie, fin 2006, environ 2300 logements étaient confiés à une AIS et, début 2008, plus de 2000 en région bruxelloise. Ce type de dispositif existe depuis plus de vingt ans à l'initiative du secteur associatif. Les régions les encouragent aujourd'hui par des subsides aux AIS et divers avantages pour les propriétaires.

Pour ce qui concerne le parc locatif privé, des permis de location sont exigés en Région wallonne pour les petits logements (moins de 28m²) et les logements collectifs (chambres meublées avec cuisine ou sanitaires communs, kots étudiants, ...), afin de garantir la sécurité et la salubrité du bien loué. Mais rien de tel n'existe pour les logements de plus grande taille. Malheureusement, ici encore, s'il ne dispose pas du permis de location parce que le propriétaire n'a pas fait les démarches nécessaires, un logement peut être fermé, alors même qu'il est salubre. C'est une faille importante de la réglementation régionale, qui induit des effets contre-productifs.

Au-delà de la qualité du logement, **son coût de plus en plus élevé** a également un impact sur la santé : le budget consacré au loyer atteint, pour certains ménages qui dépendent d'allocations sociales, 60% des revenus mensuels. Dans ces conditions, le moindre incident de santé met les personnes dans des situations impossibles : si on se soigne, on ne peut pas payer le loyer. Si on ne paie pas le loyer, on risque l'expulsion, le placement des enfants, ... Alors on paie le loyer et on attend la dernière limite pour se faire soigner même si, pendant ce temps, la maladie s'aggrave.

2. UN MAUVAIS LOGEMENT

NUIT
GRAVEMENT
À LA SANTÉ

3. UN ENVIRONNEMENT DEGRADÉ

Au-delà de la maison elle-même, son environnement immédiat influence également l'état de santé des habitants. Cependant, le lien entre environnement, précarité socio-économique et santé n'a pas encore été suffisamment exploré ni surtout pris en compte au niveau politique.

**NUIT
GRAVEMENT
À LA SANTÉ**

Une étude menée par Inter-environnement Wallonie montre que **les inégalités écologiques existent bel et bien** en Région wallonne et qu'**elles sont calquées sur les inégalités socio-économiques**. « Il apparaît que les personnes vivant dans des conditions précaires habitent souvent dans un environnement de mauvaise qualité »¹⁹. Usines en activité ou désaffectées, décharges, voies rapides sont souvent proches des quartiers les moins favorisés. Contrairement aux personnes de condition plus aisée, les familles qui vivent la précarité socio-économique n'ont pas le choix. Le prix des loyers ou des terrains les oriente le plus souvent vers des quartiers à l'environnement peu agréable (manque d'espaces verts aménagés) et peu sain : fumées, gaz d'échappements, émanations toxiques, bruit incessant ont des effets, directement ou à plus long terme, sur la santé des habitants.

Les contraintes liées à leur situation de pauvreté (et, en l'occurrence, le fait de vivre dans un environnement pollué) deviennent donc à leur tour la cause d'une autre injustice, puisque ces personnes auront une moins bonne santé et que les frais supplémentaires qui y sont liés grèveront leur budget déjà difficile à boucler.

Jean-Pierre, expo Ego-Egaux, Vivre ensemble 2004



Un exemple : le quartier d'Ougrée-Bas à Seraing, au pied du haut-fourneau B. Il s'agit d'un territoire industriel qui compte 2 sites Seveso²⁰. Il y a déjà eu deux alertes importantes. L'une a nécessité l'évacuation d'une partie du quartier, la seconde a causé une pollution massive de la Meuse. Le chômage estimé dans ce quartier est de 40%; il toucherait entre 50 à 60% des femmes. Les habitants ont de petits revenus, ils vivent dans des logements vétustes. Du point de vue des transports en commun, le quartier est isolé du centre de la commune. Les gens du quartier ont assisté à la disparition de la plupart des commerces. Avec l'association Optim@²¹, les habitants se sont lancés dans une démarche de diagnostic partagé et ils ont notamment exprimé leurs constats au sujet de leur environnement et de leur santé.

« Cette hypothèse du lien entre populations défavorisées et environnement dégradé se vérifie²², confirme Pierre Doyen, qui coordonne ce projet. Mais ce ne sont pas les conséquences sur la santé que les gens pointent en premier lieu : ils sont plus sensibles à l'amélioration du quartier par des espaces verts, au rafraîchissement des façades qui sont grises et tristes, aux poubelles qui traînent, qu'aux effets à long terme de la pollution des usines avoisinantes. L'urgence d'améliorer visiblement le bien-être met les questions de santé au second plan pour une partie de la population. »

19 Inter-environnement Wallonie, note de synthèse de la table ronde du 22 juin 2007.

20 Information disponible sur www.seveso.be. Il existe deux entreprises classées Seveso à Ougrée-Bas (4102).

21 Une présentation complète des activités de l'Asbl est consultable en ligne sur le site www.asbloptima.be.

22 Notons que les mesures de pollutions sur le quartier sont quasiment inexistantes. En matière de sol par exemple, il s'agit le plus souvent de présomptions (cf : www.walsols.be).

Parmi les pollutions qui nuisent à la santé, le bruit n'est pas la moindre. Outre les effets directs sur l'audition, le bruit répété affecte la qualité et la durée du sommeil, même lorsque, par habitude, l'on ne le perçoit plus. Les conséquences se font sentir sur le système cardiovasculaire, sur le système immunitaire, ainsi que sur la santé mentale (anxiété, dépression)²³. Les populations urbaines sont à l'évidence plus exposées que celles qui vivent en milieu rural, à l'exception de celles qui vivent le long des voies rapides. Mais, au sein même de la ville, ce sont les personnes à plus faibles revenus qui sont les plus exposées à ces désagréments sonores.

En Wallonie, les personnes aux revenus les plus faibles courent 5 fois plus de risques de vivre dans une commune bruyante que les personnes les plus aisées. C'est dans l'agglomération de Charleroi que cette inégalité face au bruit est la plus criante : les plus pauvres risquent 13 fois plus que les plus riches d'être confrontés à des nuisances sonores.²⁴

Plus globalement, ces inégalités de santé dues à l'environnement sont d'autant plus injustes que ce sont souvent ceux qui les subissent avec le plus d'acuité qui en sont les moins responsables : ce sont les citoyens plus aisés qui utilisent des voitures, prennent l'avion et consomment le plus. Mais ce sont aussi eux qui ont les moyens de s'installer dans des quartiers verts, aérés, loin des nuisances que leur mode de vie engendre.

A côté de la pollution – chimique ou sonore –, le cadre de vie influence également l'estime de soi, et donc la santé. Certains quartiers semblent abandonnés par les pouvoirs publics et désertés par ceux qui n'y habitent pas. La densité de population y est élevée, les équipements collectifs – plaines de jeux, crèches et haltes-garderies, transports, ... – insuffisants, la propreté laisse à désirer, de même que la sécurité. Difficile, dans ces conditions, de se sentir des citoyens respectés appelés à jouer un rôle dans la société. Or, l'estime de soi et le sentiment d'utilité sont deux facteurs importants de la santé.

Aménager les quartiers populaires dans le cadre d'une concertation réelle avec la population, offrir aux habitants un lieu de vie agréable, avec des espaces verts qui compensent le manque de place dans les logements, des équipements collectifs qui favorisent la rencontre et les activités de groupe, ... c'est bon pour la santé !



www.ougrece.be

Des espaces verts où les enfants peuvent dépenser leur énergie.

23 http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/bruit/effets_extrauditifs.htm

24 Lejeune M., Thibaut A. Inégalités écologiques en Wallonie. Nuisances sonores et inégalités sociales. Inter-Environnement Wallonie (mars 2007)

4. L'ISOLEMENT SOCIAL

NUIT
GRAVEMENT
À LA SANTÉ

Il est scientifiquement prouvé que des relations sociales satisfaisantes augmentent la capacité du système immunitaire de résister aux agressions extérieures et au développement de tumeurs.

Jean-Pierre Roy, neurologue et chercheur canadien, relève que la vie en société est la stratégie de survie de l'être humain. Les relations sociales sont indispensables à la survie, au même titre que l'eau. Si l'eau vient à manquer, le cerveau déclenche une sorte de signal d'alarme, un processus qui va modifier les paramètres physiologiques et, notamment, déclencher la sensation de soif et la recherche de boisson. Lorsque la soif est éteinte, tout revient à la normale et le signal d'alarme s'arrête. Il en va de même

pour les relations sociales : « Le cerveau humain est un organe social et l'expérience sociale a un impact sur le cerveau »²⁴. Si l'expérience sociale (notamment les relations avec autrui et le sentiment d'avoir une place dans la société) est négative, le cerveau va réagir de manière similaire et déclencher un signal d'alarme. Cela n'a pas beaucoup de conséquences si la situation est passagère : comme pour la soif, tout rentrera dans l'ordre une fois le problème résolu. Par contre, si le manque de relations sociales satisfaisantes perdure, « le système d'alarme fonctionne sans arrêt, entraînant des dérèglements physiologiques ». Ces dérèglements se manifesteront notamment par des troubles des systèmes cardio-vasculaire et immunitaire.

La qualité et la quantité de nos relations sociales dépendent largement de notre statut socio-économique. Or, celui-ci n'est pas une donnée absolue : chaque époque, chaque société construit ses propres valeurs qui vont amener chacun à ressentir son statut socio-économique en fonction du contexte. Nous sommes arrivés aujourd'hui, via les révolutions agricole et industrielle, à la **société du mérite** : la réussite est associée au mérite et l'échec au « démerite » individuel²⁵. **Cette vision culpabilisante est totalement fautive** : la réussite sociale dépend avant tout du milieu social dans lequel on naît. Celui-ci n'est pas un carcan totalement fermé, mais il détermine largement notre place dans la hiérarchie sociale, bien plus que les efforts personnels ou un quelconque « mérite ».

Quand quelqu'un se retrouve dans une situation d'isolement social parce qu'il a honte de son statut socio-économique, cela interpelle l'ensemble de la société. Car le statut socio-économique est, on l'a dit, une construction sociale. Cela signifie que c'est **le regard que pose la société – et donc chacun(e) d'entre nous – et sa considération (ou son mépris) envers les plus faibles qui forgent cet isolement social si nocif pour la santé.**

« Je n'ose pas demander un service parce que je n'ai rien à offrir en retour. »

« Je ne vais pas aux réunions de parents parce que je me sens jugée. »

« Je n'ose plus inviter des amis chez moi tellement mon appartement est délabré. Du coup, on ne m'invite pas non plus et je ne vois plus personne. »

« Mon fils n'invite pas ses copains à la maison parce qu'il a honte de leur montrer son logement. »

« Je ne vais pas au théâtre parce que j'ai l'impression que tout le monde me regarderait ; et puis je n'ai rien de convenable à me mettre. »

« Depuis que je suis malade, non seulement mes revenus ont fondu, mais mes amis prennent peu à peu leurs distances : je n'ai plus d'intérêt pour eux. »

24 <http://www.omiss.ca/activite/jproy.pdf>

25 Id.

A Bruxelles, une personne sur quatre vit seule. Vivre seul ne veut pas dire vivre dans l'isolement social. On peut habiter seul(e) et avoir de la famille à proximité ainsi qu'un réseau d'amis autour de soi. Mais une personne qui vit seule risque plus qu'une autre de se retrouver isolée, *a fortiori* si elle n'a pas d'emploi.

On peut vivre l'isolement social... à plusieurs ! Les personnes qui se sentent exclues de la société ont tendance à se regrouper, à ne fréquenter que ceux et celles qui vivent le même genre de difficultés. Ainsi, il peut exister des liens et même une solidarité entre sans-abri, mais le groupe restera à la marge de la société. De même, les locataires d'une cité d'habitations sociales connaissent leurs voisins d'immeuble, mais peuvent n'avoir pratiquement aucune relation hors de leur milieu de vie.



La fête des voisins : un moment de convivialité bon pour la santé !

L'isolement social, c'est l'absence de liens sociaux. Cette carence peut avoir différentes causes : un déménagement, une maladie qui provoque, peu à peu, une prise de distance des proches, la perte d'un emploi et des relations sociales qu'il suscitait, le manque de moyens financiers qui empêche les sorties au cinéma, au théâtre, au restaurant ou au tournoi de belotte, ... Les personnes à faibles revenus sont plus exposées à l'isolement social que les autres.

Parmi elles, certaines catégories sont plus vulnérables encore : c'est le cas des personnes âgées. Maladie, décès ou prise de distance de la famille, difficultés de déplacement, ... ont des conséquences sur les relations sociales, surtout quand les moyens manquent pour faire face à ces situations. Les femmes qui vivent seules avec leurs enfants sont elles aussi plus exposées : manque de moyens pour sortir, difficulté de faire garder les enfants, ...

26 Témoignages de précarité rassemblés et publiés par le CPAS de Charleroi (2008), disponible sur le site de la Fondation Roi Baudouin : www.kbs-frb.be

« Au début, les amis viennent vous voir à l'hôpital puis à la maison. Puis les visites deviennent rares. Pas que les amis ne vous aiment plus mais vous, vous n'êtes plus la même. La vie a changé. Je me déplace à peine. Ce n'est pas très drôle de venir me voir. On se retrouve isolé. ²⁶ »

Ne pas avoir de relations sociales, c'est n'avoir personne pour nous renvoyer une image positive de nous-mêmes, personne avec qui partager les joies et soucis quotidiens, personne à qui faire appel en cas de coup dur, personne qui ait besoin de nous... **Des relations positives avec d'autres personnes et, partant, le sentiment d'avoir une place dans la société sont des besoins vitaux.**

Des relations sociales source de satisfactions et une estime de soi retrouvée sont deux éléments indispensables à la santé : on ne soigne pas un corps ou un esprit que l'on ne juge pas digne de respect ni d'intérêt. On ne peut pas adopter des comportements salutaires si l'on est persuadé de ne pas en être capable.

C'est pourquoi le premier travail des associations qui accueillent les personnes en situation d'exclusion est de renouer patiemment ces liens défaits. L'aide alimentaire ou matérielle (vêtements, mobilier que proposent certaines associations) – présentée de manière telle qu'elle ne soit pas ressentie comme dégradante par le bénéficiaire – est l'occasion d'un premier contact qui permettra l'intégration progressive à des activités de l'association, puis la prise de responsabilités. Exister dans le regard de l'autre, sentir qu'on a une place, une utilité dans un groupe, un projet, c'est fondamental pour la santé, pour la survie tout simplement.

Les acteurs de la troupe des « Grains de sel », qui ont créé la pièce « Grosses légumes et petits marrons »²⁷ peuvent en témoigner : émergeant au CPAS, plusieurs d'entre eux avaient manqué l'une ou l'autre des premières séances de travail pour des raisons de santé. A mesure que la démarche progressait, que le groupe se consolidait, que le projet prenait forme et que chacun y prenait sa place, l'absentéisme pour raisons de santé a disparu, comme par enchantement. Ce qui a fait dire à Bruno Hesbois l'animateur du groupe : « *Je trouve que ça devrait être remboursé par l'INAMI !* »

Patricia ne le démentirait pas. Depuis deux ans, elle s'occupe de la trésorerie du « Bar à Soupe », à Comblain-au-Pont. Tous les jeudis, des membres de l'asbl « La Teignouse » se retrouvent pour préparer de succulents potages que les habitants viennent déguster après avoir fait leur marché. « *J'ai eu un grave accident de travail, j'ai été longtemps en chaise roulante. J'ai fait une dépression, je ne sortais plus de chez moi. Depuis que je viens ici, je me sens beaucoup mieux, mes relations avec mes enfants sont bien meilleures... et j'ai arrêté de prendre mes antidépresseurs !* »

27 Pièce de théâtre-action qui a été présentée dans de nombreux endroits en Wallonie et à Bruxelles au cours de la campagne « Soif d'apprendre » de Vivre Ensemble Education en 2007.

Le lien entre relations sociales et santé se vérifie aussi dans le milieu professionnel : de plus en plus de patrons comprennent qu'en favorisant une ambiance de travail sereine et des relations positives entre les travailleurs, ils font baisser le taux d'absentéisme pour raisons médicales.

Créer du lien social, ce n'est pas seulement la mission des associations. Ecoles, mouvements de jeunesse, clubs sportifs ou artistiques, services publics, quartier, paroisse : autant de lieux où, par un geste, un brin de causerie, une invitation, chacun(e) d'entre nous peut être « faiseur de liens » et, du même coup, acteur de la santé.

22



« Depuis que je viens au Bar-à-soupes, j'ai arrêté de prendre mes antidépresseurs ! »

4. L'ISOLEMENT SOCIAL

NUIT
GRAVEMENT
À LA SANTÉ

5. NE PAS AVOIR D'EMPLOI

NUIT GRAVEMENT À LA SANTÉ

(CERTAINS EMPLOIS AUSSI)

Le travail c'est la santé... Au niveau de l'Union européenne, on constate que « l'augmentation du taux de chômage (...) s'accompagne d'une détérioration de la santé publique mesurée par les taux de mortalité élevés 10-15 ans plus tard.

Les résultats d'un grand nombre d'études récentes sont cohérents et montrent que le niveau du chômage a une influence sur l'augmentation ultérieure de la mortalité. La littérature récente montre également que **l'augmentation de l'emploi est une manière d'améliorer la santé publique**. Les politiques de l'emploi actives, qui aboutissent à accroître l'emploi, améliorent la santé publique »²⁸.

Le chômage a des conséquences indéniables sur la santé physique et mentale. Les sentiments d'inutilité (« on n'a plus besoin de moi ») et d'incapacité (« je ne suis (plus) bon à rien ») peuvent provoquer la honte, le repli sur soi, l'altération de l'image de soi, voire la dépression. Avec, comme conséquence, une plus grande vulnérabilité à diverses maladies : les émotions rentrées, la dépression, l'amertume, l'isolement social et le sentiment d'impuissance sont, selon le neuropsychiatre David Servan-Schreiber, des inhibiteurs du développement des cellules immunitaires²⁹.

Les personnes qui vivent la pauvreté sont prématurément « usées ». La lutte constante pour survivre, le stress, l'humiliation, leurs conditions de vie les ont vieillies avant l'âge, et pas seulement psychologiquement. A 45, 50 ans, leur état de santé est parfois à ce point dégradé qu'elles sont dans l'incapacité de travailler. Ces hommes et ces femmes sont-ils condamnés à se sentir incapables et inutiles parce que la pauvreté les a usés ?

Le chômage est par ailleurs un facteur de stress important : démarches auprès de l'ONEM et de l'office régional de l'emploi, relations dévalorisantes avec des employeurs potentiels, peur des contrôles, difficultés financières, pression familiale et sociale, incertitude quant à l'avenir, ...

Mais, malgré tous les efforts de recherche d'emploi, il n'y a pas de travail pour tout le monde ! Au-delà de 45 ans, on est un chômeur ou un travailleur « âgé » et les chances de retrouver un emploi pour les 20 ans de carrière restants sont très minces. Les personnes peu qualifiées, et singulièrement les femmes, ont, elles aussi, peu de chances de trouver toutes un emploi.

On peut pourtant retrouver dans d'autres activités, même non lucratives, les avantages que procure un emploi. Cela peut être le volontariat. Ils sont plus d'un million en Belgique à consacrer du temps à des activités non rémunérées : club de sport, mouvements de jeunesse, action sociale, etc. Autant de lieux où se rendre utile, tout en nouant et entretenant des relations sociales positives. Le fait de militer avec d'autres pour une cause, un engagement dans la vie du quartier, ... ou la participation à un groupe de théâtre-action (voir l'exemple des « Grains de sel » dans le chapitre 3 sur l'isolement social) sont également des activités « porteuses de santé ». Rencontrer d'autres personnes et, ensemble, mener à bien un projet, se sentir utile et reconnu pour ce qu'on est et ce qu'on fait... c'est la base de la santé physique et psychologique, qu'il y ait ou non un salaire à la clé.

28 http://ec.europa.eu/employment_social/news/2002/may/unempl_fr.html

29 David Servan-Schreiber, Anticancer, Prévenir et lutter grâce à nos défenses naturelles, Robert Laffont, 2007



Le théâtre-action,
c'est bon pour la santé !

Aude Rossignol



Permettre à ces chômeurs et chômeuses de se rendre utiles autrement et d'ainsi se maintenir en bonne santé les garderait en meilleure forme pour chercher un emploi. Ce serait tout bénéfique pour ces personnes, leur famille et la société tout entière. Et les effets seront encore plus positifs si le regard de la société – les pouvoirs publics et les citoyens que nous sommes – sur cet engagement est un regard de reconnaissance (dans les deux sens du terme) plutôt qu'un regard accusateur et suspicieux.

A débattre...

Notre société idéalise la valeur « travail » et en fait la seule voie vers l'intégration sociale et l'épanouissement personnel. Sans nier tous les avantages qu'apporte à une personne et à la société un emploi de qualité correctement rémunéré, ne serait-il pas bon de relativiser ce « hors de l'emploi, point de salut », dans la mesure où une part croissante de la population en est exclue durablement ? Cela, bien entendu, sans nier la nécessité de répartir plus équitablement le travail disponible.

Le chômage nuit à la santé, mais certains emplois aussi ! Le travail n'est pas en soi une garantie de bonne santé. De nombreux emplois exposent les travailleurs à des risques physiques : contacts avec des produits toxiques, risques d'accidents, travaux lourds, horaires irréguliers, ... Les personnes peu qualifiées sont plus nombreuses dans ces professions pénibles ou dangereuses.

Un autre risque pour la santé est la précarisation du travail. De plus en plus de personnes ont un emploi, mais pour un salaire qui ne leur permet pas de sortir de la pauvreté. Ce sont des « **travailleurs pauvres** » ; un phénomène qui est très présent aux Etats-Unis et qui monte en puissance chez nous ces dernières années. Un emploi mal payé, avec une succession de contrats de courte durée ou sans contrat du tout, la menace constante d'être licencié et l'insécurité d'existence qui en résulte font plus de dégâts sur la santé qu'une période de chômage remplie d'activités et d'engagements épanouissants.

Ceux qui travaillent au noir, par exemple parce qu'ils sont sans papiers, cumulent des risques à court terme, comme le non-respect des normes de sécurité, des temps de repos, etc. et à long terme, vu qu'en cas de maladie ou d'accident du travail, ils ne bénéficient ni d'indemnités ni du remboursement des soins de santé. Ces personnes sont le plus souvent exploitées et sous-payées.

6. LE MANQUE DE FORMATION ET D'INFORMATION

Les personnes qui ont un faible niveau d'instruction sont en moins bonne santé que celles qui ont un diplôme supérieur. En 2004, 50,3% des personnes ayant au maximum terminé l'enseignement primaire souffraient d'une ou plusieurs maladies chroniques, contre seulement 21,9% des personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur.³⁰

**NUIT
GRAVEMENT
À LA SANTÉ**

Ce ne sont bien évidemment pas seulement les savoirs strictement scolaires (lecture et écriture) qui sont ici en cause : le niveau d'instruction reflète le statut socio-économique qui implique bien souvent des conditions de vie (notamment de logement) qui ont une grande influence sur la santé. Le diplôme obtenu détermine aussi un type d'emploi (ouvrier, employé ou cadre) et un degré de risque plus ou moins élevé pour la santé : pénibilité du travail, risques d'accidents, exposition à des substances toxiques, horaires, ...

Entre 35 et 60 ans, les manœuvres ont 28 % de risques de mourir alors que les cadres supérieurs masculins n'en ont que 10 %.³¹

Le niveau de scolarité détermine aussi la façon dont nous sommes ou non en mesure d'accéder aux informations concernant la santé, de les rechercher (lectures, questions aux professionnels de la santé, recherches sur Internet...), de les mettre en relation entre elles et avec des pratiques dans la vie quotidienne. De l'utilisation des antibiotiques aux mesures de prévention dans la maison, en passant par la diététique, le calendrier des vaccinations et la lecture d'une notice de médicament, ... jongler avec toutes ces informations, faire le tri dans des injonctions souvent complexes, parfois contradictoires entre elles, n'est pas des plus faciles.

Un certain nombre d'écoles de consommateurs (dont la mission est d'organiser des informations et animations pour la population sur la nécessité d'une consommation maîtrisée et bien comprise) proposent dans le cadre de leurs activités d'aborder la thématique de la santé au sens large. C'est le cas de l'école de consommateurs mise sur pied par Vie Féminine à Arlon.

« Notre public est très hétéroclite avec des grandes différences culturelles, d'âge, d'origine, explique Cécile Delacharlerie. Pourtant, le thème de la santé intéresse tout le monde car se soigner représente une difficulté. On rencontre des problèmes de dépendance aux médicaments, comme les somnifères. Autre problème : faute de moyens, la priorité pour les soins est donnée aux enfants, les soins des adultes étant considérés comme secondaires. Le recours aux urgences plutôt que se rendre chez un généraliste est un réflexe, notamment chez les personnes d'origine étrangère. Certains nous disent être harcelés par des sociétés de recouvrement mandatées par des hôpitaux, alors que les factures ont déjà été payées. Au travers de ces témoignages, il nous semble donc essentiel de se pencher sur ce thème de la santé, avec comme points d'entrée le libre choix du médecin, la différence entre généralistes et spécialistes, le dossier médical global ou encore le conventionnement des médecins »³².

Connaître ses droits, se soigner à temps, oser poser des questions, mais aussi prendre soin de sa santé au quotidien : tels sont les objectifs de ces séances.

Apprendre... c'est bon pour la santé !

30 Service de lutte contre la pauvreté, www.lutte-pauvrete.be

32 Revue de la fédération des maisons médicales, « Santé conjugucée », avril 1999, n°8, p.36

33 http://www.enmarche.be/Societe/Famille/Endettement_Soins_sant%C3%A9.htm#Acteur



D'où l'importance d'améliorer la communication des informations relatives à la santé à destination des publics moins favorisés. Dans ce domaine, les associations jouent un rôle important : écoles des devoirs, haltes-garderies, ateliers-cuisine, « bébé-papotes », maisons d'accueil, maisons de quartier ... sont autant de lieux où des informations sur la santé peuvent être échangées et rendues accessibles à tous et toutes.

Au départ de cours de gymnastique et d'ateliers créatifs au sein de l'association « Les Pissenlits », à Cureghem (Anderlecht), des groupes « parole-santé » sont nés. Les sujets traités ont été choisis avec les participants aux ateliers et en concertation avec les travailleurs sociaux et médicaux du quartier. Des personnes (proches de) diabétiques se rencontrent pour discuter des problèmes spécifiques liés à leur maladie, des femmes viennent poser des questions et donner leur avis sur l'éducation des enfants, un groupe est consacré à « la santé au féminin »...

*« Les Pissenlits », chaussée de Mons 192,
1070 Bruxelles. 02 521 77 28
<http://www.guidesocial.be/pissenlits/>*

Les consultations pré- et postnatales de l'ONE sont aussi des lieux stratégiques en la matière. Pour qu'elles remplissent leur rôle, il faut cependant une volonté explicite, de la part de ceux et celles qui les animent (médecins, infirmières, assistants sociaux, bénévoles) d'aller à la rencontre des parents issus de milieux défavorisés pour engager un dialogue. Les médecins des consultations ONE constatent en effet que ce sont ces parents-là qui posent le moins de questions, pour différentes raisons : barrière de la langue, difficulté de s'exprimer quand on sent qu'on a peu de temps et qu'il y a plusieurs personnes de l'autre côté de la table, peur de poser des « bêtes questions », ... D'où l'intérêt d'une présence dans la salle d'attente, de manière à échanger dans une ambiance plus détendue.

La santé reproductive et sexuelle est un sujet où l'information est fondamentale. Malgré les plannings familiaux, le remboursement total de l'IVG, les campagnes de prévention et de dépistage, l'accès facilité à la contraception pour les jeunes filles, il y a encore trop de grossesses précoces, de tentatives d'avortement dans des conditions archaïques et de cancers féminins détectés trop tard. Le nombre de mammographies et d'exams cliniques subis par une femme est proportionnel à son niveau d'instruction.

La pudeur ou les tabous culturels empêchent nombre de femmes et de jeunes filles d'aborder ces questions avec des professionnels. Sur ce thème plus que sur d'autres, les intervenants doivent donc s'efforcer d'atteindre les femmes les plus fragilisées afin qu'elles aient en mains les informations indispensables.

L'information qui passe le mieux, c'est celle qui est donnée « en direct », oralement, avec éventuellement un support écrit « pour mémoire ». Le généraliste, le pédiatre, le pharmacien³⁴, le dentiste, les infirmières, les travailleurs sociaux sont les premières sources d'informations pour les personnes peu scolarisées. Ceux-ci devraient donc être particulièrement attentifs à bannir le jargon médical, à s'assurer que la personne qui les consulte les comprend et à l'encourager à poser des questions. Car les informations écrites n'atteignent pas tout le monde et ne sont pas souvent rédigées de manière à être comprises par les personnes les moins instruites. Il y a une dizaine d'années, une étude a été menée à l'ULB sur une série de supports (articles de magazines et dépliants) concernant la prévention de la mort subite du nourrisson. Il en résultait que seulement 25% de ces publications répondaient aux deux critères étudiés : le contenu et la lisibilité.

« Ce sont les populations les moins instruites qui auront le plus de difficultés à déchiffrer et comprendre les publications, brochures et dépliants. Ce sont justement ces populations qui devraient être les plus sensibilisées à la mise en place d'un sommeil de qualité ».³⁵

Dans ce domaine comme dans d'autres, les associations doivent réaliser un travail de reformulation des documents officiels afin de les rendre accessibles au public peu scolarisé. Que de temps – et d'argent – on pourrait gagner grâce à une collaboration « à la source » entre les émetteurs de ces supports d'information, le plus souvent les pouvoirs publics, et les associations de terrain !

Mais il n'y a pas que les pauvres qui ont besoin de formation et d'information en matière de santé : les professionnels qui agissent, de près ou de plus loin, dans ce domaine, ont aussi besoin de se former et de s'informer. C'est pour répondre à ce besoin que le mouvement ATD-Quart monde organise des « co-formations » sur différents thèmes.

Ces formations ont pour but de « développer les capacités de communication entre milieux différents (celui des professionnels, d'une part et celui de la pauvreté, d'autre part) ; de provoquer des prises de conscience transformatrices ; de faire évoluer son propre savoir ; de faire évoluer son mode de relation aux autres. »³⁶

Posologie, effets secondaires, précautions d'emploi... pas toujours facile de savoir !

34 Des femmes qui ont participé aux groupes de parole des « Pissenlits » disent qu'elles consultent d'abord leur pharmacien et qu'elles ne vont chez le médecin que si elles n'obtiennent pas de réponse satisfaisante ou que le médicament essayé ne donne pas de résultat.

35 Fiches Sanomètre n°19, ULB-Promes, 1999

36 Voir <http://www.atd-quartmonde.be/Co-formations.html>

7. PROBLÈMES DE SANTÉ... RISQUES DE PAUVRETÉ

Si la pauvreté engendre souvent des problèmes de santé, à l'inverse, une maladie ou un accident peuvent entraîner dans la précarité des personnes ou des familles qui, jusque là, vivaient dans de bonnes conditions ou, en tout cas « s'en sortaient ».

En 2004, Marie, serveuse travaillant sous statut d'indépendante, a eu un grave accident de voiture. Ses chevilles étaient littéralement broyées, réduites en miettes. Malgré les opérations suivies de la kinésithérapie et les efforts déployés, elle n'a pu récupérer.

Elle marche avec peine, ne peut effectuer qu'une dizaine de pas sans aide. Marie est en dépression chronique. Elle vit avec une de ses filles dans une maison que lui loue le CPAS. Sa fille va bientôt quitter le foyer maternel pour vivre sa vie.

Dans l'incapacité physique de travailler, comme elle vit avec sa fille, elle perçoit un revenu d'insertion d'environ 850 euros. Quand elle se retrouvera seule, ce budget sera réduit à 652 euros. Marie connaît ses comptes par cœur.

« Je paie le loyer, soit 150 euros. Mais je rembourse une somme totale d'environ 3 000 euros suite à l'accident. Il faut payer les dégâts au rond-point et payer l'amende. Cela représente presque 40 euros, rien que pour ces deux problèmes, chaque mois. Et je dois payer des arriérés à l'hôpital. Payer aussi les médicaments, j'en prends beaucoup et ils ne sont pas intégralement remboursés. A l'hôpital, ils ne devraient prescrire que des génériques. Je sors 30 euros par semaine en médicaments... Avec 652 euros de revenus par mois, j'ai calculé qu'il ne me resterait plus que 60 euros pour manger. Impossible. Je retourne sans arrêt cela dans ma tête »³⁷.

Un accident de la route, un grave problème de santé, la naissance d'un enfant porteur d'un handicap ou d'une maladie chronique : un jour, la vie bascule sans préavis. Avec, en plus de la douleur morale ou physique, la perte d'une source de revenus et des frais supplémentaires. Une personne qui devient subitement invalide ne conserve généralement pas son emploi. Et quand naît un enfant qui requiert des soins constants, l'un des deux parents doit, au moins dans un premier temps, abandonner son emploi. Hospitalisation, traitements divers, médicaments, déplacement fréquents, ... les conséquences sur le budget sont énormes, surtout si la famille a des revenus modestes ou même moyens.

Dans le cas de maladies graves comme le cancer, les traitements peuvent être longs. Avec un seul (ou plus du tout de) revenu du travail, la famille verra son budget amputé d'une part impor-

Les personnes handicapées risquent plus que les autres de basculer dans la pauvreté, surtout si elles vivent seules. Près de 40 % des personnes handicapées vivraient sous le seuil de pauvreté en Belgique. L'achat de médicaments liés au handicap ou des traitements (kiné,...), pourtant nécessaires, doivent trop souvent être reportés, faute de moyens³⁸.

37 D'après : Témoignages de précarité rassemblés et publiés par le CPAS de Charleroi (2008), disponible sur le site de la Fondation Roi Baudouin : www.kbs-frb.be

38 « Quand handicap rime avec pauvreté », La Libre Belgique, 14 mars 2008.



tante. Certains sont ainsi amenés à vendre leur maison pour subvenir aux frais liés à la maladie et aux frais quotidiens. Quand, en plus, la personne décède malgré les soins, les survivants risquent de plonger durablement dans la pauvreté.

Bernard a 45 ans, sa femme Lucette aussi. Ils ont une petite fille de 10 ans, Adèle, et chacun un enfant issu d'un premier mariage. Bernard et Lucette ont tout deux un diplôme de secondaire et quelques petites formations complémentaires.

Il y a 5 ans, chacun avait un emploi stable, ce qui leur a permis d'acheter la maison qu'ils habitent aujourd'hui (emprunt sur 15 ans). Mais voici 3 ans, Bernard a perdu son travail. Au lieu d'un salaire, il a touché des indemnités de chômage de cohabitant, soit plus ou moins la moitié de son salaire. Puis il a retrouvé du travail comme intérimaire, de petits contrats à durée très limitée, mais il avait presque toujours du travail. A la maison, il a fallu bien tenir les comptes pour payer les factures, la pension alimentaire, rembourser le prêt... Bernard a commencé un potager, Lucette s'est tournée vers les magasins de seconde main et l'alimentation bon marché. A la fin du mois, tout était payé même si les comptes étaient vides.

Il y a 2 ans, Bernard a ressenti de fortes douleurs abdominales. Par peur de perdre son travail et pour faire l'économie d'une consultation, il a pris simplement des antidouleurs. Deux jours plus tard, durant son travail il a eu un malaise et a été emmené d'urgence à l'hôpital où l'on a diagnostiqué une péritonite ; Bernard a été hospitalisé au service de soins intensifs avec un pronostic réservé. Il y est resté plus d'un mois et a subi plusieurs interventions chirurgicales puis a encore séjourné 15 jours dans une unité hospitalière de chirurgie.

Bernard est sorti enfin, pour une convalescence d'un mois, heureux d'être vivant et de retrouver enfin les siens !

Voici 6 mois, ils ont reçu la visite d'un huissier car les notes de l'hôpital étaient restées impayées, malgré plusieurs rappels. A ces factures se sont ajoutées des mensualités du prêt non payées depuis 3 mois. Lucette avait retardé leur paiement pour payer les médicaments. La proposition de l'huissier était de vendre la maison pour payer les dettes accumulées... mais où aller vire alors ?? Le remboursement du prêt engagé correspondant plus ou moins au prix d'un loyer d'un logement pour 5 personnes... pour le moment ils sont en médiation de dettes, ce qui leur est laissé permet tout juste de manger, payer les transports en commun, et les frais médicaux récurrents. Pour tout autre dépense, par exemple médicales, de dentisterie... des demandes doivent être introduites...

CONCLUSION

Nous avons tenté de montrer ici comment la pauvreté aggrave les inégalités en matière de santé. Ces inégalités, nous l'avons vu, ont des causes multiples liées au logement, à l'environnement, au lien social, à l'estime de soi, à la formation et à l'information, au manque d'emploi,... Inversement, une santé fragile peut provoquer la pauvreté.

Ces inégalités sont révoltantes, notamment parce qu'elles se marquent dès la naissance. Comment accepter qu'un bébé né dans un milieu précaire risque trois à cinq fois plus d'être victime de la mort subite du nourrisson ?

Elles sont révoltantes aussi parce qu'elles s'ajoutent à bien d'autres et qu'elles les accentuent : la maladie entrave la vie professionnelle, sociale, scolaire, elle grève le budget par des frais supplémentaires souvent insupportables, alors que les revenus sont déjà réduits par la maladie (chômage, allocation de maladie-invalidité,...). Une spirale infernale.

Ce dossier met en exergue des initiatives d'associations de lutte contre l'exclusion sociale qui améliorent la santé de leurs membres.

Soit directement, par des soins médicaux ou infirmiers, une épicerie sociale ou une cuisine communautaire, soit moins directement, par des activités qui influencent la santé mentale, comme le théâtre-action ou l'économie sociale. Dans tous les cas, l'expérience montre qu'il est fondamental de prendre en compte les liens entre la santé de la personne – santé psychique comme physique – et le contexte dans lequel elle vit : quelles sont ses contraintes, ses priorités, ses références culturelles, ses forces, ses faiblesses ?

Si ces liens sont négligés, le risque est grand qu'un décalage entre les (bonnes) intentions des acteurs sociaux et la réalité vécue par les personnes qu'elles souhaitent aider voue toute initiative à l'échec.

La plupart des associations l'ont compris : elles mettent en place, avec la participation des premier(e)s concerné(e)s, des projets d'une grande diversité, qui envisagent l'amélioration de la santé comme un processus global qui place la personne au centre de la démarche et non comme l'injonction de normes à respecter dans tel ou tel domaine.

Nous l'avons dit : il ne suffit pas d'améliorer l'accès aux soins pour réduire les inégalités de santé. Cet aspect n'est néanmoins pas négligeable : nous bénéficions en Belgique d'un système de sécurité sociale remarquable, qui peut s'ériger en modèle pour d'autres pays. Des avancées comme le Maximum à facturer (voir le chapitre 1 sur le pouvoir d'achat), qui devrait à l'avenir éviter des situations de surendettement grave dues aux frais médicaux, sont à saluer.

Malheureusement, la tendance générale n'est pas actuellement à l'amélioration de ce système (qui restera perfectible tant que des gens passeront entre les mailles du filet), mais bien à son détricotage. Les pressions du secteur pharmaceutique ou le courant de privatisation qui menace les services dans l'Union européenne nous rappellent que le droit aux soins de santé n'est pas un acquis. Il nous faudra, dans les années à venir, rester vigilants pour que la santé ne soit ni le privilège des nantis, ni une marchandise. C'est sur cet aspect que portera la campagne de Vivre Ensemble en 2009.

Les politiques de santé publique n'auront de chances d'atteindre les plus pauvres que si elles sont menées avec les acteurs de terrain : les associations, les plannings familiaux, les écoles, les maisons de quartier et si elles rejoignent les personnes en situation précaire dans leur réalité en leur donnant les moyens d'être actrices de leur propre santé.