



La pauvreté nuit gravement à la santé des enfants

Etude réalisée par la Coordination des ONG pour les droits de l'enfant

*Avec le soutien du Ministère de la Communauté française
Direction générale de la Culture – Service général de la jeunesse et de l'éducation permanente*

2009
Bruxelles

Coordination des ONG pour les droits de l'enfant
CODE

Rue Marché aux Poulets, 30
1000 Bruxelles
Tél : 02/223.75.00
Courriel : info@lacode.be

Cette étude a été réalisée par Frédérique Van Houcke pour la Coordination des ONG pour les droits de l'enfant (CODE). Elle représente la position de la majorité de ses membres.

La CODE est un réseau d'associations ayant pour objectif de veiller à la bonne application de la Convention relative aux droits de l'enfant en Belgique. En font partie : Amnesty international, ATD Quart Monde Wallonie-Bruxelles, BADJE (Bruxelles Accueil et Développement pour la Jeunesse et l'Enfance), le Conseil de la Jeunesse, DEI (Défense des enfants international) Belgique section francophone, ECPAT (End Child Prostitution and Trafficking of Children for sexual purposes), la Ligue des droits de l'Homme, la Ligue des familles, Plan Belgique et UNICEF Belgique.

La CODE a notamment pour objet de réaliser un rapport alternatif sur l'application de la Convention qui est destiné au Comité des droits de l'enfant des Nations Unies. Voir www.lacode.be.

*Avec le soutien du Ministère de la Communauté française
Direction générale de la Culture – Service général de la jeunesse et de l'éducation permanente.*

Remerciements

La Coordination des ONG pour les droits de l'enfant (CODE) remercie vivement la Direction générale de la Culture, Service général de la jeunesse et de l'éducation permanente de la Communauté française, sans laquelle cette étude n'aurait pas vu le jour.

Nous souhaitons également remercier Monsieur Jean-Marc Nollet, Ministre de l'Enfance ainsi que Monsieur Stefaan De Clerck, Ministre de la Justice, pour l'intérêt et le soutien apportés aux travaux de la CODE.

Cette étude fait suite à deux interventions passionnantes dispensées le 13 juin 2009 dans le cadre du Certificat universitaire en droits de l'enfant co-organisé par l'Université Catholique de Louvain (UCL) et les FUNDP de Namur, en collaboration avec le Centre interdisciplinaire des droits de l'enfant (CIDE¹).

La première intervention proposée par Myriam De Spiegelaere, Directrice scientifique de l'Observatoire Bruxellois de la Santé et du Social s'intitulait « Santé et bien-être. Quelques balises de santé publique » ; la deuxième, par Marc Van Overstraeten, Chargé de recherches FRS-FNRS, Chargé de cours invité par le Centre de droit médical et biomédical de l'Université Catholique de Louvain, avait pour thème : « Santé et bien-être. Quelques balises juridiques ».

La présente étude s'appuie sur une recherche bibliographique, avec le soutien et sous la supervision de Myriam De Spiegelaere, et a été proposée comme travail de fin de formation du Certificat en droits de l'enfant.

L'apport et la relecture de Dominique Visée d'ATD Quart Monde Wallonie Bruxelles, association membre de la CODE, active dans la défense des droits des plus démunis, est également à souligner.

Qu'elles en soient toutes deux chaleureusement remerciées.

Nous remercions également Malvina Govaert, de l'Observatoire de l'enfance, de la jeunesse et de l'aide à la jeunesse, pour diverses précisions apportées en matière de santé en Communauté française.

Pour leurs relectures attentives, nous remercions Valérie Provost et Lise-Laura Mattern, permanentes de la CODE, ainsi que Matthieu Guiot.

¹ Le Centre Interdisciplinaire des Droits de l'Enfant (CIDE) est le fruit d'un partenariat entre l'Université Catholique de Louvain (UCL) et la section belge de Défense des Enfants International (DEI), www.lecide.be.

Table des matières

Introduction	6
Chapitre 1 : La pauvreté en Belgique : définition et chiffres	8
Chapitre 2 : Le droit à la santé au regard de la Convention relative aux droits de l'enfant	11
Chapitre 3 : La répartition des compétences en matière de santé au niveau national, en bref. 12	
Chapitre 4 : Définition et déterminants de la santé de l'enfant	14
4.1. Définition	14
4.2. Déterminants de la santé	14
4.3. La santé des enfants et des jeunes, des réalités multiples	16
Chapitre 5 : Impact de la pauvreté sur l'accès à une bonne santé et aux soins en Belgique	17
5.1. Comment la précarité a un impact sur la santé.....	17
5.2. Les chiffres de l'impact de la pauvreté sur la santé	18
5.2.1 Santé périnatale et infantile	18
5.2.2 Santé des adolescents	21
5.2.3 Violence à l'égard des enfants	22
5.2.4 Effets à long terme	23
Chapitre 6 : Obstacles à l'accès aux soins.....	24
6.1. Obstacles financiers.....	24
6.2. Obstacles administratifs	25
6.3. Obstacles culturels.....	25
6.4. Obstacles psychosociaux.....	26
6.5. Obstacles « politiques ».....	26
6.6. Obstacles pratiques.....	27
Chapitre 7 : Pistes de solutions et recommandations	28
7.1. Action globale pour améliorer les conditions de vie des familles.....	28
7.2. Coordination des politiques et des actions entre les divers niveaux de pouvoir	29
7.3. Action pour un meilleur accès à des soins	29
7.4. Action pour un accès à des soins de qualité	29
7.5. Mise en œuvre de politiques visant à la promotion de la santé.....	29
7.6. Participation des personnes pauvres dans l'identification et l'analyse de leurs besoins et dans la recherche des solutions à apporter	30
7.7. Approche communautaire impliquant la participation des personnes concernées.....	31
7.8. Simplification des règles administratives.....	31
7.9. Amélioration de la communication entre le monde médical et les patients.....	31
7.10. Formation des professionnels.....	32
7.11. Collecte des données	32
7.12. Evaluation des politiques	32
Conclusion.....	33
Références	34

1. Législation	34
1.1 Législation internationale	34
1.2 Législation nationale	34
2. Ouvrages, articles et brochures	34
3. Sites Internet.....	36

Introduction

Cette année, la Convention relative aux droits de l'enfant fête ses 20 ans. Depuis l'adoption de ce traité, les droits de l'enfant font partie de notre paysage et des avancées sont à observer mais il reste encore beaucoup à faire pour qu'ils deviennent véritablement effectifs pour de nombreux enfants.

La Convention est constituée d'un ensemble de droits généralement rassemblés en trois catégories, dit les 3 « P » : protection, prestation et participation. Cette dernière catégorie fait l'originalité de la Convention puisque pour la première fois, l'enfant est considéré comme un sujet de droits à part entière, qui n'est plus seulement considéré comme devant être nourri, élevé, protégé mais bien comme une personne actrice de la société.

Il faut également relever dès à présent le caractère indivisible des droits de l'enfant. La Convention forme un tout, au sens où tous les droits sont liés entre eux et interdépendants.

En 2009, nous devons constater que dans un pays privilégié comme la Belgique, la pauvreté touche de nombreuses familles et de nombreux enfants et que près d'un enfant sur cinq vit dans une situation de risque de pauvreté. La pauvreté est une problématique structurelle qui a un impact très important sur tous les droits de ces enfants.

La Coordination des ONG pour les droits de l'enfant (CODE) est un réseau d'associations qui veillent à la bonne application de la Convention relative aux droits de l'enfant² en Belgique. La question de la pauvreté des enfants est une question transversale à son travail depuis sa création. ATD Quart Monde, association qui lutte contre l'exclusion et l'extrême pauvreté³, en est d'ailleurs un membre actif depuis sa création.

Aujourd'hui, nous avons choisi d'examiner le lien entre la pauvreté des familles/des enfants et la santé. En effet, le droit à un niveau de vie suffisant et le droit à la santé sont intimement liés. Ainsi, alors que la pauvreté nuit à la santé de tous, adultes et enfants, elle a un impact tout particulier sur la santé des enfants parce que l'enfant est un être en développement et que les conditions de sa naissance, ainsi que sa bonne ou sa mauvaise santé au cours de son enfance vont avoir, avec un effet cumulatif, des conséquences à long terme sur sa santé. Les chiffres récoltés dans le cadre du présent travail en témoignent : la pauvreté a un impact négatif sur la santé, quels que soient les indicateurs utilisés et les inégalités de santé affectent l'enfant dès avant sa naissance et se poursuivent tout au long de sa vie.

En 1979, le *Livre blanc des enfants du Quart Monde* dénonçait déjà que « la non existence des enfants les plus pauvres se trouve confirmée par la présentation même de nos statistiques de tous genres ». Et en matière de santé, les enfants posaient la question suivante : « Comment peuvent-ils la conserver dans les conditions où ils vivent⁴ ? »

² Ci-après, la Convention.

³ www.atd-quartmonde.be.

⁴ ATD Quart Monde, « Livre blanc des enfants du Quart Monde. Enfants de ce temps », France, 1979, p. 17 et p. 64.

Comme le souligne Myriam De Spiegelaere, la question de base de l'épidémiologie⁵ sociale n'est pas « Pourquoi cet individu devient malade ? » mais « Pourquoi cette société est malsaine⁶ ? ». En effet, nous allons constater que les déterminants de la santé des populations sont le plus souvent des phénomènes sociaux.

Pour rappel, la Convention définit un enfant comme « tout être humain âgé de moins de 18 ans » (article 1^{er}). Donc, lorsque nous parlons de « l'enfant », nous l'envisageons dès sa naissance jusqu'à l'âge adulte. La santé prendra au fil du temps des réalités multiples comme nous pourrons l'observer.

Dans le cadre du présent travail, nous allons dans un premier temps proposer une définition de la pauvreté et quelques chiffres en Belgique (point 1). Ensuite, nous rappellerons comment la santé est définie par la Convention relative aux droits de l'enfant (point 2) et nous proposerons un rapide rappel du partage de compétences en la matière au niveau belge (point 3). Dans un quatrième point, nous analyserons ce que recouvre la pauvreté, à travers une définition, ses déterminants et ses multiples réalités de 0 à 18 ans (point 4). Nous observerons comment la pauvreté a un impact sur la santé et proposerons quelques chiffres que nous avons pu recueillir, à l'échelle nationale, à Bruxelles et en Communauté française (point 5). Enfin, nous détaillerons les divers obstacles à l'accès aux soins (point 6) avant de formuler des recommandations (point 7) et de conclure.

⁵ Discipline qui étudie les différents facteurs intervenant dans l'apparition des maladies ou de phénomènes morbides déterminés, ainsi que leur fréquence, leur mode de distribution, leur évolution et la mise en œuvre des moyens nécessaires à leur prévention (Larousse, 1996).

⁶ M. De Spiegelaere, « Médecine sociale et santé publique », PUB Cours-Librairie, Bruxelles.

Chapitre 1 : La pauvreté en Belgique : définition et chiffres

La pauvreté est traditionnellement définie comme l'insuffisance ou l'absence de revenus. Or, elle n'est pas seulement une question économique ; elle est aussi une problématique multidimensionnelle complexe qui affecte tous les domaines de vie. Très souvent, tel que le constate notamment ATD Quart Monde, les précarités se cumulent et se renforcent. L'ensemble des droits fondamentaux n'est pas respecté.

Il convient de parler de la composante sociale de la pauvreté. « Cette dimension de la pauvreté se réfère à l'isolement, à la marginalisation et au sentiment d'impuissance qu'éprouvent ceux qui n'ont pas les moyens et les ressources nécessaires pour prendre une part active à leur milieu et, plus largement, à la société⁷ ».

Le facteur « temps » doit également être intégré à la définition de la pauvreté. En effet, la pauvreté peut être occasionnelle ou de longue durée. Plus la durée de la privation est longue, plus les dommages sur les droits seront importants.

Pour des raisons statistiques et pratiques, des seuils de pauvreté ont été établis. Le seuil de risque de pauvreté est aujourd'hui fixé à 60% du revenu national médian équivalent net disponible des ménages⁸. Notons que ce seuil rend imparfaitement compte de la pauvreté réelle des personnes, de sa complexité, de son étendue, de sa durée, ainsi que de l'ampleur des formes de dénuement extrêmes⁹.

Le droit à l'intégration sociale (DIS), en vigueur en Belgique depuis 2002, a remplacé le minimex. Il se traduit soit par une allocation (revenu d'intégration), soit par une mise à l'emploi (activation). Les montants alloués s'élèvent à 483,86 euros pour un cohabitant avec une ou plusieurs personnes, à 725,79 pour une personne isolée et à 967,72 pour une personne vivant exclusivement avec une famille à sa charge¹⁰. Ces montants sont considérés par beaucoup comme trop faibles et ne suffisent pas à sortir de la pauvreté.

Aujourd'hui, 14,7% de la population belge est considéré comme étant en risque de pauvreté (revenu inférieur au risque de pauvreté). Notons que des différences entre régions existent, puisque l'on considère que plus d'un quart des personnes résidant à Bruxelles sont pauvres (25,9%), contre 17% en Wallonie, et 11,4% en Flandre¹¹.

⁷ Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, « Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans », Québec, 2007, p. 37. Disponible sur www.msss.gouv.qc.ca/section/Documentation/rubrique/Publications.

⁸ Le revenu équivalent pour un ménage se calcule en tenant compte du nombre d'adultes et d'enfants dans le ménage. A titre indicatif, pour 2006 (revenus de 2005), le seuil de pauvreté pour une personne isolée se chiffrait à 860 euros (Source : www.luttepauvrete.be/chiffres.htm).

⁹ UNICEF, « La pauvreté des enfants en perspective : vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays riches », Bilan Innocenti 7, 2007, p. 11.

¹⁰ Source : SPP Intégration sociale, circulaire du 25 mai 2009.

¹¹ EU-SILC 2007/ Revenus 2006. Dans l'optique du SILC (Statistics on Income and Living Conditions), l'exclusion sociale est appréhendée comme la conséquence de plusieurs facteurs dont le revenu, l'emploi, la santé et le niveau d'enseignement.

Dans les pays occidentaux, l'augmentation du nombre d'enfants vivant en grande pauvreté est en lien avec l'accroissement du nombre d'enfants vivant dans des familles monoparentales¹². En effet, ces dernières (souvent une mère avec un ou plusieurs enfants) sont globalement celles qui rencontrent le plus de difficultés financières. Mais, outre cette catégorie, les études existantes identifient plusieurs autres groupes d'enfants susceptibles de grandir dans la pauvreté voire l'extrême pauvreté. Ce sont les enfants des familles nombreuses, les enfants dont les parents sont très jeunes, et les enfants de parents immigrés ou appartenant à une minorité ethnique ou religieuse.

Ces constats sont confirmés par le Baromètre 2009 interfédéral de la pauvreté¹³ qui propose les indicateurs suivants : revenus et dette, soins de santé, travail, enseignement, logement, participation et privation non-monétaire¹⁴.

Ainsi, il indique que 34,2% des personnes qui sont au chômage ont un risque de pauvreté. Surtout, il précise que 74,5% des ménages sans revenu de travail avec enfants courent un risque de pauvreté ! Le type de ménage est également un facteur important puisque 35,8% des familles monoparentales courent un risque de pauvreté. Enfin, la nationalité est également un facteur important puisque 53,3% des ressortissants non-européens courent ce même risque.

Notons que le pourcentage d'enfants belges qui vivent dans un ménage dans lequel aucun adulte n'a de travail rémunéré s'élève à 12 %.

50,8% de la population qui se trouvent dans les 20% disposant des revenus les plus bas ont un logement qui présente un manque de qualité important (confort de base, manque de salubrité, espace insuffisant, etc.).

Concernant en particulier la pauvreté des enfants, les chiffres belges disponibles sont alarmants : ils indiquent que 17% des enfants vivent sous le seuil de la pauvreté¹⁵ !

Qui plus est, comme le dénonce le Rapport annuel anversoïis sur la pauvreté et l'exclusion sociale¹⁶, cette proportion est en constante augmentation depuis plusieurs années. Ainsi, il indique une augmentation de 5% en 4 ans (pour la période allant de 2002 à 2006). Selon le rapport du Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF¹⁷, le taux d'enfants pauvres en Belgique a d'ailleurs doublé entre 1990 et 2000.

Enfin, un récent rapport de l'OCDE, intitulé « Croissance et inégalités : Distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE »¹⁸ confirme que le fossé entre riches et pauvres s'est creusé dans trois pays sur quatre dans les pays de l'OCDE ces 20 dernières années. Cette accentuation des inégalités serait notamment due aux changements des structures de la population¹⁹ (selon le rapport, la probabilité de pauvreté pour les ménages monoparentaux est

¹² UNICEF, op. cit., p. 163.

¹³ Disponible sur www.mi-is.be ; source : EU-Silc 2007/revenus 2006.

¹⁴ Il est à noter que le Plan d'Action National Inclusion sociale (PANincl.) propose un ensemble d'indicateurs plus complet. Voir www.socialsecurity.fgov.be.

¹⁵ SPP Intégration sociale, Plan d'action national Inclusion 2006-2008, p. 8.

¹⁶ « Rapport annuel sur la pauvreté et l'exclusion sociale », Anvers, 2006.

¹⁷ UNICEF, « La pauvreté des enfants en perspective : vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays riches », op. cit., 2007.

¹⁸ OECD, « Growing unequal ? : Income Distribution and Poverty in OECD Countries », 2008.

¹⁹ Notons que cette vision laisse à penser que l'augmentation de la pauvreté est la conséquence de la séparation des ménages. Rappelons que la pauvreté est surtout liée aux mécanismes de répartition des richesses. Par

trois fois plus élevée que pour la moyenne de la population) et du marché du travail. La pauvreté des enfants a particulièrement augmenté. Pour eux et les jeunes adultes, la probabilité de pauvreté est supérieure de 25% à celle de l'ensemble de la population.

Il faut relever qu'en Belgique, la vulnérabilité des familles monoparentales est renforcée par les mécanismes existant (statut de cohabitant), qui décourage fortement la vie et les solidarités familiales. Il est dès lors essentiel que chaque personne puisse avoir droit au revenu de remplacement indépendamment de son statut familial.

La pauvreté des enfants, qui découle donc en premier lieu de la pauvreté des familles²⁰, a des conséquences importantes sur l'accès aux droits de ces enfants, notamment en matière de santé.

ailleurs, une partie non négligeable des ruptures familiales est aussi liée à la pauvreté et au lien systématique entre le montant des allocations sociales et la situation familiale.

²⁰ Plusieurs rapports réalisés par l'UNICEF indiquent que quel que soit le pays, les niveaux de pauvreté sont déterminés par la combinaison de trois facteurs : les conditions du marché du travail, les changements sociaux et familiaux, ainsi que les politiques menées par les gouvernements.

Chapitre 2 : Le droit à la santé au regard de la Convention relative aux droits de l'enfant

Que nous dit la Convention sur le droit à la santé ? Plusieurs de ses articles évoquent le droit à la santé à travers plusieurs axes : soins (ou réparation), prévention et protection.

Tout d'abord, l'article 24 de la Convention énonce que les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Il s'agit de soins. Ils doivent s'efforcer de « garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services » (§ 1). L'article précise également que les Etats parties doivent s'efforcer d'assurer la réalisation intégrale de ce droit et, en particulier, « prennent des mesures appropriées en ce sens (§ 2) pour réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants ; assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires ; (...) ».

L'article 24, § 2, e) prévoit que les parents et les enfants reçoivent une « information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents (...) ». Des soins de santé préventifs doivent être développés (article 24, §2, f).

De manière complémentaire, l'article 25 de la Convention stipule que les Etats parties reconnaissent à l'enfant qui a été placé par les autorités compétentes pour recevoir des soins, une protection ou un traitement physique ou mental, le droit à un examen périodique dudit traitement et de toute autre circonstance relative à son placement.

L'article 26 prévoit quant à lui le droit à la sécurité sociale.

Par ailleurs, divers droits de protection sont définis par la Convention.

Ainsi, l'article 19 de la Convention prévoit le droit d'être protégé contre toute forme de violence, d'atteintes ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle. L'article 17 prévoit que l'enfant doit avoir accès à une information et des matériels qui visent à promouvoir son bien-être social, spirituel et moral, mais aussi sa santé physique et mentale, ainsi que le droit d'être protégé contre l'information et le matériel qui nuisent à son bien-être. En outre, la Convention prévoit le droit d'être protégé contre l'exploitation économique (article 32), l'usage illicite des stupéfiants ou de substances psychotropes (article 33) et contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et de violence sexuelle (article 34).

On notera, comme le dénonce Myriam De Spiegelaere dans son intervention du 13 juin 2009²¹, que la Convention est malgré tout assez réductrice sur sa définition de la santé : elle se cantonne aux soins, à la prévention et à la protection. La promotion de la santé n'y est pas explicitement abordée, même si on retrouve en lecture transversale de la Convention, une attention à différents éléments qui peuvent participer à une approche plus collective de la promotion de la santé à travers les conditions de vie en général et en particulier le droit à un niveau de vie suffisant (article 27 de la Convention).

²¹ Op. cit.

Chapitre 3 : La répartition des compétences en matière de santé au niveau national, en bref

Les Etats sont invités par la Convention relative aux droits de l'enfant à mettre en œuvre le « meilleur état de santé possible ». Mais en Belgique, qui est compétent en cette matière ?

Il nous semble tout d'abord utile de rappeler, au niveau national, l'article 23 de la Constitution²² qui précise :

« Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine.

A cette fin, la loi, le décret ou la règle visée à l'article 134 garantissent, en tenant compte des obligations correspondantes, les droits économiques, sociaux et culturels, et déterminent les conditions de leur exercice. Ces droits comprennent notamment :

1° le droit au travail et au libre choix d'une activité professionnelle dans le cadre d'une politique générale de l'emploi, visant entre autres à assurer un niveau d'emploi aussi stable et élevé que possible, le droit à des conditions de travail et à une rémunération équitables, ainsi que le droit d'information, de consultation et de négociation collective ;

2° le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique ;

3° le droit à un logement décent ;

4° le droit à la protection d'un environnement sain ;

5° le droit à l'épanouissement culturel et social ».

En Belgique, la question des compétences en matière de santé est complexe et nous n'allons pas nous y attarder longuement dans le cadre du présent travail. Toutefois, il convient de rappeler que ces compétences ne sont pas attribuées à une autorité déterminée, mais se partagent entre divers niveaux de pouvoir²³.

Pour rappel, les Communautés sont compétentes pour les matières personnalisables (notamment « des matières qui se rapportent à la politique de la santé²⁴ »), mais diverses exceptions de taille sont conférées aux autorités fédérales (notamment la politique des vaccinations, la sécurité sociale, la politique des hôpitaux).

De son côté, le pouvoir fédéral est compétent pour les matières résiduelles²⁵, notamment la réglementation de l'art de guérir, des professions paramédicales, ou encore des médicaments.

Par ailleurs, pour ne rien simplifier, il nous faut évoquer la situation spécifique de Bruxelles. Les institutions établies dans la Région bilingue de Bruxelles-Capitale doivent être considérées comme appartenant exclusivement à la Communauté française ou à la Communauté flamande en raison de leur organisation²⁶. Pour les institutions bruxelloises qui

²² A ce sujet, voyez notamment M. Stroobant, « L'article 23 de la Constitution et la problématique de la pauvreté », in Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, « Pauvreté, dignité, droits de l'homme. Les 10 ans de l'accord de coopération », Bruxelles, décembre 2008.

²³ Ce point fait une courte synthèse de l'intervention intitulée « Santé et bien-être. Quelques balises juridiques » du 13 juin 2009 de Marc Van Overstraeten, Chargé de recherches F.R.S.-FNRS, Chargé de cours invité, UCL-Centre de droit médical et biomédical, dans le cadre du Certificat interdisciplinaire en droits de l'enfant.

²⁴ Loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, article 5, § 1^{er}.

²⁵ Les matières résiduelles sont celles qui ne sont pas attribuées à d'autres.

²⁶ Constitution, article 128, § 2.

n'appartiennent pas exclusivement à l'une ou l'autre communauté, la Commission communautaire commune est alors compétente²⁷.

Enfin, signalons la spécificité francophone : les compétences de la Communauté française peuvent être exercées par la Région wallonne en Région de langue française et par les autorités bruxelloises en Région bilingue de Bruxelles-Capitale²⁸ (Commission communautaire française).

Une fois encore, nous pouvons regretter notre structure institutionnelle compliquée et le partage de compétences en matière de santé, qui a notamment pour conséquence une complexité et une mise en œuvre difficile des législations et procédures existantes.

²⁷ Constitution, article 135.

²⁸ Constitution, article 138.

Chapitre 4 : Définition et déterminants de la santé de l'enfant

4.1. Définition

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Comme pour la pauvreté, le facteur temps est un élément central de la santé. En effet, comme l'enfant est un être en développement (physique, moteur, psychique, cognitif et social), divers éléments ont un impact à long terme sur sa santé avec un effet cumulatif. L'idée est de préserver son « capital santé ». Par exemple, une bonne alimentation ou l'allaitement maternel vont avoir un impact favorable. Par contre, le tabagisme passif ou l'exposition au soleil auront un impact défavorable. Les effets de ces comportements auront une influence sur la santé à long terme.

4.2. Déterminants de la santé

L'OMS définit également la santé par des déterminants multiples²⁹.

Les déterminants de la santé sont les facteurs qui influencent favorablement ou défavorablement la santé. Ils sont généralement regroupés en 5 catégories³⁰ :

- Les prédispositions biologiques et génétiques (le sexe, les maladies génétiques, etc.),
- Les habitudes de vie et comportements liés à la santé (alimentation, activité physique, tabagisme, consommation d'alcool, etc.),
- Les conditions de vie et les milieux de vie (qualité du logement, niveau de scolarité, emploi, cohésion sociale dans la communauté, soutien social, etc.),
- L'environnement physique (qualité de l'air, de l'eau, des aliments, etc.),
- L'organisation des services sociaux et de santé et l'accès à ces ressources.

Ces divers facteurs vont interagir entre eux et avoir un impact sur l'état de santé. Tout est lié à tout. « C'est le cumul et l'influence combinée des facteurs de risques matériels, culturels, sociaux et environnementaux qui font que la pauvreté exerce des effets négatifs sur la santé »³¹. Comme nous l'avons vu plus haut, ces influences doivent aussi être observées dans une perspective chronologique puisque l'évolution de l'état de santé s'explique par l'effet cumulatif des expériences vécues.

²⁹ Voyez CSDH, « Closing the gap in one generation : health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health », Geneva, World Health Organisation, 2008.

³⁰ Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, « Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans », Québec, 2007, p. 33 et sv. Disponible sur www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.

³¹ Op. cit., p. 34.

Au fur et à mesure de son développement, l'enfant sera plus ou moins confronté à des facteurs agressants : stress, bruit, manque d'espace, pollution, humidité du logement, bactéries, pollution, virus, violence.

Vont alors entrer en jeu les facteurs qui permettent à l'enfant de se protéger contre les agressions (physiques et psychologiques) et qui renforcent sa capacité de résistance. Parmi ces facteurs, citons la qualité de l'alimentation, la pratique d'une activité physique régulière et suffisante, l'estime de soi, le support social, la qualité du logement (isolation du froid, du chaud, de l'humidité, de l'intimité,...), etc.

Vont aussi intervenir les facteurs qui permettent d'apporter une réparation aux dommages de santé subis. Dans ce cadre, les soins informels ou primaires vont jouer un rôle central et de première ligne³². Les soins informels peuvent être définis comme les actions qui, au quotidien, permettent de préserver mais surtout de réparer la santé (par exemple : couvrir plus son enfant quand il a un rhume, nettoyer une petite blessure, etc.). Les services de santé interviendront en second lieu et à un troisième niveau, on trouve le support social qui reflète la possibilité de pouvoir compter sur d'autres pour un soutien pratique, physique ou psychologique³³.

Afin de développer des politiques adaptées qui permettent de diminuer les inégalités de santé dans un groupe social déterminé, il est donc indispensable d'établir quels sont les déterminants qui ont le plus d'influence et de voir comment ils se combinent.

Le cadre conceptuel sur lequel s'appuie cette lecture des inégalités s'inspire de l'approche écologique d'un groupe d'experts québécois³⁴ qui montre avec clarté l'interaction de divers facteurs. Le cadre de vie immédiat de l'enfant, la famille, l'école, les amis vont influencer la santé et le développement de l'enfant mais aussi les contextes sociaux et physiques plus larges (la communauté et la société). L'interaction se fera dans les deux sens.

« Le modèle écologique invite donc à considérer la santé et le développement des enfants et des adolescents comme le produit de ces multiples interactions³⁵ ».

Cette approche illustre le fait que tout n'est pas dans les mains des parents comme on pourrait le penser à première vue. Divers autres éléments vont interagir, sur lesquels les parents n'ont aucune prise et dont ils ne sont en aucun cas responsables.

³² L'OMS y a d'ailleurs consacré son rapport annuel 2008 sur la santé qui s'intitule « Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais », www.who.int.

³³ Cela va donc du fait pour une mère de famille d'avoir une personne sur laquelle elle peut compter pour garder ses autres enfants quand elle doit consulter pour un enfant malade, une personne qui puisse la conduire si elle en a besoin, etc. (support pratique), au fait de pouvoir compter sur un relais pour avoir des conseils pertinents (comment réagir face à tel problème ou telle question concernant l'enfant et sa santé, qui consulter, etc.) ou encore avoir un soutien plus psychologique en cas de difficultés. Les personnes qui vivent dans la pauvreté bénéficient moins souvent d'un support de qualité et cela influence à la fois les facteurs de protection et les facteurs de réparation (informations recueillies auprès de Myriam De Spiegelaere, 24 août 2009).

³⁴ Adapté de Bronfenbrenner, U. (1979). « The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Design. Groupe d'experts pour les jeunes en difficultés (1991). « Un Québec fou de ses enfants » Conférence des régions régionales de la santé et des services sociaux du Québec (1999). « Agir ensemble pour le bien-être et la santé des enfants et des adolescents ».

³⁵ Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, p. 35.

4.3. La santé des enfants et des jeunes, des réalités multiples

La santé des personnes de 0 à 18 ans connaît des réalités multiples, puisqu'elle va de la santé périnatale³⁶ (notamment les prématurés et la mortalité infantile), les vaccinations, l'alimentation (allergies, anorexie, obésité, etc.), aux activités sportives, en passant par le sentiment de bien/mal-être, la santé mentale, la vie sexuelle, les comportements à risque (alcool, tabagisme, drogues, etc.), les enfants porteurs de handicaps, la violence, etc.

Les périodes de développement de l'enfant sont³⁷ : la vie intra-utérine, la naissance et les premiers jours de la vie, la petite enfance, l'enfance de 1 à 5 ans (années préscolaires), l'enfance de 5 à 10 ans (âge scolaire), puis l'adolescence, à partir de 10-12 ans. Notons que pendant tout le cycle de la vie humaine, jusqu'à l'âge de 60 ans, c'est à la naissance et dans les 28 jours qui suivent (c'est à dire la période néonatale) que le risque de mortalité est le plus élevé³⁸.

Chaque réalité nécessitera de développer d'autres moyens pour d'autres objectifs.

³⁶ La santé périnatale est celle qui concerne la période qui précède et qui suit immédiatement la naissance.

³⁷ UNICEF, « La situation des enfants dans le monde 2009. La santé maternelle et néonatale », New York, décembre 2008, p. 27.

³⁸ UNICEF, op. cit., p. 80. Notons qu'à partir de 60 ans, les taux de mortalité par âge sont plus élevés que les taux de mortalité périnatale.

Chapitre 5 : Impact de la pauvreté sur l'accès à une bonne santé et aux soins en Belgique

5.1. Comment la précarité a un impact sur la santé

Comme nous l'avons vu plus haut, l'enfant est une personne en développement. Toute précarité doit donc être envisagée comme un risque pour ce développement.

« C'est le cumul et l'influence combinée des facteurs de risque matériels, culturels, sociaux et environnementaux qui font que la pauvreté exerce des effets négatifs sur la santé³⁹ ». Les difficultés de santé peuvent engendrer des difficultés d'apprentissage (par exemple, un retard scolaire du fait d'une hospitalisation, ou dû au manque de stimulation dans un logement trop exigü). La cohésion sociale est aussi mise à mal quand des problèmes de santé importants surgissent dans la famille. Ils impliquent en effet un coût financier, mais aussi moral pour la famille. Tous ces facteurs sont interdépendants.

C'est un cercle vicieux : la pauvreté dégrade la santé et cette dégradation va aggraver la précarité (coûts supplémentaires, incapacité d'aller à l'école impliquant des retards scolaires, renforcement de l'isolement, etc.).

« Derrière l'enfant malade, perturbé dans sa vie et dans son corps, il y a l'entourage des parents et la fratrie, questionnés dans leur être, mobilisés dans leurs ressources financières et temporelles et contraints à composer avec la maladie, les coûts financiers de celle-ci et la dépense humaine pour accompagner moralement, accompagner physiquement dans la navette parfois quotidienne vers un centre de soins hospitaliers, parfois un enseignement spécialisé ou un lieu de traitement complémentaire. On y perd son équilibre économique, parfois son équilibre conjugal ou moral⁴⁰ ».

De plus, comme nous l'avons vu, les soins de santé primaires sont tout à fait essentiels pour le maintien d'une bonne santé générale. Or, bien souvent, on constate que les personnes en situation précaire ne développent pas une attention suffisamment « bonne » à leur corps due à leurs conditions de vie difficiles et à leur manque d'information et de connaissance. En effet, elles ont généralement connu une expérience permanente d'inconfort (logement froid ou humide, pas nourri quand il faut, un peu bousculé du fait de la promiscuité, etc.). Ceci va avoir pour conséquence que leur « norme » de se sentir « bien » ou « pas bien » sera assez éloignée de ce qu'il serait nécessaire pour préserver au mieux leur santé ou pour intervenir adéquatement face à un problème qui pourrait s'aggraver.

Diverses études soulignent que la pauvreté de longue durée a un impact plus important que les problèmes liés à un épisode de pauvreté occasionnelle. Par ailleurs, les premières années de l'enfant sont une période tout à fait critique qui conditionnera sa santé tout au long de sa vie⁴¹.

³⁹ Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, op. cit., p. 34.

⁴⁰ Canal Santé, « Entre pauvreté et ressource, l'enfant malade précarisé et son entourage », Bruxelles, 2005, p. 1.

⁴¹ Institut canadien d'information sur la santé, « Répercussions de la pauvreté sur la santé. Aperçu de la recherche », Ottawa, 2003.

En outre, comme le montre bien l'approche écologique citée plus haut, tous les facteurs relationnels enfants-familles, école, communauté et société interagissent à ce niveau.

En conséquence, le cumul de diverses difficultés sociales et leurs effets auront un énorme impact sur la santé et sur leurs conditions de vie en général (exclusion sociale, marginalisation, etc.).

5.2. Les chiffres de l'impact de la pauvreté sur la santé

La pauvreté a un impact négatif sur la santé quels que soient les indicateurs utilisés. Les inégalités de santé concernent l'enfant dès avant sa naissance et se poursuivent dans tous les groupes d'âges.

Ainsi en témoigne le Bilan INNOCENTI 7⁴² qui a réalisé une estimation du bien-être des enfants et adolescents dans 21 pays d'« économie avancée » sur base de 6 indicateurs⁴³. La Belgique se classe 16^{ème} pour la santé et sécurité (taux de mortalité pour les naissances vivantes, insuffisances pondérales à la naissance et mortalité accidentelle pour les 0-19 ans), 19^{ème} pour les comportements et risques (consommation de cigarettes, grossesses adolescentes) et 16^{ème} pour le bien-être subjectif. Ce mauvais classement général est à souligner.

Dans le cadre de ce point, nous présenterons quelques chiffres disponibles au niveau national, en région bruxelloise et en Communauté française, qui illustrent un lien clair entre la pauvreté et l'état de santé des enfants. Pour faciliter la lecture, nous avons découpé leur présentation en quatre sections concernant respectivement la santé périnatale et infantile, la santé des adolescents, la violence à l'égard des enfants, et les effets à long terme de la pauvreté sur la santé.

5.2.1 Santé périnatale et infantile

Dans son rapport sur la santé maternelle et néonatale réalisé à l'échelle mondiale⁴⁴, UNICEF propose un classement des pays selon le taux de mortalité des moins de 5 ans⁴⁵ (TMM5) évalué pour 2007, et le qualifie comme l'« un des indicateurs les plus importants du bien-être des enfants ». La Belgique se classe en 166^{ème} position avec un taux de 5 décès pour 1000 naissances⁴⁶. Notons que si le TMM5 belge a diminué de moitié entre 1990 et 2007, passant de 10 à 5, le taux de mortalité infantile (moins d'un an) est quant à lui passé de 9 en 1990 à 4 en 2007. Le rapport de l'UNICEF propose également d'autres indicateurs en matière de santé et livre les chiffres belges suivants : accès à 100% de la population aux sources d'eau potable améliorée en 2006 et couverture vaccinale large (entre 92% pour la rougeole et 99% pour la

⁴² UNICEF, « La pauvreté des enfants en perspective : vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays riches », Bilan Innocenti 7, 2007.

⁴³ Ces 6 indicateurs sont les suivants : le bien-être matériel, la santé et la sécurité, le bien-être éducationnel, les relations avec la famille et les pairs, les comportements à risque, ainsi que le bien-être subjectif.

⁴⁴ UNICEF, « La situation des enfants dans le monde 2009. La santé maternelle et néonatale », New York, décembre 2008.

⁴⁵ Probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire, pour 1000 naissances vivantes.

⁴⁶ A titre informatif, le premier pays est la Sierra Leone (taux de 262), suivi de l'Afghanistan (taux de 257), et du Tchad (taux de 209).

polio). Il faut toutefois relever que cette étude réalisée à l'échelle mondiale ne donne pas une image détaillée et approfondie de la situation de la santé en Belgique.

De son côté, le dernier Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté⁴⁷ rappelle que les inégalités sociales face à la santé périnatale et infantile sont très marquées en Région bruxelloise en prenant pour indicateur la mortalité foeto-infantile⁴⁸. Ainsi, « le niveau relativement élevé de la mortalité infantile (en comparaison avec la Flandre et d'autres pays européens) est expliqué par le grand nombre d'enfants vivant dans une situation sociale difficile⁴⁹ ».

A Bruxelles, il est utile de savoir qu'en 2006, 27,8 % des nouveaux-nés sont nés dans un ménage sans revenu de travail et 11 % sont nés d'une mère isolée et sans revenu de travail. La mère de 16,6 % des nouveaux-nés était isolée⁵⁰. Ces indications sociales sont à mettre en lien avec des indicateurs de santé.

Le Rapport bruxellois dénonce par ailleurs que le risque de mortinaissance (soit d'enfants morts nés) est deux fois plus élevé dans une famille sans revenu déclaré que dans une famille avec deux revenus. Le risque de décéder dans la première année de vie, période critique comme nous l'avons constaté ci-dessus, est 3,3 fois plus important.

Les inégalités sociales ont également un impact sur les causes de décès. Le plus important concerne les risques de décès pour mort subite qui sont 5 fois plus élevés dans une famille sans revenus de travail déclarés que dans une famille à deux revenus !

Ces nouveaux-nés ont aussi un risque 1,2 fois plus élevé de naître prématurément ou d'avoir un petit poids de naissance (moins de 2500 g.).

Le Rapport bruxellois note également qu'à Bruxelles, 45,6 % des nouveaux-nés ont une maman de nationalité non belge⁵¹. Il est à relever que les enfants nés de mamans maghrébines (11,3 %), d'Afrique subsaharienne (6,3 %) et de Turquie (2 %) présentent le plus de risque de décéder en période périnatale.

Comme nous l'avons vu ci-dessus, pour bien grandir et se développer, un enfant a besoin d'espace, de calme, etc. L'Atlas bruxellois de la santé et du social⁵² a cependant mis en évidence que les communes les plus pauvres de Bruxelles sont aussi celles où la proportion d'enfants est la plus élevée, où l'appréciation de la tranquillité est faible et où le nombre de pièces disponibles, de jardins et d'espaces verts est bas. Ceci illustre le fait que les facteurs défavorables se cumulent en défaveur d'un bon développement de la santé des enfants.

⁴⁷ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, « Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2008 », Bruxelles, Commission communautaire commune, 2008, p. 41 et sv.

⁴⁸ La mortalité foeto-infantile est celle qui survient à partir de 22 semaines de grossesse et durant la première année de vie. Le rapport bruxellois rappelle que c'est un indicateur important de la situation sociale et sanitaire d'un pays ou d'une région.

⁴⁹ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, « Plan d'action bruxellois de lutte contre la pauvreté. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2008 », Bruxelles Commission communautaire commune, 2008.

⁵⁰ Op. cit.

⁵¹ Les nationalités de l'Union européenne y sont les plus représentées.

⁵² Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, « Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale 2006 », Commission communautaire commune, Bruxelles, 2006.

Le dernier rapport de la Banque de Données Médico-Sociales de l'ONE fournit diverses données intéressantes relatives aux inégalités de santé. Il relève que le pourcentage de prématurés augmente en fonction du niveau de pauvreté des communes (7,36% pour la classe 1, qui représente les communes les plus riches, contre 8,75% pour la classe 5, qui représente les communes les plus pauvres)⁵³.

L'ONE a notamment réalisé un travail de recherche sur le suivi des femmes enceintes au sein des maternités de la Communauté française pendant 6 mois et il est apparu que diverses caractéristiques socio-démographiques étaient associées à une absence de suivi (17% des femmes nouvellement accouchées) ou à un suivi insuffisant (19%) : jeune âge, allochtone, de langue maternelle autre que le français ou le néerlandais, absence de compagnon, absence de papiers et faible niveau d'instruction⁵⁴. Les femmes non suivies avaient significativement plus de prématurés.

L'allaitement constitue la référence pour l'alimentation du nourrisson pendant les premiers mois de sa vie. En cette matière, l'ONE relève que ce sont les mamans qui ont fait des études supérieures, ainsi que celles issues de l'immigration (qui perpétuent les traditions appropriées dans leur enfance au pays) qui allaitent plus longtemps leur enfant de manière exclusive.

L'ONE a également rassemblé des données relatives à l'excès pondéral des enfants à 30 mois et constate une relation significative entre le niveau d'instruction de la mère et l'IMC⁵⁵.

L'ONE a enfin rassemblé des données relatives au langage des enfants de 30 mois et proposent des chiffres alarmants : les enfants qui vivent en pouponnière, home ou famille d'accueil ont plus de risque d'avoir un retard de langage (65,6% contre 14,7% pour les enfants qui vivent avec leurs deux parents)⁵⁶. Ces retards de langage auront une importance toute particulière lors de l'entrée à l'école.

Il faut noter que par défaut de dénominateur commun, la Communauté française ne dispose pas de chiffres complets en matière de santé périnatale et infantile. L'absence de données utilisables en provenance des services de santé scolaires est également à relever⁵⁷.

Divers efforts sont toutefois entrepris par la Communauté française pour remédier à cette situation⁵⁸. Ainsi, au niveau de la santé périnatale, le subventionnement par la Communauté française et la Commission communautaire commune bruxelloise du Centre d'épidémiologie périnatale permettra d'améliorer la collecte et le traitement des données en vue de l'élaboration de politiques. La Communauté française fournit également un effort important pour actualiser les données relatives à la mortalité et aux naissances afin de rattraper le retard accumulé depuis la communautarisation de la collecte des données.

⁵³ ONE, « Rapport Banque de Données Médico-Sociales. Données Statistiques 2006-2007 », Bruxelles, 2009, p. 130.

⁵⁴ Op. cit., p. 138.

⁵⁵ Indice de masse corporelle.

⁵⁶ Op. cit., p. 155.

⁵⁷ Des données existent mais elles ne sont pas utilisables à ce jour. Le Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES) est chargé de l'informatisation et l'analyse des données PSE. Il vient également de mettre en place une recherche visant à l'amélioration du processus de recueil et d'encodage des données au niveau des services PSE et PMS.

⁵⁸ Informations recueillies auprès de Myriam De Spiegelaere, 24 août 2009.

Enfin, la mise en place d'un Observatoire de la santé en Wallonie est également un pas important. Une collaboration avec l'Observatoire de la santé bruxellois⁵⁹ devrait permettre à la Communauté française de disposer de données actualisées et pertinentes.

5.2.2 Santé des adolescents

On dispose, pour la Communauté française, d'intéressantes statistiques sur la santé et les comportements à risque des jeunes⁶⁰, fruits d'une étude internationale longitudinale « Health Behaviour in School-aged Children »⁶¹, patronnée par le Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé. Le degré d'enseignement, le niveau d'aisance matérielle et l'environnement familial y sont évalués.

L'étude relève que les jeunes, en fonction de leur origine sociale, ne sont pas égaux face à la santé.

Elle note que l'évaluation négative de la santé rapportée par les jeunes est plus fréquente en Communauté française qu'en Communauté flamande. A côté de cela, les jeunes de milieux socio-économiquement défavorisés et ceux vivant en famille recomposée (12,5%) et en famille monoparentale (17,6%) sont beaucoup plus nombreux à ne pas donner une appréciation positive de leur santé. Les enfants du primaire qui ne vivent avec aucun de leurs parents (en home par exemple) évaluent leur état de santé 3,47 fois plus négativement que les enfants qui vivent avec leurs deux parents (2,15 fois pour les familles recomposées et 2,14 fois pour les familles monoparentales).

Un faible niveau d'aisance matérielle influence aussi les comportements liés à la santé, comme les choix alimentaires. Une alimentation déséquilibrée, mais aussi l'irrégularité du repas et la surcharge pondérale sont plus fréquents dans les milieux défavorisés. Ainsi, seulement 27% des jeunes qui ont répondu à l'enquête présentent une consommation alimentaire considérée comme « équilibrée », 50,6% comme « moyenne » et 22,4% comme « déséquilibrée ». Les habitudes alimentaires équilibrées sont liées au sexe (en faveur des filles), au type d'enseignement (en faveur du général) et à un haut niveau d'aisance matérielle.

Par ailleurs, le rapport note une activité physique insuffisante chez les enfants dont le niveau d'aisance matérielle familiale est faible. Cette différence s'estompe au niveau de l'enseignement secondaire.

Le Baromètre 2009 interfédéral de la pauvreté⁶² précise quant à lui que le pourcentage des personnes de 16 ans et plus qui ne participent pas à des activités sportives, récréatives ou artistiques s'élève à 80,8% pour le groupe des 20% qui disposent des revenus les plus bas (contre 37,7% pour la population totale).

⁵⁹ Voyez www.observabru.be.

⁶⁰ Cette enquête a été réalisée auprès d'élèves scolarisés dans l'enseignement de plein exercice de la Communauté française (général, technique et professionnel), excepté l'enseignement spécialisé, de la cinquième primaire à la dernière secondaire. Notons qu'ATD Quart Monde dénonce l'orientation massive des enfants issus de milieux précarisés dans l'enseignement spécialisé, indicateurs de l'enseignement de la Communauté française à l'appui. Source : ATD Quart Monde, « Le droit à l'éducation : l'orientation massive d'enfants précarisés en enseignement spécialisé », Connaissance et Engagement, 2008.

⁶¹ I. Godin, P. Decant, N. Moreau, P. de Smet, M. Boutsen, « La santé des jeunes en Communauté française de Belgique. Résultats de l'enquête HBSC 2006 », Bruxelles, Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES), ESP-ULB, 2008.

⁶² Disponible sur www.mi-is.be.

Le rapport note aussi que le type de famille est un facteur qui interagit fortement avec le niveau d'aisance matérielle, ce qui a pour conséquence que certains enfants cumulent les déterminants défavorables à la santé.

En matière de comportements à risques, l'enquête HBSC 2006⁶³ note que les jeunes de l'enseignement professionnel et de l'enseignement technique présentent généralement un profil de consommation plus « problématique » que les jeunes de l'enseignement général⁶⁴.

L'enquête relève aussi que les résultats d'analyse ne conduisent pas à montrer une association entre une aisance matérielle peu élevée et l'usage de produits psychotropes. Par contre, le fait d'avoir une faible aisance matérielle ou un père inactif caractérise davantage les jeunes abusant de la télévision. A contrario, l'abus de jeux électroniques se retrouve plus parmi les jeunes ayant une aisance matérielle élevée ou moyenne.

En même temps, l'enquête précise que ce qui distingue les élèves des diverses filières de formation, ce n'est pas simplement les comportements à risque mais aussi le cumul des éléments déterminant ces conduites. Les échecs et réorientations scolaires diminuent en effet la possibilité pour les jeunes d'envisager sereinement l'avenir et d'adopter des conduites préventives.

5.2.3 Violence à l'égard des enfants

Le Rapport mondial sur la violence à l'égard des enfants montre également que les enfants pauvres courent plus de risque de devenir les victimes de violences et de maltraitements, celles-ci étant directement liées à des questions de santé à la fois physique et psychique⁶⁵.

Ainsi, ce rapport souligne que « le développement économique, la position sociale, l'âge et le sexe comptent parmi les nombreux facteurs associés au risque de violence mortelle ». Selon les estimations de l'OMS, en 2002, le taux d'homicides d'enfants a été deux fois plus élevé dans les pays à faibles revenus que dans les pays à revenus élevés (2,58 contre 1,21 pour 100 000 habitants). Les taux les plus élevés d'homicides d'enfants concernent les adolescents, en particulier les garçons de 15 à 17 ans (pour lesquels le taux d'homicides est de 9,06 contre 3,28 pour les filles) et les enfants de 0 à 4 ans (1,99 pour les filles et 2,09 pour les garçons).

Il ajoute encore que « selon des études de portée limitée, certains groupes d'enfants sont particulièrement vulnérables à la violence. Il s'agit notamment des enfants handicapés, de ceux qui appartiennent à des minorités ethniques et à d'autres groupes marginalisés, des « enfants des rues » et de ceux qui sont en conflit avec la loi et des enfants réfugiés ou autrement déplacés. ».

⁶³ D. Favresse, & P. De Smet, « Tabac, alcool, drogues et multimédias chez les jeunes en Communauté française de Belgique. Résultats de l'enquête HBSC 2006 », Bruxelles, Service d'Information promotion Education Santé (SIPES), ESP-ULB, 2008.

⁶⁴ Ce profil plus défavorable se retrouve notamment dans les usages de tabac, cannabis et ecstasy ainsi que dans les abus de télévision et de jeux électroniques. En ce qui concerne la consommation d'alcool, les usages d'expérimentation et d'habitudes hebdomadaires se retrouvent d'avantage dans l'enseignement général et technique. Par contre, les consommations importantes et abusives caractérisent davantage l'enseignement professionnel et technique.

⁶⁵ Paulo Sergio Pinheiro, « World report on Violence against Children », Publish by United Nations – Secretary-General's Study on Violence against Children, Octobre 2006. Consultable sur les sites suivants: <http://www.violencestudy.org> et <http://www.unicef.org>.

5.2.4 Effets à long terme

Comme nous l'avons vu, la pauvreté a des effets à long terme sur la santé : elle va entamer le « capital santé » de l'enfant et causera une usure prématurée du corps. « A 40-45 ans, on est vieux ! » souligne le Rapport général sur la pauvreté⁶⁶. Elle aura des conséquences sur la santé physique et mentale.

Les chiffres en témoignent : en Belgique, l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé montrent également un gradient social tout à fait visible⁶⁷ entre des populations ayant un niveau d'éducation le plus bas ou le plus haut. Les personnes qui ont le niveau d'éducation le plus bas ont une espérance de vie de 2,8 ans (pour les femmes) et de 5,2 ans (pour les hommes) de moins que les personnes ayant le niveau d'éducation le plus haut. Elles connaissent également moins longtemps une vie en bonne santé (femmes : 14,5 ans de moins et hommes : 15,5 ans de moins) en comparaison avec les personnes qui disposent du niveau d'éducation le plus haut.

Il existe également des différences sur le plan de la santé mentale et des maladies chroniques. Ainsi, les dépressions sont plus élevées chez les personnes malades ou invalides, les demandeurs d'emploi, les personnes à bas revenus et celles peu instruites. De même, 50,3% des personnes qui ont obtenu tout au plus un diplôme d'enseignement primaire souffrent au moins d'une ou plusieurs maladies chroniques, alors que chez celles qui ont un diplôme d'enseignement supérieur, ce pourcentage est de moins de 22%⁶⁸.

⁶⁶ ATD Quart Monde & Fondation Roi Baudouin, « Rapport Général sur la Pauvreté », Union des Villes et des Communes belges (section CPAS), 1994, p. 120.

⁶⁷ Ces différences se basent sur des données collectées entre 1991 et 1997. Source : Recensement/Registre national/Enquête santé – ISP cités dans PANincl. 2006-2008, Indicateurs, p. 103.

⁶⁸ Institut scientifique de Santé Publique, « Enquête de santé par interview », Belgique, Service d'Epidémiologie, 2006/2004, p. 116.

Chapitre 6 : Obstacles à l'accès aux soins

Comme nous venons de le constater, les constats sont lourds et les inégalités sociales en matière de santé restent très importantes. Nous allons maintenant analyser les divers obstacles qui empêchent l'accès aux soins⁶⁹ ; ils sont financiers, administratifs, culturels, psychosociaux, politiques et pratiques.

6.1. Obstacles financiers

Il est bien clair que l'obstacle financier est un obstacle essentiel à l'accès aux soins. En Belgique, 28,6% des familles monoparentales et 10,7% de couples avec enfants (contre 10,9% pour les célibataires et 6% de couples sans enfants) déclarent avoir dû postposer des soins de santé pour raisons financières (30% des familles monoparentales, 22,7% de couples avec enfants à Bruxelles) tel que le révèle une enquête de santé réalisée en 2004⁷⁰.

Depuis le Rapport Général sur la Pauvreté⁷¹, divers mécanismes ont été créés afin d'améliorer l'accessibilité financière des soins de santé. Citons l'assurance soins de santé obligatoire⁷², le statut OMNIO⁷³, le maximum à facturer⁷⁴, le système du tiers-payant⁷⁵, l'intervention majorée⁷⁶, le dossier médical global, mais aussi l'aide médicale urgente pour les sans-papiers et l'intervention du CPAS⁷⁷. Ces mécanismes peuvent contribuer à diminuer en partie cet obstacle. Toutefois, ils ne suffisent pas à régler le problème.

Par ailleurs, toutes les personnes ne sont pas en ordre de mutuelle (on pense notamment aux personnes en situation de séjour irrégulier, bon nombre de sans-abri) ou ne disposent pas de couverture sociale (indépendants).

Outre le coût des soins, l'avance de frais constitue un frein et il faut relever le non-remboursement de certains d'entre eux. A titre d'exemple, le Service Droits des Jeunes (SDJ) de Bruxelles témoigne des difficultés pratiques auxquelles sont confrontées les personnes qui

⁶⁹ Ces obstacles sont repris de l'intervention de Myriam De Spiegelaere dans le cadre de la formation du CIDE.

⁷⁰ Enquête de santé par interview, op. cit.

⁷¹ ATD Quart Monde & Fondation Roi Baudouin, « Rapport Général sur la Pauvreté », Op. cit..

⁷² L'objectif de la réforme du système d'assurance soins de santé obligatoire est d'accroître la couverture des soins de santé en supprimant le paiement du droit d'entrée, du stage d'attente (sauf exceptions) et en dispensant certaines catégories de bénéficiaires du paiement des cotisations personnelles obligatoires à l'assurance soins de santé.

⁷³ Le statut OMNIO donne droit à de meilleurs remboursements aux personnes qui ont de faibles revenus, mais qui n'entrent pas dans le statut de l'intervention majorée (BIM).

⁷⁴ A partir d'un plafond déterminé, l'intéressé se voit rembourser l'entièreté de sa quote-part personnelle.

⁷⁵ Le système du tiers-payant s'attaque au problème d'avance de frais.

⁷⁶ L'intervention majorée est accessible à diverses catégories de bénéficiaires, notamment les bénéficiaires du revenu d'intégration et de l'aide sociale équivalente à celui-ci.

⁷⁷ Pour plus de précisions sur les mesures prises pour accroître l'accessibilité, voyez Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, « En dialogue. Rapport bisannuel », Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, décembre 2003, pp. 99-108. Voyez aussi P. Hendrick, « Santé et pauvreté en 2007 », Coll. Connaissance et engagement, ATD Quart Monde, 2007.

demandent l'aide de certains services du CPAS pour le remboursement de frais de base comme une monture de lunettes (demande de preuves de l'état de besoin, etc.)⁷⁸.

Il est à noter que les personnes en situation de précarité recourent plus régulièrement aux services des urgences, notamment du fait de l'accessibilité financière et administrative de ces services⁷⁹.

Quant à l'aide médicale urgente, Medimmigrant⁸⁰ témoigne de diverses difficultés liées à la procédure actuelle : complexité de la réglementation, manque de clarté sur le contenu de l'aide et sur la notion de l'« état de besoin », manque de directives claires concernant l'enquête sociale. Ces difficultés empêchent un réel accès aux soins de santé pour les personnes sans statut de séjour légal⁸¹.

6.2. Obstacles administratifs

Divers obstacles administratifs interviennent également : manque d'information et de compréhension des procédures, statut de résidence (illégaux, sans domicile fixe), complexité des textes, etc.

Myriam De Spiegelaere⁸² estime que les obstacles financiers se sont en partie transformés en obstacles administratifs. Le défi actuel doit être de faciliter les textes et les procédures en rendant tout cela beaucoup plus simple et donc plus accessible.

6.3. Obstacles culturels

La communication avec des publics plus vulnérables est un obstacle important à l'accès aux droits comme le dénonce ATD Quart Monde.

Pour une personne qui ne connaît pas la pauvreté, comprendre la situation d'une autre qui vit dans la précarité peut être d'autant plus difficile que la définition du « bien-être », du « bien manger » par exemple, n'est pas la même pour tous.

Pour beaucoup de professionnels, cette rencontre avec les familles très pauvres est d'abord un « choc ». Guy Hardy en témoigne : « Ma vie, mes études ne m'avaient pas préparé à ce choc de la pauvreté. Quand pour la première fois, je suis arrivé dans une maison où effectivement

⁷⁸ Intervention de Anne-Sophie Leloup du SDJ de Bruxelles lors de la séance du 13 juin 2009 du Certificat universitaire en approche interdisciplinaire des droits de l'enfant.

⁷⁹ Cela s'explique également par les difficultés à programmer des soins dans le temps et à gérer des crises par manque de connaissance et de support social (Source : M. De Spiegelaere, « Santé et statut social », non publié).

⁸⁰ www.medimmigrant.be

⁸¹ Une proposition de politique a été déposée le 10 juillet 2008 chez la Ministre Arena par le Groupe de travail « Soins de santé pour les personnes sans séjour légal » qui est composé de Vereniging van de Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG), Vlaams Minderhedencentrum (VMC), Orientatiepunt Gezondheidszorg, Ondersteuningspunt medische Zorg, Medecins du monde (MDM) et Medimmigrant. Cette proposition a également été signée par Union des Villes et Communes de Wallonie (UVCW), Vluchtelingenwerk Vlaanderen (VwV), Sensora et le CIRE.

⁸² Intervention du 13 juin 2009 dans le cadre du Certificat universitaire en approche interdisciplinaire des droits de l'enfant.

rien ne correspondait à ce que mon expérience m'avait laissé connaître, j'ai été pris d'un sentiment d'insécurité inimaginable⁸³ ».

De plus, les représentations sociales de la maladie, de la santé et de la médecine ne sont pas les mêmes pour tous. Comme nous l'avons déjà souligné, les personnes qui vivent dans la pauvreté ont généralement une moins bonne connaissance du fonctionnement de leur corps. Elles vivent avec un sentiment de mal-être général et habituel qui fait qu'elles sont habituées à ne jamais se sentir bien et elles ne perçoivent donc pas certains symptômes comme des alertes, ...

Par ailleurs, de manière générale, l'information passe par l'écrit et il n'est pas inutile d'apprendre qu'encore aujourd'hui, en Belgique, de nombreuses personnes ne savent ni lire et écrire. A titre informatif, le comité de pilotage permanent sur l'alphabétisation des adultes⁸⁴ estime qu'une personne sur dix est en « grande difficulté face à l'écrit » en Communauté française. Certaines sources avancent des chiffres encore plus élevés.

Ce manque de compréhension peut donner lieu à des malentendus et des maladresses de part et d'autres.

Pour contrer cet obstacle, il est dès lors nécessaire de travailler avec d'autres moyens de communication et avec l'aide de médiateurs culturels.

6.4. Obstacles psychosociaux

Comme nous l'avons décrit ci-dessus, la personne qui vit en situation précaire n'aura pas forcément le bon signal pour consulter un service médical quand se présente à elle un problème de santé. Face à des difficultés de subsistance importantes, une personne peut aussi faire le choix de postposer la visite médicale, ou de renoncer à tel médicament, tel soin...

Elle attendra trop longtemps, ce qui aura pour effet d'aggraver la situation et de nécessiter alors des moyens et des frais plus importants (par exemple, une hospitalisation).

Il faut aussi relever que certaines maladies sont stigmatisantes pour les personnes les plus pauvres. Par exemple, avoir des poux aura des conséquences sur les relations avec l'école et la fréquentation scolaire.

6.5. Obstacles « politiques »

Les obstacles « politiques » sont des obstacles majeurs en matière d'accès aux soins : il y a notamment la peur du contrôle social (dénonciation, crainte du placement, etc.). Cette peur trouve notamment son origine dans l'expérience collective difficile de ce public avec les acteurs sociaux. On constate également que certains services préventifs ont aussi pour mission d'effectuer un contrôle sur la santé des enfants.

⁸³ M.-C. Renoux, « Réussir la protection de l'enfance. Avec les familles en précarité », Les Editions Quart Monde, Paris, 2008, p. 39.

⁸⁴ Installé suite à un accord de coopération entre la COCOF, la Région wallonne et la Communauté française. Voir aussi Lire et Ecrire, www.lire-et-ecrire.be.

Comme le relèvent les auteurs du livre *Le croisement des pratiques*, « plus la personne est en difficulté, plus elle aborde sa relation avec le professionnel dans la peur : peur du jugement, peur du contrôle social ou d'être obligée de dévoiler son intimité, peur d'être contrainte d'accepter des projets qui ne sont pas les siens, peur de ne pouvoir ou ne savoir se justifier, et surtout peur que l'intégrité familiale soit mise en danger avec la menace du retrait des enfants. La peur est toujours à prendre en compte. Elle est source de conflit, d'agressivité ou de soumission, de silence ou de fuite⁸⁵ ».

Par ailleurs, le « droit d'être malade » n'est pas reconnu à tous (indépendants, contrats précaires, etc.).

De manière générale, il faut enfin relever que les politiques en matière de santé sont relativement inefficaces pour ces populations, parce qu'elles les atteignent peu et/ou s'avèrent inadaptées à leur situation⁸⁶.

6.6. Obstacles pratiques

Les problèmes de santé vont encore compliquer la vie quotidienne des plus pauvres et divers obstacles pratiques supplémentaires vont se poser : qui va garder les autres enfants quand on va chez le médecin ou que l'on doit accompagner son enfant à l'hôpital, quel moyen de transport, quelle gestion du temps ?

Il faut aussi relever l'inadéquation entre le temps des professionnels très structuré et organisé sur des rendez-vous et le temps des personnes précarisées qui connaissent souvent de grandes difficultés à planifier leur agenda, en particulier du fait qu'elles doivent faire face au quotidien à diverses difficultés de base. Ainsi, l'ouvrage *Le croisement des savoirs*⁸⁷ relève que les familles marginales semblent avoir en commun une absence totale de programmation et paraissent entièrement soumises aux événements qui leur arrivent⁸⁸.

⁸⁵ Groupe de recherche-action Quart Monde-Partenaire, « Le croisement des pratiques. Quand le Quart Monde et les professionnels se forment ensemble », Paris, Editions Quart Monde, 2002.

⁸⁶ Constat recueilli auprès de Dominique Visée d'ATD Quart Monde, 31 août 2009.

⁸⁷ Groupe de recherche Quart Monde-Université et Quart Monde Partenaire, « Le croisement des savoirs et des pratiques. Quand des personnes en situation de pauvreté, des universitaires et des professionnels pensent et se forment ensemble », Editions Quart Monde, Paris, 2008, p. 165 et sv.

⁸⁸ Cette vision est cependant réductrice. En effet, les personnes pauvres peuvent avoir une conception plus complexe du temps et s'inscrire à divers niveaux dans la durée. « Etudier le projet des plus pauvres, c'est refuser de les considérer comme enfermés dans un temps sans futur », c'est à dire dans le cercle vicieux de la pauvreté, qui se répète de génération en génération, les familles pouvant aussi s'inscrire dans un temps linéaire (« Le croisement des savoirs », p. 171).

Chapitre 7 : Pistes de solutions et recommandations

Depuis le Rapport Général sur la Pauvreté de 1994, des avancées importantes ont répondu à diverses de ses revendications émises en matière d'accès à la santé⁸⁹. Relevons également le plan de promotion de la santé mis en oeuvre en Communauté française et diverses initiatives développées en Communauté française destinées améliorer la situation du terrain⁹⁰.

Toutefois, les chiffres récoltés dans le cadre du présent travail témoignent à suffisance que le droit au meilleur état de santé possible défendu par la Convention relative aux droits de l'enfant est loin d'être acquis pour de nombreux enfants qui vivent dans la pauvreté en Belgique, et que les inégalités sociales de santé restent très importantes.

Rappelons également que dans ses dernières Observations finales du 13 juin 2002, le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies s'était dit préoccupé par « les disparités en termes de jouissance des droits économiques et sociaux, notamment dans les domaines de la santé et de l'éducation, dont sont victimes les enfants de familles pauvres, les enfants étrangers, y compris les enfants non accompagnés, et les enfants souffrant d'un handicap⁹¹ ».

Diverses pistes de solutions et recommandations nous paraissent pouvoir être émises.

7.1. Action globale pour améliorer les conditions de vie des familles

La famille joue un rôle crucial dans la lutte contre la pauvreté, à la fois comme lieu de reproduction des inégalités, mais aussi comme lieu de résistance à la pauvreté, comme le rappelle un rapport de la Fondation Roi Baudouin⁹². L'Etat doit dès lors soutenir les parents dans l'exercice de leurs responsabilités, ce qui doit passer par des mesures en termes de logement, revenus, emploi, accueil, participation,...

Il y a 15 ans, le Rapport Général sur la Pauvreté dénonçait le fait qu'« une politique de santé ne peut que s'intégrer dans un ensemble qui garantisse à chacun les moyens de vivre dans la dignité et de préserver son capital santé : un logement décent, un emploi reconnu, des revenus suffisants, la possibilité de construire des relations positives, etc.⁹³ ».

Aujourd'hui, ces constats restent actuels : il faut agir en tout premier lieu sur les conditions de vie de tous. Tel qu'en témoigne ATD Quart Monde, « la santé dépend moins de l'accès aux soins que de l'accès à des conditions de vie convenables ; il faut vraiment le répéter!⁹⁴ ».

⁸⁹ Voyez point 6.a.

⁹⁰ Le contrat de gestion de l'ONE 2008-2012 prévoit notamment le redéploiement des consultations prénatales, le renforcement du staff des TMS (travailleurs médico-sociaux), le subventionnement de lieux de rencontres enfants-parents.

⁹¹ Observations finales du Comité des droits de l'enfant : Belgium 13/06/2002, CRC/C/Add. 178.

⁹² Fondation Roi Baudouin, « Abolir la pauvreté. Une contribution au débat et à l'action politique », Bruxelles, décembre 2005.

⁹³ ATD Quart Monde & Fondation Roi Baudouin, « Rapport Général sur la Pauvreté », Union des Villes et des Communes belges (section CPAS), 1994, p. 148.

⁹⁴ Témoignage recueilli auprès de Dominique Visée d'ATD Quart Monde, 31 août 2009.

Dans les situations de grande précarité, une action globale, dans tous les domaines à la fois est indispensable : sécurité d'existence, logement, santé, éducation,...

En matière de soutien à la vie familiale, rappelons que le statut de cohabitant pénalise le droit à la vie familiale pour les allocataires sociaux, qui, tel que le dénonce Pascale Jamouille, *donne une véritable prime à l'isolement*⁹⁵. Ce statut doit être supprimé. Il est en effet essentiel que chaque personne puisse avoir droit au revenu de remplacement indépendamment de son statut familial.

Une attention particulière doit être portée aux enfants en situation de séjour irrégulier dont les conditions de vie très précaires portent préjudice à leurs droits.

7.2. Coordination des politiques et des actions entre les divers niveaux de pouvoir

Au vu de la structure institutionnelle belge et de la répartition des compétences à divers niveaux de pouvoir, nous souhaitons insister sur la nécessité de politiques coordonnées en matière de santé.

De manière plus générale, il faut également rappeler l'importance de la coordination entre les diverses politiques qui ont un impact sur les déterminants de la santé (logement, éducation, qualité de l'emploi, etc.).

7.3. Action pour un meilleur accès à des soins

L'amélioration et l'accessibilité aux soins passent par la diminution des obstacles financiers, administratifs, culturels, psychosociaux, politiques et pratiques.

Un meilleur accès aux soins de santé doit être mis en œuvre, indépendamment du statut de séjour, de travail, etc.

7.4. Action pour un accès à des soins de qualité

La qualité des soins doit être assurée. Cela signifie de la continuité (permettant l'établissement d'une relation de confiance), un traitement adéquat et le libre choix du prestataire.

7.5. Mise en œuvre de politiques visant à la promotion de la santé

Des politiques de soutien, et non de contrôle des familles, doivent être mises en œuvre. La famille a besoin d'être soutenue dans ses difficultés.

⁹⁵ « De la précarité à la prison, des pères sans importance ? », Interview de Pascale Jamouille, JDJ n°278, octobre 2008, pp. 13-14.

Définie par la Charte d'Ottawa de 1986 de l'OMS, la promotion, qui se définit par rapport à un état positif et à l'accentuation des compétences⁹⁶, doit être privilégiée au profit de la prévention⁹⁷.

Notons que le décret du 14 juillet 1997 prévoit la définition d'un plan de promotion de la santé. Aujourd'hui, nous avons le plan quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 qui définit les problématiques de santé prioritaires⁹⁸ et également un plan communautaire opérationnel (PCO) de promotion de la santé pour les années 2008-2009⁹⁹. Nous nous demandons quelle sont les liens et la cohérence entre ces deux outils. Une évaluation devrait en être réalisée.

Par ailleurs, comme le soulignait Marc Van Overstraeten dans son intervention du 13 juin 2009¹⁰⁰, la promotion de la santé ne doit pas être que dans les mains des professionnels de la santé mais aussi de divers acteurs sociaux, dans les quartiers, les éducateurs de rue, les enseignants, etc.

7.6. Participation des personnes pauvres dans l'identification et l'analyse de leurs besoins et dans la recherche des solutions à apporter

La difficulté d'identifier les demandes et les besoins de certains groupes de population est une cause de l'inefficacité des interventions auprès de ces populations. Bien souvent, les professionnels ont une idée préconçue de la demande qui ne colle pas forcément aux besoins des personnes.

La participation des populations très pauvres à l'identification et à l'analyse de leurs besoins ainsi qu'à la recherche de solutions est indispensable pour mettre en place des politiques efficaces en matière de réductions des inégalités.

⁹⁶ OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986.

⁹⁷ En effet, comme le dénonce Myriam De Spiegelaere dans son exposé du 13 juin 2009, la prévention qui tend à éviter un événement ou un état soit en modifiant des facteurs nocifs, soit en renforçant des facteurs protecteurs, comporte divers effets pervers, notamment une identification négative et un risque de stigmatisation et de contrôle social. Le comportement « à risque » qu'on tend à prévenir peut devenir « le » problème qui occulte l'ensemble de la problématique à prendre en considération.

⁹⁸ Les problématiques de santé prioritaires sont au nombre de 10 : 1. Prévention des assuétudes, 2. Prévention des cancers, 3. Prévention des maladies infectieuses (notamment promotion de la vaccination), 4. Prévention des traumatismes et promotion de la sécurité, 5. Promotion de l'activité physique, 6. Promotion de la santé bucco-dentaire, 7. Promotion de la santé cardiovasculaire, 8. Promotion du bien-être et de la santé, 9. Promotion de la santé de la petite enfance, 10. Promotion d'un environnement sain. Voyez www.sante.cfwb.be.

⁹⁹ Dans le cadre du PCO, les priorités sont définies comme suit : prévention des cancers, programmation de vaccination, prévention du SIDA et des IST (éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle), lutte contre la tuberculose, prévention des traumatismes et promotion de la sécurité, promotion de la santé cardiovasculaire, stratégie en matière de santé environnementale, dépistage néonatal de la surdité, dépistage des maladies congénitales, prévention des assuétudes. La promotion de l'activité physique et la promotion de la santé de la petite enfance sont transversales à diverses thématiques prioritaire du PCO. Voyez www.sante.cfwb.be.

¹⁰⁰ Intervention intitulée « Santé et bien-être. Quelques balises juridiques » du 13 juin 2009 de Marc Van Overstraeten, Chargé de recherches F.R.S.-FNRS, Chargé de cours invité, UCL-Centre de droit médical et biomédical, dans le cadre du Certificat interdisciplinaire en droits de l'enfant.

Notons que pour que la participation soit réelle, il est essentiel d'accorder un suivi à la parole donnée et de prendre en compte les préoccupations des personnes en situation de pauvreté¹⁰¹.

7.7. Approche communautaire impliquant la participation des personnes concernées

Pour atteindre un meilleur niveau de santé, l'OMS privilégie la promotion à travers une approche communautaire qui vise à puiser « dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires¹⁰² ».

Il est donc nécessaire d'activer un réseau social qui implique divers acteurs, les personnes elles-mêmes, les acteurs de la santé, mais aussi le voisinage, la communauté, les enseignants, les éducateurs de rue, etc.

Il faut jouer sur la solidarité « qui permet de sortir du complexe de l'écrasé, présumé incapable et culpabilisé, et donc aussi du complexe d'Atlas, où l'on aurait tout à assumer soi-même, c'est la découverte des moyens d'assurance ou de renforcement collectifs. Nous avons tous un potentiel collectif ou communautaire (...). On découvre ainsi la capacité de s'entourer, de se consolider mutuellement, de multiplier les ressources¹⁰³ ».

7.8. Simplification des règles administratives

La complexité des législations et des procédures ainsi que le manque d'informations empêchent l'accès aux soins de santé. Il faut dès lors simplifier les textes et procédures afin de rendre la santé plus accessible.

7.9. Amélioration de la communication entre le monde médical et les patients

Une attention doit être portée aux personnes qui ne maîtrisent pas suffisamment l'écrit ou une langue nationale. D'autres moyens de communication doivent être développés.

Travailler avec des médiateurs culturels permet de construire une relation de confiance et d'améliorer la communication avec les personnes en situation de précarité.

¹⁰¹ Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, « Lance-débat - 10 ans du Rapport Général sur la Pauvreté », Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, avril 2005, p. 60.

¹⁰² OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986.

¹⁰³ M. Kesteman, « Pour une éthique des réseaux », Les Réseaux santé, Bruxelles, COCOF, 2005.

7.10. Formation des professionnels

Les professionnels de la santé doivent être formés aux difficultés et aux dénis de droit auxquelles sont confrontées les personnes qui vivent dans la précarité, et ce tant dans le cadre de la formation initiale que de la formation continue. En effet, le manque de connaissance de la diversité, et notamment du facteur socio-économique, participe à la difficile communication entre les prestataires de soins et les patients.

7.11. Collecte des données

Afin de définir des politiques adaptées en matière de santé, il est essentiel de disposer de données précises permettant une bonne connaissance de la situation des enfants.

En Communauté française, il faut regretter le manque de données ventilées (selon l'âge, le sexe, le niveau socio-économique des parents, etc.) qui prennent en compte tous les enfants de 0 à 18 ans¹⁰⁴.

Diverses initiatives relevées ci-dessus¹⁰⁵ (voir le point 5. b1.) devraient toutefois permettre la collecte de données pertinentes.

Il faut aussi accentuer les efforts pour que les données de l'enseignement puissent être utilisées également pour éclairer les problèmes liés à la pauvreté. Une collaboration entre les services chargés de l'analyse des données en matière de pauvreté et ceux chargés des données de l'enseignement devrait être développée et ce, pas uniquement à l'intérieur de la Communauté française, mais également avec les services d'études régionaux (Wallonie et Bruxelles) qui travaillent les données pauvreté et santé¹⁰⁶.

De manière générale, les échanges doivent être facilités entre la Communauté française, la Communauté flamande et la Région de Bruxelles-Capitale.

7.12. Evaluation des politiques

Enfin, l'impact des différentes politiques et mesures prises en matière de santé sur les personnes pauvres doivent être évalués de manière systématique, en associant les personnes intéressées, en particulier les mesures sensées réduire les écarts de santé et améliorer la santé des plus pauvres¹⁰⁷.

¹⁰⁴ CODE, « Evaluation du rapport triennal de la Communauté française relatif à l'application de la Convention internationale des droits de l'enfant pour la période 2005-2007 », 2009, p. 27.

¹⁰⁵ Voir point 5.b.1.

¹⁰⁶ Recommandations formulées par Myriam De Spiegelaere, 24 août 2009.

¹⁰⁷ Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, « Lance-débat - 10 ans du Rapport Général sur la Pauvreté », op. cit., p. 59.

Conclusion

Aujourd'hui, en Belgique, la pauvreté touche de nombreuses familles et de nombreux enfants. En effet, les chiffres disponibles indiquent que 17% des enfants vivent sous le seuil de pauvreté.

La pauvreté a un impact important sur tous les droits de l'enfant. En matière de santé, elle a un impact tout particulier parce que l'enfant est un être en développement et que les conditions de sa naissance et de sa vie auront des conséquences importantes sur sa santé. Divers éléments vont interagir, sur lesquels les parents n'ont aucune prise : c'est le cumul et l'interaction de facteurs matériels, culturels, sociaux et environnementaux qui contribuent à agir favorablement ou défavorablement sur la santé des enfants.

Les chiffres récoltés dans le cadre de ce travail témoignent clairement des nombreuses et importantes inégalités dont sont victimes les enfants pauvres, dès la naissance et tout au long de la vie. Les obstacles à l'accès aux soins restent très importants.

Pour lutter contre les inégalités de santé, il est dès lors essentiel de mettre en oeuvre une politique coordonnée qui prend en compte les déterminants de la santé¹⁰⁸. Cette politique doit être active dans tous les domaines, tant au niveau global qu'au niveau individuel, avec un soutien particulier aux familles. La CODE a en effet pour point de vue que les droits de l'enfant sont indissociables des droits de sa famille.

Le Livre blanc des enfants du Quart Monde de 1979, encore aujourd'hui d'une grande actualité, rappelait qu'« un Droit de l'enfant n'existe pas sans tous les autres. (...) Toute action partielle devient, à la longue, contraire à son objectif. Un logement plus adéquat qui ne serait pas accompagné de travail, de ressources, d'instruction et de culture ; des services médicaux plus attentifs et plus actifs, qui ne seraient pas suivis d'une politique de l'habitat et de l'environnement ; une école plus accueillante, mais dont les élèves les plus défavorisés demeureraient mal logés et de santé trop fragile... Des interventions fractionnées de ce genre ne peuvent que maintenir une population dans l'incohérence et la dépendance. C'est dire l'importance de la concertation, des alliances, de la progression des politiques et des programmes à assurer. Les enfants du Quart Monde nous appellent à la mobilisation de toutes les forces disponibles en tous domaines, dans un véritable plan national à long terme¹⁰⁹ ».

L'accès aux droits des enfants vivant dans la pauvreté doit être amélioré, non seulement parce que la pauvreté affecte le développement de l'enfant en termes de santé, d'éducation, de bien-être psychosocial et de participation, mais aussi parce qu'elle met en péril ses perspectives d'avenir et de chances dans la vie. Il faut sortir les enfants du cercle vicieux de la pauvreté. C'est notre responsabilité à tous.

¹⁰⁸ Voyez point 7. Pistes de solution et recommandations.

¹⁰⁹ ATD Quart Monde, « Livre blanc des enfants du Quart Monde. Enfants de ce temps », France, 1979, p. 127.

Références

1. Législation

1.1 Législation internationale

Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, signée à New York le 20 novembre 1989, approuvée par la loi du 25 novembre 1991, *M.B.*, 17 janvier 1992.

1.2 Législation nationale

Constitution.

Loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, article 5, § 1^{er}.

SPP Intégration sociale, circulaire du 25 mai 2009.

2. Ouvrages, articles et brochures

ATD Quart Monde, « Le droit à l'éducation : l'orientation massive d'enfants précarisés en enseignement spécialisé », Belgique, Connaissance et Engagement, 2008, également disponible via www.atd-quartmonde.be.

ATD Quart Monde, « Livre blanc des enfants du Quart Monde. Enfants de ce temps », France, 1979.

ATD Quart Monde & Fondation Roi Baudouin, « Rapport Général sur la Pauvreté », Union des Villes et des Communes belges (section CPAS), 1994.

Bronfenbrenner, U. (1979). « The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Design. Groupe d'experts pour les jeunes en difficultés (1991). « Un Québec fou de ses enfants » Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec (1999). « Agir ensemble pour le bien-être et la santé des enfants et des adolescents ».

Canal Santé, « Entre pauvreté et ressource, l'enfant malade précarisé et son entourage », Bruxelles, 2005.

CODE, « Evaluation du rapport triennal de la Communauté française relatif à l'application de la Convention internationale des droits de l'enfant pour la période 2005-2007 », 2009, également disponible via www.lacode.be.

CSDH, « Closing the gap in one generation : health equity trough action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health », Geneva, World Health Organisation, 2008.

De Spiegelaere, M., « Médecine sociale et santé publique », Bruxelles, PUB Cours-Librairie.

Favresse, D., & De Smet, P. « Tabac, alcool, drogues et multimédias chez les jeunes en Communauté française de Belgique. Résultats de l'enquête HBSC 2006 », Bruxelles, Service d'Information promotion Education Santé (SIPES), ESP-ULB, 2008. Voyez aussi le site d'HBSC, www.hbsc.org

Fondation Roi Baudouin, « Abolir la pauvreté. Une contribution au débat et à l'action politique », Bruxelles, décembre 2005.

- Godin I., Decant, P., N. Moreau, P. de Smet, M. Boutsen, « La santé des jeunes en Communauté française de Belgique. Résultats de l'enquête HBSC 2006 », Bruxelles, Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES), ESP-ULB, 2008.
- Groupe de recherche-action Quart Monde-Partenaire, « Le croisement des pratiques. Quand le Quart Monde et les professionnels se forment ensemble », Paris, Editions Quart Monde, 2002.
- Groupe de recherche Quart Monde-Université et Quart Monde Partenaire, « Le croisement des savoirs et des pratiques. Quand des personnes en situation de pauvreté, des universitaires et des professionnels pensent et se forment ensemble », Paris, Editions Quart Monde, 2008.
- Hendrick, P., « Santé et pauvreté en 2007 », ATD Quart Monde, Connaissance et Engagement, 2007.
- Institut canadien d'Information sur la Santé, « Répercussions de la pauvreté sur la santé. Aperçu de la recherche », Ottawa, 2003.
- Institut scientifique de Santé Publique, « Enquête de santé par interview », Belgique, Service d'Epidémiologie, 2004/2006.
- Jamoulle, P., « De la précarité à la prison, des pères sans importance ? », Interview, Journal Droits de Jeunes, n°278, octobre 2008, pp. 13-14.
- Kesteman, M., « Pour une éthique des réseaux », Bruxelles, Commission communautaire française (COCOF), Les Réseaux santé, 2005.
- Observations finales du Comité des droits de l'enfant : Belgium 13/06/2002, CRC/C/Add.178.
- Observatoire de la santé et du social, « Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale 2006 », Bruxelles, Commission communautaire commune (COCOM), 2006.
- Observatoire de la santé et du Social de Bruxelles-Capitale, « Plan d'action bruxellois de lutte contre la pauvreté. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2008 », Commission communautaire commune, 2008.
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, « Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2008 », Commission communautaire commune, Bruxelles, 2008.
- OECD, « Growing unequal ? : Income Distribution and Poverty in OECD Countries », 2008.
- OMS, Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé, 1986.
- ONE, « Rapport Banque de Données Médico-Sociales. Données Statistiques 2006-2007 », Bruxelles, ONE, 2009.
- PANincl. 2006-2008.
- Pinheiro, P. S., « World report on Violence against Children », Publish by United Nations – Secretary-General's Study on Violence against Children, Octobre 2006.
- Renoux, M.-C., « Réussir la protection de l'enfance. Avec les familles en précarité », Paris, Les Editions Quart Monde, 2008.
- Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, « Lance-débat - 10 ans du Rapport Général sur la Pauvreté », Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, avril 2005.
- Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, « En dialogue. Rapport bisannuel », Bruxelles, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, décembre 2003.
- Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, « Pauvreté, dignité, droits de l'homme. Les 10 ans de l'accord de coopération », Bruxelles, décembre 2008.
- Stroobant, M., « L'article 23 de la Constitution et la problématique de la pauvreté », *in* Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, « Pauvreté, dignité, droits de l'homme. Les 10 ans de l'accord de coopération », Bruxelles, décembre 2008.
- UNICEF, « La pauvreté des enfants en perspective : vue d'ensemble du bien-être des enfants dans les pays riches », Bilan Innocenti 7, 2007.

UNICEF, « La situation des enfants dans le monde 2009. La santé maternelle et néonatale »,
New York, décembre 2008.

3. Sites Internet

www.amnesty.be : Amnesty International Belgique.

www.atd-quartmonde.be : ATD Quart Monde Belgique.

www.badje.be : BADJE (Bruxelles Accueil et Développement pour la Jeunesse
Extrascolaire).

www.cfwb.be/dgde : Délégué général de la Communauté française aux droits de l'enfant.

www.cjef.be : Conseil de la Jeunesse.

www.dei-belgique.be : Défense des Enfants International (DEI) Belgique section
francophone.

www.diversite.be : Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme.

www.ecpat.be : ECPAT (End Prostitution of Children, Child Pornography and Trafficking in
Children for Sexual Purposes).

www.kbs-frb.be : Fondation Roi Baudouin

www.hbsc.org : Health behaviour in school-aged children.

www.lacode.be : Coordination des ONG pour les droits de l'enfant (CODE).

www.lecide.be : Centre interdisciplinaire des droits de l'enfant

www.liguedesfamilles.be : Ligue des familles.

www.liguedh.be : Ligue des droits de l'Homme.

www.lire-et-ecrire.be : Lire et Ecrire, mouvement ayant pour objectif le développement de
l'alphabétisation en Communauté française.

www.luttepauvrete.be : Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale

www.medimmigrant.be : asbl belge offrant une aide individuelle aux personnes en séjour
illégal ou précaire ayant des besoins médicaux.

www.mi-is.be : Service public fédéral de programmation (SPP) Intégration sociale, Lutte
contre la Pauvreté, Economie sociale et Politique des grandes Villes.

www.msss.gouv.qc.ca : Santé et Services sociaux du Québec

www.observatbru.be : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

www.oejaj.cfwb.be : Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse

www.plan-Belgique.org : Plan Belgique.

www.sante.cfwb.be : Direction générale de la Santé de la Communauté française.

www.socialsecurity.fgov.be : Service public fédéral (SPF) Sécurité sociale.

www.unesco.org : Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture.

www.unicef.be : UNICEF Belgique.

www.unicef.org : UNICEF.

www.violencestudy.org : site de l'étude sur la violence à l'égard des enfants publiée en 2006
par les Nations Unies.