



Les inégalités sociales en matière de santé des enfants

Analyse CODE
Mai 2010

Introduction

En 2010, nous devons constater que dans un pays privilégié comme la Belgique, la pauvreté touche de nombreuses familles et que près d'un enfant sur cinq vit dans une situation de pauvreté ou de risque de pauvreté¹. La pauvreté n'est pas qu'une question économique, c'est une problématique multidimensionnelle complexe qui affecte tous les domaines de vie et qui a un impact très important sur tous les droits de l'enfant.

La Coordination des ONG pour les droits de l'enfant (CODE) est un réseau d'associations qui veille 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. ATD Quart Monde, association qui lutte contre l'exclusion et l'extrême pauvreté³, en est d'ailleurs un membre actif depuis sa création.

A l'occasion de l'Année européenne de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, nous avons choisi d'examiner le lien entre la pauvreté des familles/des enfants et la santé⁴. L'article 24 de la Convention énonce le droit de jouir du meilleur état de santé possible. Or, on constate que le droit à un niveau de vie suffisant a un lourd impact sur le droit à la santé. Ces droits sont intimement liés.

Par ailleurs, 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.

1. La santé, c'est quoi ?

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 ».

¹ Les chiffres belges disponibles sont alarmants : ils indiquent que 17% des enfants vivent sous le seuil de la pauvreté (SPP Intégration sociale, Plan d'action national Inclusion 2006-2008, p. 8).

² Ci-après, la Convention.

³ www.atd-quartmonde.be.

⁴ La CODE a réalisé une étude sur le sujet qui s'intitule « La pauvreté nuit gravement à la santé des enfants » qui a été publiée en décembre 2009 et qui est disponible sur notre site internet www.lacode.be dans la rubrique Publications.

L'OMS définit également la santé par des déterminants multiples qui constituent 5 catégories de facteurs qui influencent favorablement ou défavorablement la santé⁵ :

- Les prédispositions biologiques et génétiques (sexe, maladies génétiques, etc.),
- Les habitudes de vie et comportements reliés 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.

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 québécois⁶ 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.

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 intervenir, sur lesquels les parents n'ont aucune prise et dont ils ne sont en aucun cas responsables.

2. Comment la pauvreté va avoir un impact sur la santé ?

Les facteurs de risques matériels, culturels, sociaux et environnementaux vont interagir entre eux et avoir un impact sur l'état de santé des enfants. C'est le cumul et l'influence combinée de ces facteurs qui font que la pauvreté exerce des effets négatifs sur la santé. 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 exigu). 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.

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.).

Le facteur « temps » est tout à fait central puisque l'enfant est une personne en développement. Des comportements d'aujourd'hui vont avoir un impact plus tard et il sera essentiel de préserver son « capital santé ».

⁵ 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.

⁶ 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 ».

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 vie⁷.

Divers mécanismes permettent d'apporter une réparation aux dommages de santé subis. Il s'agit des soins informels ou primaires, qui vont jouer un rôle central et de première ligne⁸. 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 psychologique.

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.). 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. 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.

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.).

3. Quelques chiffres qui illustrent ce lien

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 Innocenti⁹ qui a réalisé une estimation du bien-être des enfants et adolescents dans 21 pays d'« économie avancée » sur base de 6 indicateurs¹⁰. La Belgique se classe 16^{ème} pour la santé et la 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 les risques (consommation de cigarettes, grossesses adolescentes) et 16^{ème} pour le bien-être subjectif. Ce mauvais classement général est à souligner.

Dans les lignes qui suivent, nous présenterons quelques chiffres disponibles en Région bruxelloise et en Communauté française qui illustrent un lien clair entre la pauvreté et l'état de santé des enfants.

⁷ Institut canadien d'information sur la santé, « Répercussions de la pauvreté sur la santé. Aperçu de la recherche », Ottawa, 2003.

⁸ 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.

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

¹⁰ 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.

a. Santé périnatale et infantile

En matière de santé périnatale¹¹ et infantile, le Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté¹² rappelle que les inégalités sociales sont très marquées en Région bruxelloise. Pour étayer ses propos, il prend pour indicateur la mortalité foeto-infantile¹³ et montre que «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 difficile¹⁴ ».

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 isolée¹⁵. Ces indications sociales sont à mettre en lien avec des indicateurs de santé.

Le Rapport bruxellois dénonce que le risque de mortinaissance (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, 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.).

Ces constats sont confirmés par le dernier rapport de la Banque de Données Médico-Sociales de l'ONE¹⁶ qui fournit également diverses données intéressantes relatives aux inégalités de santé.

b. Santé des adolescents

Parallèlement, on dispose, pour la Communauté française, d'intéressantes statistiques sur la santé et les comportements à risque des adolescents¹⁷, fruits d'une étude internationale

¹¹ La santé périnatale est celle qui concerne la période qui précède et qui suit immédiatement la naissance.

¹² 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.

¹³ 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.

¹⁴ 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.

¹⁵ Op. cit.

¹⁶ ONE, « Rapport Banque de Données Médico-Sociales. Données Statistiques 2006-2007 », Bruxelles, 2009.

¹⁷ 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. Les enfants qui se trouvent dans l'enseignement spécialisé n'ont dès lors pas participé à cette enquête, ce qui est regrettable compte tenu de l'orientation massive des enfants issus de milieux précarisés dans l'enseignement spécialisé dénoncé par ATD Quart Monde (ATD Quart Monde, « Le droit à l'éducation : l'orientation massive d'enfants précarisés en enseignement spécialisé », Connaissance et Engagement, 2008).

longitudinale « Health Behaviour in School-aged Children »¹⁸ 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, l'étude HBSC 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 pauvreté¹⁹ 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).

En matière de comportements à risques, l'enquête HBSC 2006²⁰ 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 général²¹.

Les résultats n'indiquent pas 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

¹⁸ 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.

¹⁹ Disponible sur www.mi-is.be.

²⁰ 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.

²¹ 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.

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.

c. Effets sur le long terme

Comme nous l'avons vu, la pauvreté entame le « capital santé » de l'enfant et cause une usure prématurée du corps. Elle aura des conséquences sur la santé physique et mentale. « A 40-45 ans, on est vieux ! » souligne le Rapport général sur la pauvreté²².

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 visible²³ 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 moindre de 2,8 ans (pour les femmes) et de 5,2 ans (pour les hommes) 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.

4. Obstacles à l'accès au droit à la santé

Comme nous venons de le constater, les chiffres montrent de grandes disparités liées à la condition sociale. Les inégalités sociales en matière de santé restent très importantes malgré divers dispositifs mis en place afin d'améliorer l'accessibilité des soins de santé²⁴. Divers obstacles empêchent en effet l'accès aux soins : ils sont financiers, administratifs, culturels et psychosociaux, politiques et pratiques.

a. 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

²² ATD Quart Monde & Fondation Roi Baudouin, « Rapport Général sur la Pauvreté », Union des Villes et des Communes belges (section CPAS), 1994, p. 120.

²³ 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.

²⁴ Citons l'assurance soins de santé obligatoire, le statut OMNIO, le maximum à facturer, le système du tiers-payant, l'intervention majorée, le dossier médical global, mais aussi l'aide médicale urgente pour les sans-papiers et l'intervention du CPAS. 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.

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 2004²⁵.

Par ailleurs, tout le monde n'est pas en ordre de mutuelle (personnes en situation de séjour illégal, sans-abri) ou ne dispose 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.

b. Administratifs (manque d'information et de transparence)

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 Spiegelaere²⁶ 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 les simplifiant et en les rendant plus accessibles.

c. Culturels et psychosociaux

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

Pour beaucoup de professionnels, cette rencontre avec les familles très pauvres est d'abord un « choc ». Guy Hardy, assistant social et thérapeute familial, 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 rien ne correspondait à ce que mon expérience m'avait laissé connaître, j'ai été pris d'un sentiment d'insécurité inimaginable²⁷ ».

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 écrire²⁸.

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

d. 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

²⁵ Enquête de santé par interview, op. cit.

²⁶ Myriam De Spiegelaere est la directrice scientifique de l'Observatoire Bruxellois de la Santé et du Social. Intervention du 13 juin 2009 dans le cadre du Certificat universitaire en approche interdisciplinaire des droits de l'enfant, co-organisé par l'UCL et les FUNDP de Namur.

²⁷ M.-C. Renoux, « Réussir la protection de l'enfance. Avec les familles en précarité », Les Editions Quart Monde, Paris, 2008, p. 39.

²⁸ A titre informatif, le Comité de pilotage permanent sur l'alphabétisation des adultes estime qu'une personne sur dix est en « grande difficulté face à l'écrit » en Communauté française. D'autres sources avancent des chiffres encore plus élevés. Voir notamment Lire et Ecrire, www.lire-et-ecrire.be.

acteurs sociaux. On constate également que certains services préventifs ont aussi pour mission d'effectuer un contrôle sur la santé des enfants.

Comme le relèvent les auteurs du livre *Le croisement des pratiques*²⁹, « 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 fuite ».

e. Pratiques

Comme nous l'avons déjà souligné, les problèmes de santé compliquent la vie quotidienne des personnes et diverses difficultés 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, notamment du fait qu'elles doivent faire face au quotidien à diverses difficultés de base.

Conclusion

Depuis le Rapport Général sur la Pauvreté de 1994, des avancées importantes ont répondu à diverses revendications émises en matière d'accès à la santé.

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. Les inégalités sociales de santé restent très importantes. Elles affectent l'enfant dès avant sa naissance et se poursuivent tout au long de sa vie.

Diverses recommandations nous paraissent pouvoir être émises. La toute première étant que pour lutter contre le cercle vicieux de la pauvreté et ses multiples conséquences sur les droits de l'enfant, une action globale pour améliorer les conditions de vie des familles est indispensable. Cette action doit se réaliser en coordination entre les politiques qui ont un impact sur les déterminants de la santé (logement, éducation, travail, etc.).

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.

Des politiques de soutien, et non de contrôle des familles, doivent être mises en œuvre. Défendue par la Charte d'Ottawa de 1986 de l'OMS, la promotion, qui se définit par rapport à

²⁹ 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.

un état positif et à l'accentuation des compétences³⁰, doit être privilégiée au profit de la prévention.

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.

En outre, il faut améliorer la formation et la communication (notamment non-écrite), la collecte de données indispensable afin de définir des politiques adaptées en matière de santé.

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

Cette analyse a été réalisée par la Coordination des ONG pour les droits de l'enfant (CODE) et 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, 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. De plus amples informations peuvent être obtenues via notre site. www.lacode.be
Rue Marché aux Poulets 30 à 1000 Bruxelles
www.lacode.be*

Avec le soutien du Ministère de la Communauté française.

³⁰ OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986.