

CAHIER
« ENSANTER » L'HABITAT



Coup d'œil circulaire sur les problèmes de santé liés à l'habitat et sur les réponses qui se mettent en place...

« *Ensanter* » l'habitat

Le rapport entre santé et habitat existe depuis les premières cavernes. Mais il connaît avec l'essor technologique des développements nouveaux. Serait-ce un sophisme d'affirmer que cela nous autorise à risquer un néologisme ? Allons, posons nos scrupules en des lieux plus délicats et osons « ensanter » l'habitat, notre mobile en ce geste n'étant pas de créer un joli mot mais d'exprimer l'objectif que nous visons : stimuler l'intérêt, les savoirs et les moyens pour faire des endroits où nous passons le plus clair de notre vie des lieux propices à la santé.

Nous n'aborderons que quelques aspects de cette vaste problématique. Nous nous intéresserons d'abord aux problèmes plus spécifiquement médicaux, matérialisés par la pollution intérieure et ses nuisances. Nous poursuivrons par la réflexion de quelques architectes dont la sensibilité au bien-être des habitants de leurs ouvrages rejoint notre souci de la santé. Nous terminerons par les questions de l'accessibilité au logement, en particulier pour deux types de population (qui forment à elles deux la majorité des âmes de ce pays) : les moins aisés et les personnes âgées.

Ce cahier se limite à l'habitat et à l'espace privé. Ce n'est pas d'ignorer l'étroite liaison que notre sujet entretient avec la politique de la ville, la santé mentale, les questions d'urbanisme, de santé communautaire, d'espace public. Ces aspects feront l'objet de cahiers ultérieurs (même si ces éléments ne pourront pas entièrement être passés sous silence ici, la séparation entre ces aspects étant absolument poreuse). Dans le même ordre d'idée, le milieu intérieur qu'est l'habitat ne peut sans artifice être isolé d'une pensée globale de l'environnement : nous invitons le lecteur à se replonger dans le numéro 9 de Santé conjugulée que nous avons consacré à ce sujet en juillet 1999.

————— **Des molécules et des petites bêtes qui nous veulent du mal...**

Un habitat sain page 22

L'équipe de Mens et Ruimte

Logement et santé : les nuisances sont partout.

Une étude de la Commission internationale des organismes familiaux tente d'en faire le tour.

De la complexité à la coopération page 29

Elisabeth Maquet, médecin généraliste à la maison médicale Santé plurielle, Marianne

Prévost, sociologue, Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones,

Michel Roland, médecin généraliste à la maison médicale Santé plurielle

Le rapport entre problèmes de santé et pollution intérieure est maintenant reconnu.

Sa complexité implique que de nombreux acteurs se mobilisent pour y porter remède.

Projet de plate-forme « Santé-Logement » page 33

André Stengele, médecin, Centre de recherche et d'intervention sur les

dynamiques institutionnelles et sociales

Un outil global de prévention pour la santé des habitants.



Sandrine, l'enfant qui grandit

page 35

Jean Maertens, anthropologue, Inter-Environnement Wallonie

Le projet Sandrine vise à prévenir des problèmes de santé liés à la pollution intérieure des habitations. Après une phase de sensibilisation des professionnels et de mise en commun des savoirs, il débouche aujourd'hui sur des réalisations pratiques.

« Ambulance verte » : l'expérience luxembourgeoise

page 38

Joseph Wampach, médecin, ministère de la santé, Grand-Duché de Luxembourg

L'ambulance verte se rend au domicile des particuliers pour analyser les milieux intérieurs et y détecter les substances nocives pour la santé. Elle existe depuis 1994 au Grand-Duché de Luxembourg. Mini-bilan d'une expérience.

L'ambulance verte : une expérience pilote, une enquête dans les maisons médicales à Bruxelles

page 41

Élisabeth Maquet, médecin généraliste à la maison médicale Santé plurielle,

Marianne Prévost, sociologue, Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones, Michel Roland, médecin généraliste à la maison médicale Santé plurielle

Depuis février 2001, les maisons médicales ont eu la possibilité d'utiliser l'ambulance verte. Ce service, coordonné par l'Institut bruxellois de la gestion de l'environnement, a été proposé à un petit échantillon de soignants à Bruxelles pendant sa phase pilote.

Les préoccupations de santé

page 48

Myriam De Spiegelaere, médecin, Observatoire de la santé de la Région de Bruxelles-Capitale

Les missions de l'Observatoire de la santé sont « de recueillir, de traiter et de diffuser les informations nécessaires à l'élaboration d'une politique coordonnée de la santé sur le territoire de Bruxelles ». Ces missions s'élargissent aux aspects sociaux de la santé et à l'axe santé-environnement.

Le saturnisme infantile

page 53

Christophe Sykes, chercheur, Institut Scientifique de Santé Publique

L'intoxication au plomb : problème de santé, problème d'organisation, problème de législation...

CO, l'invité indésirable

page 59

Bernadette Tissot, médecin au Centre anti-poison

Chaque année, en Belgique, environ cent personnes meurent intoxiquées au monoxyde de carbone (CO).

Allergies fongiques et pollutions intérieures

page 61

Nicole Nolard, docteur en sciences, Institut scientifique de santé publique - Louis Pasteur

L'inhalation de spores fongiques entraîne l'apparition des pathologies allergiques les plus diverses et encore toute une série de pathologies mal connues, liées au modernisme de nos conditions d'habitat.

« Hector »

page 63

John Pauluis, médecin, Société scientifique de médecine générale

Entre les experts et le grand public, il manque, dans le domaine de la santé environnementale, un espace intermédiaire de communication. Vide que le projet Hector se propose de combler à la dimension communale.

Fiche technique

page 64

Élisabeth Maquet, médecin généraliste à la maison médicale Santé plurielle

Une brève description de quelques polluants.

Quand les architectes parlent de bien-être et de santé

Habitat, santé et architecture page 69

Fabienne Gorza, architecte et enseignante à l'Institut supérieur d'architecture Saint-Luc, Bruxelles

C'est un - mauvais - réflexe : qui dit professionnel de santé pense univers médical. La santé est (devrait être... devrait être plus encore) l'affaire de tous. Comme elle est déjà l'affaire des architectes...

Le logement habité - vecteur de santé page 71

Pierre Vanderstraeten, architecte, sociologue, enseignant à l'Institut supérieur d'architecture Saint-Luc, Bruxelles et à l'Institut supérieur de rénovation urbaine

Entre loger et habiter, il existe une distance fondamentale au cœur de laquelle se joue la santé.

Peut-on habiter un symbole ? page 74

Chloé Grumeau, architecte

Comment concilier la valeur de patrimoine historique et le rôle de logement social des cités ouvrières du début du siècle ? Étude d'un cas : la Cité Hellemans à Bruxelles.

Habitat et utopie - L'exemple de l'habitat groupé page 77

Jean-Michel Longneaux, docteur en philosophie, chargé de cours à la faculté de droit de l'université Notre Dame de la paix à Namur

Loin de conjuguer l'habitation au futur, l'approche utopique consiste à la déterminer dans son présent, dans ce qu'elle est d'essentiel pour tout être humain.

Habiter, simplement habiter : un problème

Stress et habitat page 86

Anne Herscovici, sociologue, centre de sociologie de la santé, université libre de Bruxelles

Quand il est difficile de vivre le lien de l'habitat avec le quartier et la ville et ses répercussions sur la santé.

Le rôle du médecin au départ d'une pratique en maison médicale page 90

Pierre Grippe, médecin généraliste, maison médicale à Forest

De la nécessaire humilité des professionnels de la santé à leur rôle clé comme témoins et mobilisateurs.

Les mal-logés page 92

Thierry Lahaye, conseiller-adjoint, service santé de la Commission communautaire française

L'habitat occupe une place si importante dans la vie quotidienne de chaque homme qu'il est un des principaux facteurs contribuant à son intégration ou sa marginalisation, à son épanouissement ou son aliénation.

Lorsque la pauvreté apparaît page 94

Pierre Hendrick, médecin généraliste, maison médicale du Vieux Molenbee et membre d'ATD-Quart Monde

Habitat et santé : une problématique décourageante lorsque la pauvreté apparaît. Mais qui ne laisse pas sans réaction.



L'accompagnement social en matière de logement

page 95

Thierry Lahaye, conseiller-adjoint, service santé de la Commission communautaire française

En matière de logement, l'accompagnement social manquerait une part de ses objectifs s'il se résumait à une assistance paternaliste. Il doit être le moyen d'une réinscription dans le milieu de vie, d'un retissage du lien social, d'une restauration de la dignité dans la citoyenneté.

Le droit au logement

page 99

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

L'idée que les problèmes d'accès au logement ne touchent qu'une frange marginale de la population règne encore dans de nombreux esprits.

Autre lieu

page 104

L'équipe de l'Autre lieu

Il existe des possibilités d'accueil autre part que dans une institution, notamment pour les personnes en difficulté. Expérience de « l'Autre lieu ».

Où vivre vieux ?

page 107

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

Un jour, la personne vieillissante a besoin de plus d'aide qu'auparavant pour affronter les contraintes de l'existence. Se pose alors la question : où vivre ?

Conclusion générale

Conclusion

page 114

Françoise Noël, Directeur du centre de recherche urbaine de l'université libre de Bruxelles

Un habitat sain

*L'équipe de
Mens en Ruimte.*

*Cet article
s'inspire d'une
étude intitulée
Logement et
santé - un habitat
sain - La
problématique
réalisée pour la
Commission du
logement familial
de l'Union
internationale
des organismes
familiaux (publié
en août 1999).*

.....
*Logement et santé : les nuisances sont
partout. Une étude de la Commission
internationale des organismes
familiaux tente d'en faire le tour.*
.....

Le logement et la santé, le sujet de l'étude de la Commission internationale des organismes familiaux est particulièrement pertinent quand on sait que nous passons plus de 70 % de notre temps dans notre maison. L'importance de celle-ci sur notre santé est dès lors évidente. Il reste à démontrer comment s'exerce cette influence, ce qui sera l'objet de cet exposé.

Tout d'abord, j'aimerais revenir au titre de cette étude « Logement et santé ». Personnellement je préfère « un habitat sain ». Cette notion est plus vaste ; elle rejoint l'approche de l'Organisation mondiale de la santé qui définit la santé non comme la simple absence de maladies ou d'affections mais comme un état de bien-être total tant physique que mental et social. Ce concept inclut donc des aspects sociaux et affectifs qui rendent difficile toute quantification objective. Il dépend du mode de vie. Ainsi un individu projeté dans un logement qui répond aux dernières normes en matière de santé ne s'y sentira pas nécessairement heureux si celui-ci ne correspond pas à ses desiderata, conscients ou inconscients, en matière de couleurs, décoration, disposition des pièces, etc. Pour certains, les lignes épurées des maisons modernes représentent le logement idéal tandis

que d'autres les trouvent froides. Certains préfèrent les anciennes maisons, plus chaudes, qui ont « une âme » tandis que d'autres trouveront qu'elles ne sont pas fonctionnelles et qu'elles ne répondent pas à leurs exigences en matière de confort. La qualité de l'habitat dépend de la perception, de la subjectivité de chacun tandis que la qualité du logement répond à des critères quantifiables.

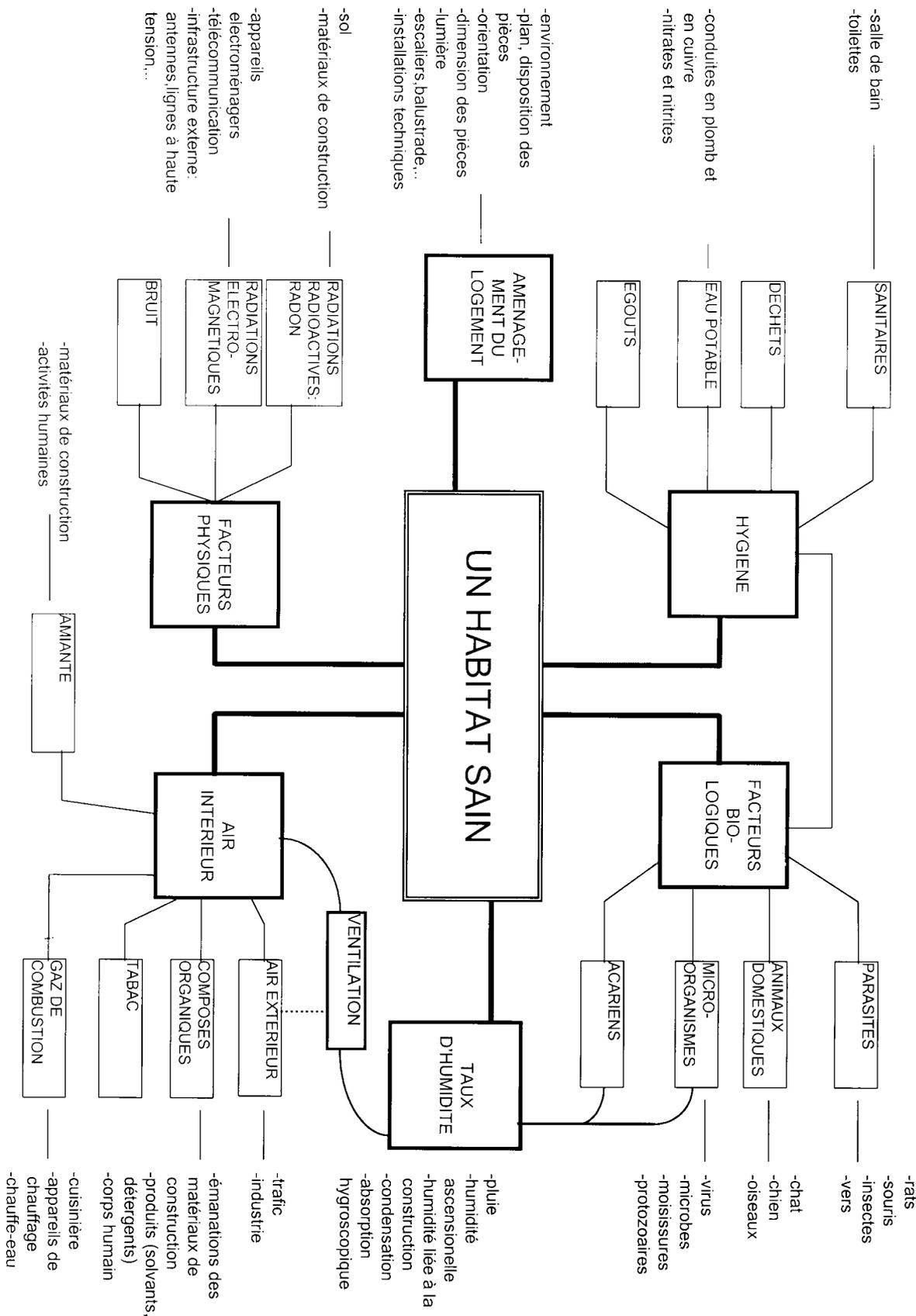
C'est d'ailleurs un des facteurs repris sur l'organigramme de la page suivante qui représente les différents facteurs plus ou moins objectifs influençant la santé de l'homme dans son habitat : les facteurs biologiques, l'humidité, l'air intérieur, les facteurs physiques, l'aménagement même de la maison, et l'hygiène.

Ces différents éléments entrent en synergie. Leur étude est complexe, justement par ces différentes interactions. Notre approche s'est donc voulue holistique et transversale. Les liens les plus importants ont été représentés ici. Par exemple, un manque d'hygiène attirera les animaux parasites tels que rats, souris, cafards, mouches, etc. et entraînera la prolifération de micro-organismes qui se développent aussi de préférence dans un taux d'humidité relativement élevé.

Aménagement du logement

Donc, tout d'abord, l'aménagement de la maison et son implantation : en ville ou à la campagne, l'un et l'autre impliquant un mode de vie différent, devant répondre aux aspirations de chacun. Notons qu'ici joue un phénomène de mode et de reconnaissance sociale important, même s'il est inconscient chez la majorité des gens. Il vaut mieux habiter dans tel lotissement quitte à perdre plus de trois heures par jour dans des navettes.

Deuxième élément : la disposition des pièces et des espaces de circulation. Par exemple, situer l'escalier de la cave à proximité de la cuisine est objectivement plus confortable mais il importe aussi d'exprimer spatialement les relations entre les différents habitants : par exemple la chambre des enfants à proximité de



celle des parents pour une meilleure surveillance ou au contraire, la chambre des enfants à l'autre bout de la maison - par rapport à celle des parents - pour leur indépendance.

L'orientation du bâtiment est également un facteur essentiel pour le microclimat à l'intérieur. Les espaces de séjour tels que le salon seront de préférence orientés vers le sud-ouest ou le sud-est. Les locaux de service tels que débarras et salle de bains serviront de tampon contre le vent du nord.

A cela s'ajoute la lumière, naturelle et artificielle, vitale pour la santé des yeux mais aussi comme anti-dépressif.

Comme recommandé dans les normes de Cologne, tout logement doit présenter des dimensions minimales pour la chambre à coucher, la salle de bain, la cuisine...

Sixième point : la sécurité au sein du logement. Elle est liée à la bonne mise en place et à l'entretien des installations techniques : radiateurs ou autres appareils de chauffage, électricité, cuisinière, chauffe-eau - en particulier au gaz, pour éviter les intoxications au monoxyde de carbone. La sécurité est aussi liée au respect des normes en matière d'escaliers, de balustrades pour éviter les accidents liés aux chutes surtout pour les enfants et les personnes âgées.

L'emploi de matériaux inappropriés peut également compromettre sérieusement la sécurité (par exemple, nécessité d'employer du verre trempé ou stratifié aux endroits à risque : lanterneaux, portes-fenêtres ; nécessité de rejeter les couvertures de toiture métalliques sur des constructions hautes afin d'éviter la foudre). La sécurité en matière des facilités utilitaires (eau, gaz, électricité) fait l'objet de toute une série de directives émanant des autorités publiques.

Enfin, le choix des matériaux de construction. Ceux-ci peuvent, par leurs émanations, se transformer en polluants. Tout le monde sait à présent que l'amiante est toxique. Par contre, pour beaucoup d'autres matériaux, leur nocivité ou leur innocuité est loin d'être démontrée. Les matériaux peuvent provoquer une pollution ou nécessiter un surplus d'énergie lors de leur

fabrication, de sorte qu'ils nuisent à la santé publique globale, par exemple l'aluminium. Certains matériaux peuvent être toxiques lors de leur mise en œuvre. Citons les panneaux de bois aggloméré ou de fibres de bois qui, en cas d'utilisation intensive, peuvent entraîner une intoxication au formaldéhyde d'urée. Pour le traitement du bois, on préférera les huiles de résine naturelles aux vernis classiques. Il est toutefois important de prévoir une ventilation temporaire, même lorsqu'il s'agit de produits naturels.

Il importe de penser à long terme, c'est-à-dire aussi à la santé des générations futures. Par exemple en construisant des logements à consommation d'énergie réduite. La combustion de combustibles fossiles à usage privé est le facteur le plus polluant dans nos contrées. Une bonne isolation, une utilisation optimale de l'énergie solaire passive et une installation de chauffage appropriée devraient permettre de réduire à deux tiers la pollution causée par le gaz carbonique (CO₂).

Une faible consommation d'énergie est également liée au choix des matériaux. Des méthodes de construction traditionnelles - comme les constructions en argile et en terre non cuite - pourront être revalorisées à l'avenir, dans le cadre de la mise au point de logements à faible consommation d'énergie.

On utilisera de préférence des matériaux naturels et renouvelables.

Des matériaux d'isolation naturels tels que le lin, les flocons de cellulose, le ciment de laine de bois et les granulés minéraux, offrent des avantages tels que la sécurité à la mise en œuvre, l'absence de toxicité en cas d'incendie et une méthode de production non toxique.

Qualité de l'air intérieur

Le deuxième facteur qui influence la santé de l'homme au sein de son logement est la qualité de l'air, elle-même influencée par différents éléments. Pour cerner l'importance de la qualité de l'air, retenons que l'homme respire quotidiennement plus de douze mille litres d'air par jour. Plus de quatre cent quatre-vingts litres d'air passe par nos poumons chaque heure.



C'est peut-être une évidence mais rappelons quand même que le premier facteur qui influence la composition de l'air intérieur est celle de l'air extérieur, la présence d'une industrie ou d'un trafic important aux abords du logement. L'air extérieur rentre dans l'habitat essentiellement lorsque nous aérons.

La ventilation est vitale pour apporter de l'oxygène, mais aussi diminuer le taux d'humidité ambiante et évacuer la pollution atmosphérique intérieure. A l'heure actuelle, deux théories divisent le monde des architectes :

- Soit, on construit des immeubles totalement hermétiques avec un système de ventilation intégré (grilles de ventilation dans les châssis, ...). La ventilation dépend alors uniquement de l'être humain, de sa bonne volonté pour ouvrir les grilles de ventilation régulièrement.
- Soit, on construit des immeubles qui respirent et qui dès lors permettent une ventilation naturelle, faible mais continue.

Notons que la ventilation a aussi ses limites : elle réchauffe la maison en été et elle la refroidit en hiver. Les courants d'air peuvent entraîner des rhumes voir des bronchites.

Le tabagisme est également une source de pollution à l'intérieur de l'habitat, qui n'est plus à démontrer. La fumée de tabac est un mélange complexe de plusieurs milliers de substances à l'état gazeux ou solide, dont plus de cinquante sont cancérigènes. Une étude comparative au sein de vingt immeubles danois a mis en avant l'importance de la fumée de tabac en tant que source de pollution de l'air intérieur. La part de la fumée de tabac dans la pollution de l'air intérieur s'y élevait à 19 %.

L'inhalation de fibres d'amiante chez les fumeurs est particulièrement cancérigène. La toxicité de l'amiante est maintenant prouvée. L'amiante est interdit dans les constructions neuves mais il reste présent dans de nombreux bâtiments construits dans les années 50-60. La rénovation est un problème important en particulier pour les logements privés sur lesquels l'État n'a quasi pas de contrôle.

Dans l'habitat, les pollutions chimiques les plus courantes proviennent des composés organi-

ques volatils, essentiellement des solvants contenus dans les colles, les vernis, les peintures, les diluants et les décapants. Plus de cent vingt mille produits chimiques sont commercialisés sur le territoire de l'Union européenne dont seulement 5 % environ ont fait l'objet de recherches destinées à évaluer leurs effets sur la santé. Au lieu du principe de prévention, qui interdirait la commercialisation de produits chimiques dangereux, on applique le principe inverse, en n'intervenant que lorsque des problèmes sont constatés. Si l'on songe qu'il faut plus de sept ans aux toxicologues pour procéder à l'analyse approfondie d'une seule substance et vérifier les résultats sur l'homme, on comprend que la situation est loin d'être simple.

Le laboratoire toxicologique de l'université de Parme a démontré que les solvants organiques (white spirit, éther de glycol, ...) exerçaient une influence sur les fonctions mentales mais aussi qu'ils perturbent le système neuro-endocrinien (augmentation du taux prolactine du sang favorable au cancer du sein) et le système immunitaire.

Certains pesticides comme le pentachlorophénol et le lindane sont également dangereux. Ils sont utilisés pour le traitement du bois, pour imperméabiliser les cuirs et se débarrasser des insectes nuisibles. Le pentachlorophénol est reconnu comme cancérigène.

Des matériaux comme le PVC (que l'on retrouve par exemple dans la partie inférieure des moquettes, les profils de châssis, les conduites, les revêtements de sol) sont aussi toxiques. Des études ont révélé que les poussières, dans certaines habitations, contenaient jusqu'à un tiers de plastifiants tels que l'ester phtalique. Le di-éthylhexyl phtalate est classé cancérigène aux Etats-Unis et dans certains pays comme l'Allemagne et l'Autriche, l'utilisation du PVC est interdite dans les bâtiments ouverts au public. Le PVC est particulièrement toxique en cas d'incendie (dioxines, acide chlorhydrique).

Les modes de contamination sont les suivants : par contact cutané par projection ou en se lavant les mains, par contact avec les muqueuses oculaires, par ingestion, en portant des mains

non lavées à la bouche, et par inhalation des émanations.

Enfin, les gaz de combustion, (CO, CO₂, NOx, SO₂, composés organiques tels que le formaldéhyde, hydrocarbures aromatiques polycycliques) dégagés par exemple par la cuisson d'aliments polluent également l'air intérieur. Dans une cuisine non ventilée durant l'utilisation d'une cuisinière au gaz, on atteint en une demi-heure des taux de 500 µg/m³ de gaz de combustion, quand on sait que la valeur guide de l'Organisation mondiale de la santé est de 400 µg/m³ par heure.

Humidité

Passons à l'humidité ; en 1990, 23 % des habitations britanniques souffraient d'humidité. Le tableau ci-dessous reprend les principales sources d'humidité internes au logement, à celles-ci s'ajoutent les fuites, l'humidité ascensionnelle, les problèmes de construction. L'effet sur la santé des habitants peut être direct - un taux d'humidité trop bas entraîne l'assèchement des voies pulmonaires supérieures - ou indirect, par la formation de moisissures, qui sont avec les acariens l'allergène le plus important. Chez les sujets dont le système immunitaire est affaibli, elles peuvent atteindre les organes internes notamment les poumons et provoquer des maladies graves. Selon une étude menée par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (*Allergie respiratoire, asthme, environnement*, ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville), la prévalence des maladies respiratoires est de 10 % dans les logements secs et de 25 à 35 % dans les logements humides.

Facteurs biologiques

Un taux d'humidité élevé entraîne aussi une prolifération des organismes vivants, en particulier des micro-organismes et des acariens.

Les acariens sont des petits animaux visibles au microscope. Ils sont considérés comme la principale source allergénique dans une maison (asthme, rhinite, eczéma). En fait, ce sont les protéines contenues dans les excréments et les débris de corps de l'acarien mort qui sont allergéniques. Il est difficile de bannir les acariens - surtout dans nos contrées tempérées - vu qu'ils se développent en partie dans les mêmes conditions que l'homme (humidité relative 75 %, t° > 25°).

Les micro-organismes, virus, bactéries, etc. qui se propagent dans l'air peuvent causer diverses infections à l'homme, suivant sa sensibilité. Leur développement est fortement lié à la problématique de l'hygiène : une évacuation correcte des eaux usées et des déchets ménagers, une toilette propre, qui ne donne pas directement sur des espaces de séjour, etc.

Les animaux parasites comme les rats, les souris, les insectes rampants mêmes s'ils ne sont pas directement nuisibles pour l'homme, peuvent agir comme vecteur de maladies soit par contact direct soit en infectant l'eau et la nourriture de l'homme.

Les animaux domestiques peuvent également être porteurs de maladies, comme par exemple la toxoplasmose par le chat. Les enfants sont particulièrement sensibles, du fait qu'ils adorent cajoler les animaux et leur donner des bisous. Il importe néanmoins de relativiser cette

Voici les principales sources d'humidité à l'intérieur d'une maison :

faire la lessive, sécher la lessive, cuisiner
prendre un bain ou une douche
faire la vaisselle, faire bouillir de l'eau
les plantes

laver les vitres, le sol
dormir

jusqu'à six litres par jour
jusqu'à deux litres par jour
jusqu'à deux litres par jour
Certaines plantes d'appartement peuvent dégager davantage d'humidité, parfois même plusieurs litres par jours
jusqu'à deux litres par jour
jusqu'à deux litres par nuit



situation : il ne s'agit pas de bannir tous les animaux domestiques, un animal domestique peut en effet jouer un rôle social et psychologique important, comme compagnie pour les personnes âgées, pour responsabiliser les enfants, ... Il faut juste prendre un minimum de mesures hygiéniques, comme par exemple se laver les mains après avoir joué avec un chien, désinfecter les griffes faites par les chats, ...

Les plantes peuvent aussi occasionner, après contact cutané ou ingestion, des réactions toxiques. Citons par exemple, le muguet, dont les feuilles et les clochettes peuvent provoquer des diarrhées et des vomissements. La sève des roses de Noël est très également irritante.

Facteurs physiques

Le radon est un gaz inodore et incolore, qui se développe surtout lors de la décomposition de l'uranium. On le retrouve dans des matériaux contenant de l'uranium, comme le plâtre et dans les sols surtout granitiques sur lesquels on construit. C'est la principale source de radiations radioactives en Belgique et la deuxième en France, après l'utilisation médicale. Selon les statistiques de l'Institut allemand de protection contre la radioactivité, quelques deux mille cinq cents habitants de l'ancienne Allemagne de l'Ouest meurent chaque année d'un cancer du poumon provoqué par le radon. C'est la deuxième cause du cancer du poumon après le tabac. En Belgique, le radon est responsable de 15 % du nombre de morts par cancer du poumon (huit cents à neuf cents morts, P. Janssens & L. Hens, *Mens en milieu, onze gezondheid bedreigd ?*, 1997).

A côté des radiations radioactives, il y a aussi les radiations non ionisantes, engendrées par les différents appareils dont l'homme ne cesse de s'entourer : appareils électro-ménagers, chaîne hi-fi, vidéo, tout ce qui est télécommunication mais aussi les infrastructures externes au logement et situées à proximité de celui-ci : cabines de transformation, lignes à haute tension, ... La nocivité de ces dernières sur la santé de l'homme reste controversée mais notons par exemple, que l'utilisation d'un GSM pendant une demi-heure d'affilée entraînerait

une augmentation d'un degré de la température du cerveau. Le lobby est néanmoins suffisamment puissant pour empêcher que des études approfondies ne soient menées à ce sujet.

Le bruit peut également être néfaste à la santé de l'homme, cause de troubles de l'ouïe lors d'expositions à des niveaux fort importants mais aussi cause de stress, d'hypertension, ... La relation entre le paramètre « bruit » et la notion de « nuisance sonore » est, du moins en partie, subjective. Il est néanmoins unanimement reconnu que l'exposition à un niveau sonore supérieur à 65 dB (A) nuit à la santé. L'Organisation mondiale de la santé a fixé des normes à cet égard.

Hygiène

Nous avons déjà évoqué, en parlant de la problématique des micro-organismes, la nécessité d'une évacuation correcte des eaux usées et des déchets ménagers, d'une toilette propre.

La pollution des eaux de surface et des nappes phréatiques demeure toujours un des grands problèmes de l'approvisionnement en eau. L'eau potable peut souffrir d'une pollution chimique due à la présence dans l'eau de substances inorganiques ou organiques et de métaux lourds (plomb, arsenic, cadmium, mercure).

Une source actuelle est la pollution de l'eau potable par des nitrates (NO_3) et des nitrites (NO_2) en provenance des engrais (lisier et engrais artificiels). L'épuration de l'eau n'a guère d'impact sur les nitrates et nitrites. Dans l'estomac, les nitrites peuvent se transformer en nitrosamines qui provoquent chez l'homme notamment des anomalies au niveau des reins et du foie. Le lien entre nitrosamines et cancer n'a cependant pas encore été démontré chez l'homme.

Par ailleurs, notons que la désinfection dans le traitement de l'eau génère des sous-produits cancérigènes, que l'on appelle des trihalométhanes (THM). Un problème toujours actuel est la pollution de l'eau potable par le plomb et le cuivre, des métaux lourds dégagés

par les conduites d'eau en plomb et en cuivre. Même dans les pays où de telles conduites sont interdites, elles sont parfois encore présentes dans de vieilles maisons.

L'évacuation des déchets (sanitaires ou ménagers) au moyen d'eau via le réseau d'égouts est élémentaire pour la santé publique et l'hygiène domestique. Un réseau d'égouts mal conçu ou mal entretenu est une aire d'incubation idéale pour les insectes (mouches, moustiques) et les rongeurs (rats, souris), susceptibles de transmettre des maladies à l'homme, ainsi que pour le développement de micro-organismes (par le mélange des défections et des détritiques).

Le Sick Building Syndrome (SBS)

Cette expression, que l'on pourrait traduire par « maladie transmise par le syndrome des bâtiments », s'étend en fait à toutes les affections que l'on peut constater dans un bâtiment. Dans un sens plus strict, le Sick Building Syndrome comprend une série de phénomènes atypiques (maux de tête, irritations des muqueuses, vertiges, fatigue, peau sèche et manque de concentration), constatés principalement dans des bâtiments à air conditionné et en rapport avec le travail, c'est-à-dire que les plaintes disparaissent pendant les week-ends et les vacances.

L'Organisation mondiale de la santé estime que 30 % des immeubles de bureaux neufs ou transformés sont atteints du Sick Building Syndrome et 10 à 30 % des utilisateurs de ces immeubles souffriraient de cette affection.

Nous ignorons toujours la cause précise du Sick Building Syndrome, mais il est probablement provoqué par un ensemble de facteurs. La pollution intérieure et les facteurs psychologiques joueraient un rôle majeur.

La surconsommation entraîne une énorme production de déchets. Un mauvais entreposage dégage de mauvaises odeurs en raison de la fermentation. Cette odeur attire des insectes et des rongeurs. Il arrive aussi que des oiseaux et des chats viennent chercher de la nourriture dans les déchets, avec comme résultat de répandre ceux-ci partout. Les déchets devront de préférence être triés avant d'être évacués.

Toutes les villes devraient s'efforcer d'organiser l'enlèvement des déchets à domicile.

Conclusion

En définitive, les polluants que l'on retrouve à l'intérieur d'un logement peuvent provenir soit de celui-ci, soit de l'extérieur.

Les sources de pollution intérieures au logement peuvent être globalement classées en deux catégories :

- d'une part, les éléments d'infrastructure, les matériaux, les équipements qui, en contact direct et indirect avec l'air (ou l'eau), peuvent devenir source de pollution ;
- et d'autre part, les diverses activités et comportements des habitants, dont l'influence sur la santé est importante. Citons le tabagisme, le bricolage, la cuisson d'aliments, l'utilisation de pesticides ou autres produits d'entretien, les habitudes de ventilation et les habitudes en matière d'hygiène.

Les recommandations pratiques que cette étude sera amenée à formuler devront être axées sur ces deux types de source à l'intérieur même du logement. Notons que changer les habitudes des gens, qui par essence sont subjectives, n'est pas évident. ●



De la complexité à la coopération

.....

Le rapport entre problèmes de santé et pollution intérieure, c'est-à-dire dans l'habitat, est maintenant reconnu. Sa complexité implique que de nombreux acteurs se mobilisent pour y porter remède.

.....

Comment alors préciser le rôle et le poids respectif des différents facteurs étiologiques ? Comment établir des priorités ? Comment tenir compte des conséquences (au niveau socio-économique, par exemple), des mesures possibles. Où situer les responsabilités, comment agir ?

C'est pour établir des ponts entre le domaine de l'environnement et celui de la santé, que l'Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement établissait, en 1999, une collaboration avec la Fédération des maisons médicales, à la demande du ministre de l'Environnement de la région de Bruxelles Capitale. Dans une première étape, la Fédération a constitué un dossier explicitant les effets des nuisances environnementales sur la santé et pointant les particularités bruxelloises. Ce dossier* a été présenté lors d'un forum en février 2000, rassemblant de nombreux experts scientifiques et acteurs de la santé et de l'environnement.

Elisabeth Maquet, médecin généraliste à la maison médicale Santé plurielle,
Marianne Prévost, sociologue, Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones,
Michel Roland, médecin généraliste à la maison médicale Santé plurielle.

L'origine d'une démarche

Les liens entre environnement et santé sont divers et complexes. Si l'on veut se focaliser sur les rapports entre l'habitat, c'est-à-dire l'environnement intérieur, et la santé, force est de se rendre à l'évidence : il est le plus souvent impossible de distinguer strictement facteurs intérieurs et extérieurs, les deux sont généralement présents.

En outre, les liens de causalité sont très diversifiés : le facteur en cause est parfois unique, c'est par exemple le cas pour le saturnisme (plomb) ; mais le plus souvent, différents facteurs jouent en synergie, ou ont des effets cumulatifs. Certains liens de causalité sont établis, d'autres sont seulement suspectés, voire controversés ; un facteur identifié peut jouer un rôle direct (c'est le cas pour le plomb, le CO, le tabac) – ou déclencher, voire aggraver une pathologie existante (l'humidité par exemple, dans le cas de l'asthme). Il y a parfois un effet de seuil, parfois non... l'effet sur la santé peut être rapide, ou ne se déclarer qu'à très long terme... Le plus souvent encore, il existe des interactions entre les facteurs d'environnement, des facteurs socio-économiques, comportementaux, génétiques, pathologiques..

La Cellule pollution intérieure et santé

Tant l'étude que le forum ont montré l'importance des problèmes de santé liés à l'habitat. C'est pour approfondir ces aspects que la Fédération et l'IBGE ont mis sur pied, depuis septembre 2000, une Cellule pollution intérieure et santé - la collaboration entre la Fédération et l'IBGE se poursuit donc, et a peut-être encore de beaux jours devant elle.

La Cellule pollution intérieure et santé est une plate-forme d'information, un carrefour de réflexions, qui réunit une série d'acteurs oeuvrant à Bruxelles dans le domaine de l'environnement, de la santé, de l'habitat. C'est aussi un lieu d'où remonteront vers les décideurs, les priorités signalées par ce groupe d'experts.

Cette Cellule n'est pas un groupe de pression politique, elle n'a pas de mandat officiel pour remettre des avis au ministre. Son objectif est d'établir des constats qui pourront étayer, influencer certaines décisions. L'institut bruxellois pour la gestion de l'environnement

* dossier sur Internet, à l'adresse suivante : www.ibgebim.be/obs.
 Le site est encore en construction, toutes les remarques sont les bienvenues.

et la Fédération des maisons médicales ont invité des personnes ayant une responsabilité importante dans leur institution, sans pour autant que celle-ci leur ait donné un mandat officiel pour participer aux travaux.

Les participants à la Cellule sont issus d'univers très différents. Cette diversité s'exprime à travers les différents axes de travail qu'il nous semblait au départ utile de développer - et parmi lesquels il a bien fallu choisir : favoriser les échanges entre acteurs ; valoriser les données de terrain pour mieux définir les actions pertinentes et pour interpeller les décideurs ; identifier les actions validées en terme de diagnostic environnemental ; former le personnel de santé qui va à domicile, à une détection rapide des facteurs de risque dans l'habitat ; obtenir la gratuité des diagnostics à domicile ; mettre au point des outils de communication pour les publics à risque et mobiliser les relais de ces publics ; obtenir des mesures d'accessibilité pour la modification des habitats insalubres et pour le relogement ; obtenir des modifications des normes des produits (pesticides, antiacariens) ; travailler avec les responsables de logements sociaux pour la salubrité de ces logements...

L'habitat, une grande boîte noire

Les premiers échanges de la cellule ont fait surgir beaucoup de questions et de constats, nous en livrons ici quelques-uns, sans bien sûr prétendre à l'exhaustivité.

D'abord, l'habitat est une grande boîte noire : la recherche montre qu'il se passe beaucoup de choses dans l'habitat, mais quoi ? Il est, par exemple, difficile d'isoler des paramètres pour expliquer certaines pathologies nouvelles, comme les rhinites qui sont en augmentation, ou pour expliquer le changement dans la morbidité de l'asthme. Autre exemple de complexité : la prévalence des allergies est plus élevée dans les couches favorisées, mais la sévérité est plus forte dans les couches moins favorisées.

La notion d'insalubrité n'est pas évidente : les allergies sont souvent liées à un excès d'hygiène

dans l'habitat occidental, à des modes de vie. Elles sont en quelque sorte la conséquence d'une interférence avec la nature. Cette constatation va à l'encontre de beaucoup d'idées reçues et doit guider la manière d'intervenir.

Pour être efficace, il faut développer des approches simples et accessibles

- au niveau des techniques de mesures permettant de situer les causes environnementales d'un problème ;
- au niveau des recommandations pratiques, tant pour la prévention que pour la remédiation.

En ce qui concerne les recommandations au public : pour que les gens puissent agir sur leur environnement, il est essentiel de :

- être sûr que les mesures préconisées sont correctes, et parfois dès lors aller à contre-courant de certaines fausses évidences (par exemple au lieu d'éviter la présence d'un animal à domicile, il vaut mieux en avoir un dès la petite enfance, l'enfant sera par la suite moins à risque d'allergie) ;
- conseiller des mesures simples, accessibles : il ne faut pas proposer des changements trop grands, impossibles à réaliser lorsqu'il existe des relations simples : par exemple, il est prouvé qu'un logement humide, comportant des moisissures, expose à un risque ; et la remédiation n'implique pas forcément de coûts élevés (les mesures coûteuses sont d'ailleurs souvent des escroqueries). Dans certains cas, un diagnostic très précis, adapté à une situation spécifique, peut entraîner des mesures simples et peu coûteuses ;
- éviter de donner des conseils contradictoires aux gens ;
- garder une perspective de santé publique : par exemple, ne pas recommander des housses de matelas à 10.000 BEF pour tous les enfants asthmatiques ; l'efficacité de ce type de mesure est trop faible.

Pollution de l'habitat : difficile à détecter, difficile d'intervenir...

Les soignants sont en première ligne pour entrer dans les maisons ; c'est au fond, la seule profession qui n'a pas besoin de mandat de



perquisition pour entrer chez les gens... Mais ils ne sont pas formés à identifier les facteurs de pollution de l'habitat : ils ne perçoivent que les situations d'insalubrité avérée, évidente. Il faudrait les former à détecter de manière plus fine, sans toutefois les transformer en spécialistes... des spécialistes sont parfois nécessaires, mais il en manque aussi...

L'identification des causes de pollution est coûteuse ; la gratuité est actuellement assurée pour le public dans les interventions du Laboratoire intercommunal et dans le projet pilote d'ambulance verte de l'Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement, mais ces interventions ne se font que sur demande d'un médecin et en cas de pathologie avérée : la limite de ce système est qu'il ne permet pas une approche réellement préventive.

Lorsque le diagnostic est établi se pose le problème de la remédiation : par exemple, pour les cas d'intoxication au monoxyde de carbone, le Laboratoire intercommunal de chimie et de bactériologie (Bruxelles) fait une visite à domicile pour identifier la source, mais le problème est que souvent les gens n'ont pas les moyens nécessaires pour changer l'appareil, modifier les installations. La mesure la plus utile a été le placement de systèmes de prévention sur les installations, fait par les compagnies de gaz ; mais ces installations coûtent plus cher et le problème n'est donc pas résolu pour tout le monde.

Dans les cas d'insalubrité grave, il peut être nécessaire de reloger les gens ailleurs ; mais Bruxelles manque de logements accessibles, et qu'advient-il du logement insalubre ?

Les travailleurs médico-sociaux peuvent conseiller des modifications de l'habitat ; mais ils se heurtent au problème des moyens ... Et comment parler aux gens de leurs conditions de logement sans les mettre face à un sentiment de misère, de honte, d'impuissance... ?

Ces quelques éléments illustrant la complexité de la problématique « pollution intérieure et santé » montrent la nécessité de développer une approche transversale et pluridisciplinaire.

Ce que la Cellule a fait jusqu'ici

Beaucoup d'échanges donc, qui ont permis de constituer un réseau, de mieux comprendre ce que fait chacun, de trouver une certaine culture commune et des complémentarités, de faire circuler des informations parmi les participants - et, au-delà, sur leurs terrains d'action respectifs. Et aussi, de se former à des aspects complexes, d'échanger des expertises

Les participants à la Cellule pollution intérieure et santé appartiennent aux institutions suivantes (sans pour autant, rappelons-le, en avoir reçu un mandat officiel) :

L'Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement (IBGE, département plaintes, projet CRIP - ambulance verte, département énergie), la Fédération des maisons médicales (FMM), le Centre local de promotion de la santé (CLPS), l'École de santé publique de l'université libre de Bruxelles, le Centre de prévention et d'étude des acariens, Cultures et Santé, Inter Environnement Wallonie - Projet Sandrine, le Laboratoire intercommunal de chimie et de bactériologie, la maison médicale des Marolles, la maison médicale Santé Plurielle, Forest Quartier Santé, la Fondation contre les affections respiratoires et pour l'éducation à la santé (FARES), l'Office national de l'enfance (ONE), le service pneumologie de l'Hôpital Saint-Pierre, l'Observatoire de la santé de la Région de Bruxelles-Capitale, le Réseau Idée, le Pesticides Action Network (PAN), le Centre de recherche et d'intervention sur les dynamiques institutionnelles et sociales (CRIDIS), l'Institut scientifique de santé publique - Louis Pasteur, Convivence, le Rassemblement bruxellois pour le droit à l'habitat (RBDH), la Fondation pour la prévention allergies, le Syndicat des locataires, l'Association royale des gaziers belges.

dans des domaines souvent très pointus, par exemple : la définition juridique des critères de salubrité de l'habitat, les difficultés techniques pour détecter les causes de pollution, la complexité des symptômes médicaux liés à la pollution intérieure, la difficulté de donner des conseils à une population qu'il importe de ne pas stigmatiser... Chacun a aussi pu être informé, recevoir des documents, éventuel-

lement participer à des initiatives particulières, dont quelques exemples indiquent la richesse et la diversité :

- des formations organisées pour les professionnels de santé par le projet Sandrine II et la Société scientifique de médecine générale (SSMG) sur les problèmes de santé et l'environnement ;
 - un colloque organisé par le projet Sandrine II à Eupen en décembre 2000, qui visait à sensibiliser le secteur de la construction, du logement, les mutuelles, les syndicats des locataires, les pouvoirs publics... ;
 - une enquête réalisée en Flandre sur les problèmes de santé/environnement extérieur (rapport : www.wvc.vlaanderen.be/gezondmilieu) ;
 - la plate forme logement initiée par le Rassemblement bruxellois pour le droit à l'habitat (RBDH) ;
 - une pétition « Mon assiette est folle » organisée par la Plate-forme souveraineté alimentaire, qui vise à sortir l'agriculture des accords de l'Organisation mondiale du commerce ;
 - une agora organisée le 9 juin 2001 par le Réseau des consommateurs responsables « La viande, de la nourriture... et beaucoup d'autres choses » ;
 - la deuxième rencontre « Vers des politiques communales de santé », organisée le 16 juin par la ministre Nicole Maréchal ;
 - une étude du Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs (CRIOC) sur la gestion des déchets liés aux pesticides ;
 - une brochure du Réseau des consommateurs responsables : « Consommer : un acte qui nous engage » ;
 - un dossier sur le logement du Rassemblement bruxellois pour le droit à l'habitat : Ongezonde woning-bethaalbare woning / Vous avez dit (in)salubrité... ;
 - la nouvelle mouture des brochures sur le saturnisme et sur le monoxyde de carbone de Cultures et Santé...
- la mise en évidence des symptômes qui peuvent être liés à une pollution de l'habitat : ces symptômes sont multiples et parfois peu évocateurs. Il s'agit ici de faire le bilan des problèmes qui peuvent alerter les intervenants de première ligne. Ce travail a déjà été présenté aux maisons médicales de Bruxelles, la finalisation du dossier est en cours ;
 - les aspects juridiques de l'insalubrité du logement : la notion d'insalubrité est mal définie au niveau juridique, et les critères ne sont pas uniformes : ils diffèrent selon les sociétés de logement, les règlements communaux... La réflexion entamée ici vise à motiver l'intégration de critères liés à la qualité de l'environnement intérieur dans la notion d'insalubrité ;
 - Un état de la question en matière de monoxyde de carbone (CO) : l'intoxication au CO est un problème bien connu, qui suscite l'action de multiples intervenants – pourtant, il n'est toujours pas résolu... où en est-on ? quelles sont les avancées dans ce domaine, les blocages, les nouvelles pistes ? Le travail entamé sur le CO donnera à la fois un bilan de la situation et un modèle d'analyse applicable à d'autres problématiques ;
 - Le bilan de la phase pilote de l'ambulance verte, la mise en perspective critique de ce projet, notamment grâce à l'enquête menée dans les maisons médicales autour de ce projet (voir article en page 41) ;
 - L'identification des observations utiles qui peuvent être faites par les intervenants non spécialisés qui vont à domicile (médecins, assistants sociaux, aides familiales, acteurs logement), et des mesures de remédiation simples et validées qu'ils peuvent conseiller aux habitants ;
 - Le bilan de la situation en matière de pesticides à usage domestique, cause importante de problèmes de santé ; le constat de départ est qu'il existe sur le marché une série de produits dont le danger est méconnu par le public. L'analyse porte sur ce qu'il y a moyen de faire en matière d'interdiction à la vente, de réglementation concernant l'étiquetage, de sensibilisation du public et des soignants, d'élimination des déchets nocifs, etc.

Au-delà de ces échanges, la Cellule a étudié des thèmes précis qui déboucheront sur des dossiers publiés par l'Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement dont le but est, rappelons-le, d'établir des constats destinés aux décideurs. Jusqu'ici, les sujets suivants sont au programme, avec divers degrés d'avancement :

Affaires à suivre... ●



Projet de plate-forme « Santé - Logement »

.....
Un outil global de prévention pour la santé des habitants.

Ce projet est né en mai 2001 à l'initiative des organismes suivants qui assurent actuellement l'organisation et le suivi des réunions et qui peuvent être contactés par toute personne intéressée à rejoindre le travail en cours :

- Centre d'étude et de prévention-acariens (CEPA) représenté par M. Laurent Van Hasselt ;
- Centre de recherche et d'intervention sur les dynamiques institutionnelles et sociales (CRIDIS) représenté par M^{me} Patricia Thiebaut et M. André Stengele ;
- Syndicat des locataires/Huurdersbond représenté par M. José Garcia ;
- Rassemblement bruxellois pour le droit à l'habitat/BBROW représenté par M^{me} Berthe Severain.

En vue d'agir sur un futur « code bruxellois du logement » et notamment la réélaboration d'un socle de normes de salubrité et de confort, l'objectif de cette plate-forme est d'inciter à la production commune de propositions par les acteurs associatifs de terrains concernés dans les différents secteurs « action sociale, environnement, logement, santé ».

Ce travail de réflexion intersectorielle démarre à partir de quelques hypothèses qui sont discutées ensemble ; affinées ou transformées selon les souhaits et les propositions de chacun des participants. Au nombre de quatre, ces hypothèses essayent de cerner le vaste champ d'investigation qu'il faudrait parcourir pour arriver à l'action souhaitée :

1. Dans un premier temps, les normes de salubrité concernent l'ensemble des occupants d'un bâti (habitat ou service ou espace professionnel), quel que soit a priori le statut de l'occupant (c'est-à-dire que ce dernier soit

locataire, propriétaire non-occupant ou propriétaire occupant).

Dans un second temps, il s'agira de définir les responsabilités de chaque statut en regard de ce qu'il faut faire pour atteindre ou conserver ces normes redéfinies de salubrité.

2. Une redéfinition de ces normes doit arriver à ce qu'on puisse agir avant que les problèmes de santé n'apparaissent.

Assez traditionnellement, tout ce qui relève de la toxicité et de la pollution est découvert ou reconnu à l'occasion de l'apparition de problèmes de santé chez les personnes. Avec tous les acquis de ces découvertes et des recherches scientifiques récentes sur une multitude de sources de toxicité et de pollution, il devient possible de cerner quels matériaux et quels comportements il faut éviter pour préserver la santé.

André Stengele, médecin, Centre de recherche et d'intervention sur les dynamiques institutionnelles et sociales.



3. Dans cette optique, et en prenant l'exemple du logement, il faudrait distinguer deux niveaux pour lesquels les normes de salubrité sont à prendre en compte :

- celui de la production du logement (quelles sont les normes qu'il faudrait rendre obligatoires dans l'usage des matériaux dans

la construction, dans l'interaction harmonieuse entre logement et environnement, etc. ?) ;

- celui de l'état du logement (quelles sont les normes qu'il faudrait rendre obligatoires lorsqu'il y a occupation, qu'il s'agisse de première occupation, de mise en location, de vente ?).

A ces deux niveaux s'ajoute une dimension supplémentaire qui est celle de la façon d'habiter (quels sont les connaissances et les comportements à promouvoir pour ne pas affecter ou compromettre sa santé ?).

Actuellement, les normes existantes concernent principalement et seulement partiellement l'état du logement. Les normes relatives à la production sont peu élaborées. Ce qui relève de la façon d'habiter renvoie plutôt au domaine de l'éducation en général ainsi que de l'éducation permanente des adultes.

4. A partir de ces deux niveaux pour lesquels des normes de salubrité doivent être prises en compte, il faudra alors situer à quelles conditions ces normes peuvent être garanties. On rentre alors dans le domaine des politiques publiques multiples dont la fonction est de réguler les conditions d'accès de tous à l'occupation d'un bâti sain. Ici, il faudra revoir comment les politiques publiques peuvent garantir ce qu'on pourrait appeler une forme de « contrôle technique » du bâti sain et comment des moyens adaptés peuvent être accordés aux personnes en fonction de leurs ressources et de leurs revenus.

Actuellement, la plate-forme a sollicité une centaine d'organismes de santé (dont les maisons médicales) et d'associations s'occupant du logement (Agences immobilières sociales, Réseau habitat, Associations de locataires, Syndicat des locataires, Syndicat des propriétaires, etc.) ainsi que divers réseaux de coordination sociale et de santé. La participation actuelle aux réunions de la plate-forme est représentative des divers secteurs sollicités. Le travail actuel est centré sur l'élaboration de propositions de normes nouvelles de salubrité et sur l'étude des modalités de l'octroi d'un certificat de conformité d'un logement en regard de ces nouvelles normes de salubrité.

Contact

CEPA : Centre d'étude et de prévention - Acariens : rue Saint Vincent, 101 à 1140 Bruxelles. Tél. : 02/242 02 92. E-mail : info@acariens.be.

CRIDIS : rue Anatole France, 90 à 1030 Bruxelles, P. Thiebaut : 02/243 06 62, A. Stengele : 02/242 34 85.

Syndicat des locataires : Square Albert, 18 à 1070 Anderlecht. Tél : 02/522 98 69 ou 524 42 03.

Rassemblement bruxellois pour le droit à l'habitat : rue du Poinçon, 19A à 1000 Bruxelles. Tél : 02/512 68 61. ●



Sandrine, l'enfant qui grandit

.....

Le projet Sandrine vise à prévenir des problèmes de santé liés à la pollution intérieure des habitations. Après une phase de sensibilisation des professionnels et de mise en commun des savoirs, il débouche aujourd'hui sur des réalisations pratiques.

.....

La population manifeste une crainte à l'égard des ondes électromagnétiques produites par les antennes relais des GSM, comme en témoignent notamment le nombre d'articles de presse, ou un récent arrêté de la Région wallonne qui prend en compte cette émotion du public. Hors, rien ne prouve objectivement qu'elles sont néfastes pour la santé, même si une série de signes montrent des problèmes, à partir d'une certaine densité de puissance, sur des cellules, des embryons ou des animaux de laboratoire.

*Jean Maertens,
anthropologue,
Inter-
Environnement
Wallonie.*

En revanche, le caractère cancérogène du radon est scientifiquement prouvé. Le radon est un gaz radioactif pouvant circuler à l'intérieur du logement et issu de certains sols, ou de certains matériaux de construction. Sa responsabilité est incriminée, à une certaine concentration, dans des cancers du poumon. Pourtant, ce dernier phénomène ne provoque pas autant d'inquiétude.

La perception « profane » des dangers

Quelles perceptions a le public du risque « santé-environnement » ? Les scientifiques partent d'un danger multiplié par un facteur d'exposition, ce qui définit le risque. Pour déterminer l'acceptabilité scientifique de celui-ci, on va le comparer à d'autres risques du même type. Mais la population appréhende les choses de manière très différente. Le risque est défini par des facteurs dont certains sont moins objectifs, et il est comparé à d'autres risques de la vie quotidienne ; c'est cela qui détermine son acceptabilité sociale.

Il est intéressant de comparer deux types de risques que l'on subit à l'intérieur des habitations : ceux qui sont liés aux ondes électromagnétiques (OEM) et au radon.

Les caractéristiques propres aux deux phénomènes peuvent expliquer l'attitude des gens. Les ondes électromagnétiques des antennes relais sont issues de l'activité humaine, elles engendrent des enjeux financiers, le phénomène est croissant et implique une exposition non maîtrisable aux ondes. Le radon est naturel, indécélable sans moyen technique et engendre une exposition constante.

Dans le tableau, j'ai essayé de comparer les ondes électromagnétiques et le radon. Cette comparaison est révélatrice de certains mécanismes qui agissent sur la perception du public. Il sera très difficile de convaincre des personnes fortement exposées au radon d'adopter des mesures de remédiation, alors que les ondes électromagnétiques, qui ne représentent qu'un danger potentiel, suscitent une angoisse assez générale.

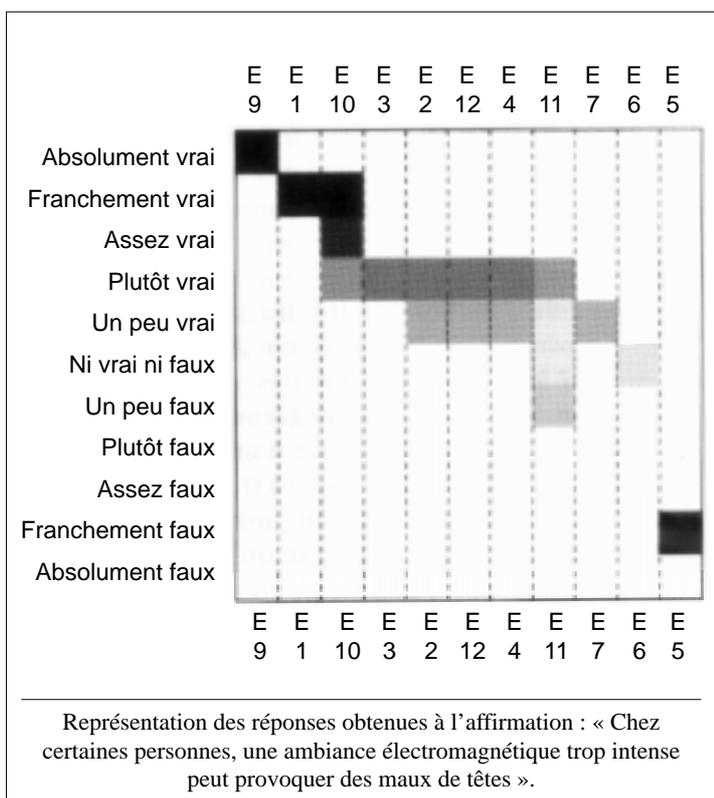
Les émotions varient donc sensiblement en fonction du polluant, et les incertitudes restent nombreuses. Nous estimons que l'information

Exposition aux ondes électromagnétiques	Radon
Invisibles - inodores - indécélables sans moyens techniques	
Conséquences de l'activité humaine	Phénomène naturel
Gros intérêts financiers en jeu	Peu d'aspects financiers en jeu
Exposition croissante et involontaire	Exposition constante
Émotion associée au couple enfant-cancer	Absence d'émotion malgré la référence au cancer
Données scientifiques très complexes	Données scientifiques avérées et relativement simples

doit recevoir la priorité. Dans quel sens faudrait-il aller ? On constate souvent que l'information vise à rassurer la population. Il serait important de sensibiliser particulièrement le public aux sujets qui suscitent peu d'alarme, mais aussi d'écouter les émois du public et de tenir compte des sujets qui le préoccupent le plus.

Dissensus dans la communauté scientifique

Les scientifiques eux-mêmes ont des avis différents, et parfois opposés. Des partenaires français du projet Sandrine ont tenté de représenter de manière visuelle la diversité des opinions parmi les scientifiques (voir graphique). Leur enquête révélait que par rapport à certaines questions touchant aux rapports entre l'environnement et la santé (par exemple les maux de tête que provoqueraient les ondes électromagnétiques) les avis étaient très partagés.



« Sandrine »

« Sandrine » fait référence au nom d'un enfant imaginaire vivant dans un environnement meilleur. Le nom est également la contraction des mots santé, développement durable, indoor pollution.

Le projet Sandrine a été mis sur pied par Inter-Environnement Wallonie (IEW) et la Société scientifique de médecine générale (SSMG). Il a pour but de prévenir des problèmes de santé liés à la pollution intérieure des habitations et mise également sur la sensibilisation et l'information des médecins généralistes, des architectes, des gestionnaires de logements sociaux.

Le projet a commencé en 1998, et est actuellement dans sa deuxième phase. La première phase consistait à sensibiliser un large public, mais aussi les médecins généralistes, aux pollutions à l'intérieur des habitations (indoor). Le généraliste est un scientifique de proximité ; comme il se rend à l'intérieur des habitations, il a la possibilité de prévenir une série de risques et de favoriser des comportements préventifs. De même pour l'architecte : s'il a conscience des problèmes d'indoor pollution, il pourra éviter toute une série d'écueils dans le choix des matériaux ou dans la conception même du bâtiment.

Face à une problématique chargée d'incertitude, les trois groupes - médecins, architectes, gérants de logements sociaux - réagissent de façons différentes. Les premiers éprouvent des difficultés à exprimer un point de vue au sujet de matières qu'ils ne maîtrisent pas bien et auxquelles ils n'ont pas de réponses thérapeutiques. Les seconds abordent plus facilement le sujet, même s'il est mal maîtrisé. Les derniers se sentent mis en cause par la problématique que soulève le projet « Sandrine » et limitent souvent au seul locataire la responsabilité des problèmes de santé dus à la pollution intérieure.

Il est nécessaire de croiser les différents savoirs et de faire interagir les multiples disciplines traitant du logement. En effet, une collaboration entre les différents professionnels



(psychanalystes, juristes, médecins, ...) permettrait un travail plus efficace en vue d'améliorer les conditions de vie à l'intérieur de l'habitat.

Le projet a des partenaires en France, en Grande-Bretagne, en Espagne et en Belgique. Différentes associations le soutiennent**. Elles sont multidisciplinaires et rassemblent des professions variées : des psychologues, des sociologues, des architectes.

Dans le cadre de ce projet, différents types d'actions ont été mis en œuvre. Notamment des journées de sensibilisation qui ont permis d'aborder différents thèmes tels que le radon, les allergies, les pesticides.

Une permanence téléphonique (071/300.301) a également été créée. Des informations concernant la pollution intérieure peuvent y être obtenues. En outre, ces contacts téléphoniques ont permis plusieurs constats, dont un taux de 34 % d'allergiques au sein de la population.

Ambulance verte

Au terme de cette première phase, nous nous sommes dit que la sensibilisation ne suffisait plus, qu'il fallait proposer un outil pour agir sur ce type de pollution. Comment donner la possibilité de faire des analyses à domicile, quand on se trouve confronté à un patient qui développe des symptômes apparemment liés

aux conditions intérieures de l'habitat ? Nous sommes donc arrivés au concept de l'« ambulance verte », ou plus précisément « système d'analyse des milieux intérieurs ». Plutôt qu'une mesure d'urgence - ce que peut laisser croire le terme d'ambulance verte - il s'agit en effet d'une mesure de prévention secondaire, qui permet également de développer des messages de prévention primaire.

Il fallait se concerter avec des gens qui travaillaient sur ce concept depuis de nombreuses années. C'est pourquoi nous avons fait appel au Dr Wampach, du Grand-Duché de Luxembourg et au Dr Lorenz, responsable d'un service d'ambulances vertes en Allemagne. Il était intéressant, notamment, de voir comment ce dernier était parvenu à convaincre les mutualités de participer au financement de son service, qui est privé.

Nous ont également rejoints M^{me} Nolard, de l'Institut scientifique de santé publique et Espace environnement, déjà partenaire de la première phase, dont la permanence téléphonique répond aux questions concernant le choix de matériaux respectueux de l'environnement et de la santé. ●

Projet Sandrine

Pour la Wallonie : IEW, rue de la révolution 7 à 1000 Bruxelles, tél 02/219.89.46.

Pour Bruxelles : SSMG, rue de Suisse 8 à 1060 Bruxelles, tél 02/533.09.80.

Un site internet reprend les polluants à surveiller dans la maison : <http://www.ful.ac.be/hotes/sandrine>.

Soutenu par la Direction générale santé consommation européenne, la Région wallonne, la Région bruxelloise, les Communautés française et germanophone, ainsi que par la Fédération belge contre le cancer.

Cet exposé rassemble les données d'un exposé présenté lors d'une journée de formation consacrée au thème santé et logement organisée par l'asbl Solidarités Nouvelles-Bruxelles (Cahier Santé de la Commission communautaire française n°13) et celles d'un exposé présenté lors du Forum Santé et environnement organisé par l'Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement et la Fédération des maisons médicales les 17 et 18 février 2000.

** entre autres la Commission européenne, Inter-Environnement Wallonie, Région de Bruxelles Capitale, Société scientifique de médecine générale.

«Ambulance verte» : l'expérience luxembourgeoise

Joseph
Wampach,
médecin,
ministère de la
santé, Grand-
Duché de
Luxembourg.

Exposé présenté
lors du forum
Santé et
environnement
organisé par
l'Institut
bruxellois pour la
gestion de
l'environnement
et la Fédération
des maisons
médicales les 17
et 18 février
2000.

.....

L'ambulance verte se rend au domicile des particuliers pour analyser les milieux intérieurs et y détecter les substances nocives pour la santé. Elle existe depuis 1994 au Grand-Duché de Luxembourg. Mini-bilan d'une expérience.

.....

Notre expérience a commencé en 1994. Nous avons suivi l'exemple des ambulances vertes allemandes. En Allemagne, le service est partiellement remboursé par les mutuelles, alors qu'au Grand-Duché, il est entièrement gratuit. Le ministre de la Santé a débloqué l'argent nécessaire, ce qui s'est révélé assez facile puisque les élections législatives étaient proches. Au début, les analyses étaient envoyées à l'étranger, mais le Laboratoire national de la santé s'est maintenant équipé pour effectuer l'analyse et l'interprétation des prélèvements, sauf en ce qui concerne les moisissures, qui sont envoyées à l'Institut scientifique de santé publique, chez M^{me} Nolard.

Comment fonctionne le service ?

Au début, nous ne faisons les visites que sur ordonnance médicale, mais aujourd'hui 30 % environ des visites sont demandées par le médecin traitant du patient.

Les frais de fonctionnement du service atteignent environ trois cent cinquante mille BEF par an, pour quatre cent cinquante visites. 97 % des visites ont des raisons sanitaires : les gens ont des problèmes de santé qu'ils croient liés à la présence d'une substance toxique dans l'habitat, ou bien ils craignent d'en avoir. Les 3 % qui restent ont une raison juridique. Par exemple, on a acheté un mobilier qui sent mauvais, et on voudrait vérifier s'il y a une émanation de gaz, pour obliger le fournisseur à reprendre ce mobilier.

Nous avons aussi adopté une démarche préventive : lorsque des gens ont acheté du mobilier et qu'ils veulent savoir s'il y a un risque de dégagement de formaldéhyde, par exemple, ils peuvent faire appel à nous. Lorsqu'il y a un risque, nous donnons des conseils pour traiter le mobilier afin de réduire les émanations.

L'État n'intervient pas dans les frais liés à l'assainissement. Mais il est très rare de devoir éliminer du mobilier, par exemple. Pour des meubles en panneaux de particules, comme on en trouve presque partout, il suffit souvent de traiter avec un vernis spécial pour fermer les pores sur les endroits de coupure. On ferme également les trous qui sont pratiqués dans les parois latérales des meubles pour varier la hauteur des étagères. Dès lors, il n'y a plus d'émanations.

Quels sont les symptômes les plus fréquents ?

Ils sont généralement récidivants et aspécifiques (c'est-à-dire qu'ils peuvent être causés par une multitude de facteurs) : dépression, altération du système immunitaire, douleurs musculaires,



migraines, toux chronique, écoulement nasal continu, etc. Face à des gens qui sont fatigués, qui dorment mal, qui ont des allergies, des asthmes bronchiques - tous symptômes que l'on rencontre en médecine générale -, s'il n'y a pas de cause organique, on peut penser à des causes environnementales.



Que cherchons-nous ?

On peut rechercher beaucoup de choses à l'intérieur des habitations, mais nous nous sommes limités à la détection des substances nocives dont l'effet sur la santé est bien connu et pour lesquelles on peut proposer une alternative ou un traitement pour limiter les émanations.

Nous recherchons le formaldéhyde, le pentachlorophénol (PCP) et tous les autres insecticides utilisés pour traiter le bois et le cuir (lindane, chlorotalonine, dichlofuanide), les pyréthroides pour le traitement des moquettes et des tapis (perméthrine, deltaméthrine cyperméthrine), les solvants, les moisissures, les acariens, le radon, les nuisances sonores et, seulement à la demande expresse des gens, les ondes électromagnétiques.

SAMI à Liège

En 1999, le conseil provincial de Liège a créé un Département de médecine de l'environnement au sein duquel s'est organisé le Service d'analyse des milieux intérieurs (SAMI), sous la responsabilité du docteur Nicolas. Le service intervient de préférence à la demande des médecins traitants afin que la situation médicale soit explicitée et que d'autres pistes soient écartées avant la réalisation de « l'indoor scopie ». Après une observation générale du bâtiment et des pièces incriminées, le SAMI effectue une série de mesures à l'aide d'appareils de détection portables : CO, formol, composés organiques volatils. Des prélèvements de fibres, de poussières ou de moisissures sont examinés au microscope. Des échantillons d'air, de bois, de moquette, de tapisserie peuvent être envoyés dans les laboratoires provinciaux pour des analyses plus poussées. Lorsqu'une relation peut être établie entre les symptômes dont souffrent les habitants de la maison et un polluant qui y est détecté, des solutions réalistes sont proposées dans la mesure du possible (par exemple, colmater les orifices pratiqués dans les murs et les plafonds pour le passage d'attaches de lustre, de buses d'aération ou de prises de courant afin d'éviter l'arrivée dans l'atmosphère de fibres de laine de verre employée comme isolant et responsable d'une toux chronique inexpliquée).

SAMI de Liège : rue des Augustins 43, 4000 Liège, tél 04/232.87.49, fax 04/250.66.38.

Au début, nous ne nous occupions que du PCP, mais depuis son interdiction les cas ont fortement diminué, et d'autres produits ont été utilisés, comme le dichlofuanide. Le problème, c'est que l'on connaît mal les effets du dichlofuanide. Tous les systèmes d'ambulance verte rencontrent le même problème : on travaille toujours avec dix ans de retard. Il faut du temps pour établir clairement un lien entre toxique et maladie et, quand ce lien est établi et le produit interdit, l'industrie en sort un nouveau. On court toujours derrière...

De temps en temps, on nous demande si tel ou tel produit ne pose pas de problème mais, avec quatre cent cinquante visites par an, nous avons

«Ambulance verte»: l'expérience luxembourgeoise

du mal à avoir des chiffres statistiquement significatifs. Il est donc délicat pour nous de conseiller l'interdiction d'un produit.

Il ne faut pas oublier que nous sommes un service public ; nous ne pouvons pas nous permettre de décrier tel produit et donc telle firme. Mais il existe des organisations non-gouvernementales qui établissent des listes de substances nocives.

Quels sont les résultats ?

Les statistiques pour le PCP montrent une évolution bien claire. En 1996, sur quatre-vingts analyses, près de la moitié donnaient un résultat positif, c'est-à-dire une concentration supérieure à 5 mg de PCP par kilo de matériel. Le nombre des analyses a légèrement diminué pendant les deux années suivantes, et il a encore diminué en 1999 : une cinquantaine pour quatre cent cinquante visites. Toujours en 1999, le nombre de cas positifs a fortement baissé par rapport aux années précédentes. Quelle peut être l'explication de ce phénomène ? Je pense qu'au début le problème du PCP était bien connu dans la population et que les gens voulaient savoir ce qu'il en était, tandis qu'aujourd'hui, suite à une directive européenne, ce produit est interdit au Luxembourg - comme en Belgique, je crois.

Autre exemple, celui du formaldéhyde. Il existe des normes pour le formaldéhyde dans l'air ambiant, mais elles ne sont pas légales, officielles. L'Allemagne a fixé une norme de 0,1 ppm. Si je trouve 0,1 ppm dans l'air ambiant de la chambre d'un bébé, je peux être sûr qu'il y a un lien de causalité franche et nette entre cette concentration et l'état de santé de l'enfant. Avec l'expérience accumulée pendant ces cinq dernières années, nous avons établi notre propre norme, tout à fait officieuse, à 0,025 ppm. Pourquoi ? Parce qu'en dessous de cette valeur, on n'a jamais aucun problème de santé, tandis qu'au-dessus, surtout chez les enfants en bas âge, des problèmes peuvent se présenter, au niveau ORL notamment. Chez les adultes, je pense qu'il faut intervenir à partir de 0,05 ppm. Pour moi, le lien est clair entre la santé et la présence de cette substance dans l'air ambiant. Je pense à un jeune enfant : il avait tout le temps le nez qui coulait, avec des otites moyennes à

répétition ; en neuf mois, on avait essayé quatre ou cinq antibiotiques différents. Il avait une chambre toute neuve, c'était le premier enfant de la famille. On a trouvé des concentrations de formaldéhyde qui dépassaient 0,1 ppm. Comme c'était assez grave, j'ai fait enlever tout le mobilier et, au bout de trois semaines, le bébé n'avait plus rien.

Il est très difficile de travailler préventivement, au niveau des fabricants de mobilier, par exemple. Même quand on respecte la norme il y a un dégagement de formaldéhyde avec des meubles en panneaux. Et on ne peut pas imposer aux gens d'acheter du mobilier en bois plein, parce que c'est trop cher. Là où intervient un aspect préventif, c'est quand les gens nous appellent avant d'avoir un problème de santé : ils demandent d'analyser le mobilier qu'ils viennent d'acheter.

Quels problèmes avons-nous rencontrés ?

Celui dont je me souviens le mieux, c'est qu'on ignorait si les toxiques avaient vraiment un effet sur l'état de santé, ou si c'était essentiellement une opinion courante parmi le public. Mais il n'y a pas eu de surprise de ce genre : de nombreux cas d'amélioration de la santé ont été relevés suite aux mesures d'assainissement que nous avons recommandées. Les symptômes ne sont pas gravissimes, il ne s'agit pas de risque de cancer, par exemple, mais la qualité de la vie est sensiblement diminuée dans la majorité des cas.

Une autre difficulté, c'est que nous n'avons pas toujours de feedback de la part des gens, après l'assainissement, mais nous avons souvent des échos indirects, par le cousin, la voisine, etc. Nous voudrions également réorganiser le service, que le Laboratoire national prenne en charge l'échantillonnage et les analyses, de façon à ce que le médecin puisse s'occuper de façon encore plus approfondie des relations entre maladies et polluants. ●



L'ambulance verte: une expérience pilote, une enquête dans les maisons médicales à Bruxelles

.....

Depuis février 2001, les maisons médicales ont eu la possibilité d'utiliser l'ambulance verte. Ce service, coordonné par l'Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement (IBGE), a été proposé à titre gratuit à un petit échantillon de soignants à Bruxelles pendant sa phase pilote, qui se termine en septembre 2001. Actuellement, les promoteurs souhaitent reconduire et étendre ce projet, en développant différents aspects, notamment : la remédiation, l'accessibilité financière, la collaboration avec différents secteurs concernés.

conseils aux habitants pour réduire voire éliminer la ou les nuisance(s).

Le projet de la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure a aussi pour objectif l'étude et l'évaluation des pollutions intérieures liées à l'habitat urbain en Région de Bruxelles-Capitale, ce qui permettrait à plus long terme de préparer une stratégie d'actions préventives (conseils, comportements, traitements, ...).

Partenaires du projet : Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement (IBGE), Institut scientifique de santé publique (ISP), Fondation contre les affections respiratoires et pour l'éducation à la santé (FARES), un expert en acarologie (Acari Control Consult).

Élisabeth Maquet, médecin généraliste à la maison médicale Santé plurielle,
Marianne Prévost, sociologue, Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones,
Michel Roland, médecin généraliste à la maison médicale Santé plurielle.

.....

Cent enquêtes à domicile étaient prévues pour la phase pilote ; soixante-cinq avaient été faites au 30 juin, trente demandes supplémentaires restant à traiter. A cette même date, les responsables du projet mentionnent que huit maisons médicales (dix-neuf médecins) avaient introduit des demandes d'enquête.

La Fédération des maisons médicales s'est associée à ce projet en organisant plusieurs rencontres entre les responsables de la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure et les maisons médicales bruxelloises, ainsi qu'un séminaire sur les symptômes évoquant une pollution de l'habitat.

La Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure (projet CRIPI), a pour but principal de repérer dans l'habitat des pollutions pouvant engendrer des problèmes de santé. L'analyse du domicile est faite par l'équipe de l'ambulance verte, sur demande d'un médecin suspectant un lien entre un problème de santé et une pollution intérieure. Le diagnostic établi par l'ambulance verte s'accompagne de

Nous avons aussi sollicité la participation des maisons médicales à une enquête qui visait essentiellement à apporter aux promoteurs de l'ambulance verte des informations utiles pour enrichir et éventuellement adapter leur projet aux réalités du terrain. Deux questionnaires ont été conçus, en collaboration avec les responsables de la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure et certains utilisateurs de l'ambulance verte. Le premier (questionnaire A) devait être rempli pour tout

L'ambulance verte: une expérience pilote, une enquête dans les maisons médicales à Bruxelles

patient présentant des symptômes évocateurs d'une pollution intérieure – même si le soignant ne faisait pas appel à l'ambulance verte : nous voulions avoir une description large des problèmes rencontrés, ainsi que des raisons de non recours à l'ambulance verte. Le deuxième questionnaire (B) ne devait être rempli que pour les patients ayant été visités par l'ambulance verte, après le passage de celle-ci.

Les soignants ont ainsi pu décrire les problèmes de santé qu'ils rencontrent, le contexte dans lequel ils surgissent, les causes telles qu'elles sont envisagées par les patients et par eux-mêmes, les premières réactions des patients face à l'ambulance verte... Ces informations sont venues compléter l'évaluation faite par les promoteurs du projet, laquelle porte sur des aspects plus techniques tels que l'identification et la quantification des facteurs de pollution.

Il va de soi que les données récoltées (par la Fédération et par la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure) ont une valeur descriptive, et ne permettent pas de tirer des conclusions générales quant aux problèmes de santé liés à l'habitat dans la Région bruxelloise ; ces études ne sont qu'un pas vers une meilleure prise en compte de ces problèmes encore trop méconnus.

En juin, les résultats ont été présentés lors d'un séminaire qui a réuni des membres de maisons médicales, les responsables de l'ambulance verte et les chercheurs de la Fédération des maisons médicales. Les échanges ont permis de compléter les observations et d'ouvrir de nouvelles pistes de réflexion.

Les résultats de l'enquête

Six maisons médicales ont participé à l'enquête. Au 1 août 2001, nous avons reçu vingt-sept questionnaires A et dix questionnaires B. Malheureusement, aucun questionnaire n'a été renvoyé lorsqu'il n'y avait pas de demande à la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure... La description des problèmes existants est dès lors moins riche qu'elle aurait pu l'être, mais les échanges qui ont eu lieu lors de la présentation des résultats ont cependant

apporté des compléments intéressants.

● Caractéristiques des patients

Parmi les vingt-sept patients décrits dans l'enquête, beaucoup présentent une certaine fragilité : il y a neuf enfants de six mois à huit ans, et quatre personnes de plus de septante ans. Onze patients sont de nationalité étrangère, et un intervenant signale que son patient se heurte à des attitudes racistes qui entravent sa recherche d'un autre logement. En terme de composition de ménage, il y a cinq personnes isolées et neuf mères seules avec enfants. Par ailleurs, outre leur symptomatologie organique, une quinzaine de patients présentent des difficultés sociales, psychologiques ou relationnelles, généralement cumulées.

Quatre patients sont propriétaires de leur logement ; neuf le louent à une personne privée, sept à une société (Sorelo, Foyer etterbeekois, Fonds du logement, Ville de Bruxelles, Foyer bruxellois, Foyer jettois), trois à un CPAS.

● Les symptômes

Dans vingt-cinq cas, les symptômes sont chroniques et/ou multiples ; dans treize cas, une ou plusieurs autres personnes de la famille présentent également des symptômes, soit plus de la moitié des cas de personnes non isolées (celles-ci sont au nombre de vingt-deux).

Le tableau de la page suivante précise la symptomatologie, et montre que les symptômes décrits correspondent bien à des pathologies en lien avec des facteurs d'environnement. Ces symptômes sont presque toujours de type respiratoire, parfois accompagnés d'autres symptômes. En outre, ils sont souvent intenses, parfois graves et très inconfortables.

Le plus souvent, les soignants pensent que le lien entre le problème de santé et l'environnement est fort ; ils évoquent une pollution intérieure générale dans vingt cas, et indiquent parfois des facteurs plus spécifiques tels qu'humidité, moisissures, acariens, manque de lumière ou de chauffage, promiscuité. La plupart du temps, ils ont déjà visité le logement, et sont donc bien placés pour avoir une première

Les maisons médicales participantes sont : Santé Plurielle, Marolles, Riches Claires, Tournesol, Maelbeek, Esseghem.



Symptomatologie

Infections respiratoires chroniques récidivantes
Asthme bronchique + rhinite et conjonctivite allergique
Insuffisance respiratoire sous oxygène
Bronchites à répétition puis otites fréquentes depuis 98 + toux sèche chronique
Éternuements dans la cuisine + prurit chronique invalidant + douleurs abdominales chroniques
Asthme allergique
BPCO avec surinfection chronique + prurit + vomissements + dépression*
La patiente crache quand elle est dans la cuisine et la salle de bain
Rhinites récidivantes dans un contexte familial allergique
Asthme atopique/BPCO + allergies aux poussières et aux poils de chat + eczéma allergique + œsophagite
Prurit intense
Asthme bronchique sévère
Asthme bronchique
En deux ans : trois otites moyennes aiguës, trois bronchites, nombreux épisodes de toux et rhinite, rhinorrhée quasi-constante
Exacerbation de symptômes respiratoires chez trois personnes de la famille
Dyspnée + prurit
Apparition d'asthme depuis quelques mois + tensions familiales et plaintes psychosomatiques multiples liées aussi à l'exiguïté de l'appartement
Rhumes souvent suivis de bronchites
Infections respiratoires fréquentes nécessitant antibiothérapie + radiographies
Crises d'asthme à répétition
Encombrement bronchique et dyspnées à répétition, avec hospitalisations répétées
Encombrement bronchique à répétition, avec amélioration lors des séjours hors appartement
Encombrement bronchique à répétition
*Asthme + symptômes ORL**
Symptômes ORL récidivants
Crises d'asthme chez les enfants fréquentes et en relation avec la pièce où l'enfant dort

vision des problèmes qui peuvent se poser. Dans les échanges verbaux, ils ont souhaité avoir une *check list* améliorant leurs possibilités de faire rapidement une observation pertinente.

● Les pollutions identifiées

Le rapport de la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure (portant sur quarante-cinq analyses faites à Bruxelles, avec résultats complets), mentionne vingt-sept problèmes fongiques*** dont quatre graves (nécessitant un déménagement urgent) ; quarante problèmes chimiques dont vingt-deux importants ; quarante et un problèmes d'acariens dont vingt et un importants. Ce rapport souligne que les

résultats d'analyse ont pu mettre en évidence des problèmes non visibles à l'œil nu : seules les analyses en laboratoire ont permis de détecter une source de pollution importante. Pour les analyses acarologiques et chimiques en particulier, l'observation visuelle est peu efficace – mais c'est également vrai dans certains cas de moisissures. Il y a donc un équilibre à trouver entre l'observation « généraliste » et l'analyse spécialisée...

Au niveau des analyses chimiques, la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure a constaté de façon générale des concentrations relativement élevées en benzène, toluène, formaldéhyde, alcanes et hydrocarbures. Ces

**BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive.*

***ORL : oto-rhino-laryngologique.*

****fongique : en rapport avec des champignons et/ou des moisissures.*

L'ambulance verte: une expérience pilote, une enquête dans les maisons médicales à Bruxelles

substances sont présentes en concentrations supérieures aux normes établies pour l'air extérieur, alors que les gens passent plus de 80 % de leur temps dans des endroits clos... Les pesticides sont également fréquemment retrouvés (lindane, dichlorvos, ...), même en « bruit de fond »...

● **Commentaire**

La demande d'une intervention de l'ambulance verte semble généralement fondée ; les soignants précisent verbalement qu'ils n'ont pas voulu faire de demande inutile, se rendant compte qu'il s'agit d'une expérience pilote et que le service doit pouvoir être disponible aux cas qui le nécessitent réellement.

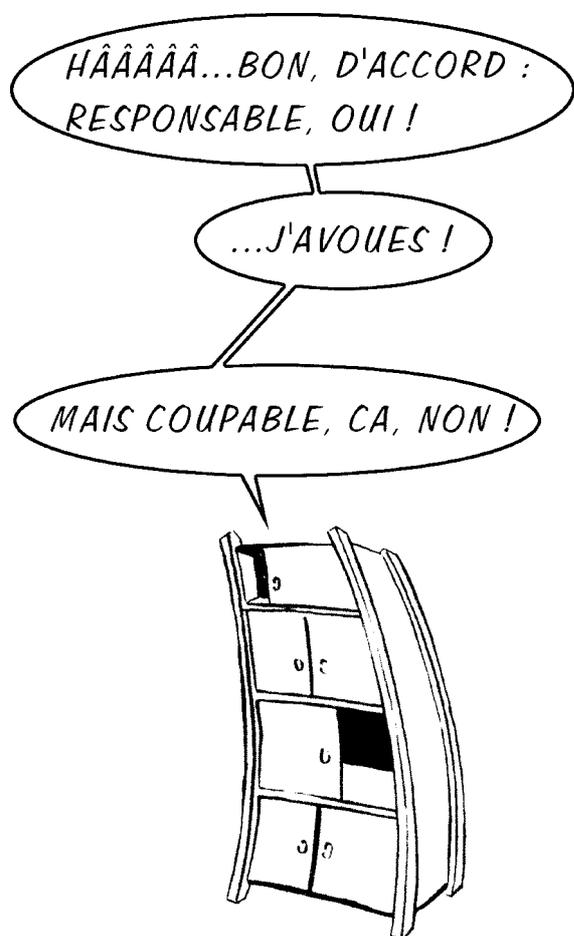
Les soignants n'ayant rempli le questionnaire que lorsqu'ils ont décidé de faire appel à la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure, l'enquête ne donne qu'une image

partielle des problèmes de santé liés à l'environnement ; et l'on ne peut malheureusement pas évaluer dans quelle mesure les soignants auraient peut-être sous-utilisé l'ambulance verte. Des commentaires oraux indiquent qu'ils hésitent parfois à demander cette intervention même lorsqu'elle leur semble techniquement utile : la raison en est que le service leur semble assez lourd (équipe de plusieurs personnes non connues du patient), et peut provoquer un sentiment d'intrusion, de mise en jugement, chez des patients avec lesquels il est difficile de construire une relation de confiance (cas cité : les populations turques). Certains soignants ayant fait appel à l'ambulance verte ont d'ailleurs accompagné l'équipe d'analyse afin de faciliter son intervention, et de rassurer les patients.

Une autre raison de possible sous-utilisation est le manque de certitude quant au rôle de la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure : par exemple, un soignant se demande si cette intervention est utile pour le cas d'un patient dont l'examen sanguin révèle une intoxication au CO. Il semble clair pour ce soignant, que la cause du problème est le chauffage, et il lui semble inutile d'affiner le diagnostic de pollution. Pourtant, l'analyse de la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure aurait peut-être permis de préciser la source exacte des émanations de CO (appareil défectueux, défauts d'installation, problèmes de cheminée, de tirage...) et de faire des recommandations spécifiques.

Enfin, on remarque que certains symptômes connus pouvant être liés à l'environnement ne sont jamais mentionnés (céphalées, troubles de l'apprentissage, ...). Quelques hypothèses peuvent être émises :

- ces symptômes sont moins fréquents, et moins graves à première vue ;
- les patients consultent moins pour ces symptômes ;
- les soignants perçoivent moins le lien possible avec une pollution intérieure ; ils précisent d'ailleurs verbalement qu'ils pensent rapidement à des problèmes d'environnement face à des symptômes respiratoires ou allergiques, mais moins face





à des symptômes plus vagues, moins spécifiques. Ils manifestent le souhait de recevoir une *check list* pratique ;

- les patients eux-mêmes perçoivent moins le lien entre certains symptômes et l'environnement, et n'attirent donc pas l'attention du soignant sur un lien possible (comme ils le font, par contre, dans la plupart des cas décrits).

L'attitude des patients

Presque tous les patients ont très volontiers accepté la proposition d'une visite de l'ambulance verte - ce qui n'est en fait guère étonnant puisque la plupart d'entre eux avaient spontanément évoqué un lien entre leurs symptômes et leur habitat (on peut dès lors se demander si les soignants sont eux-mêmes suffisamment sensibilisés...). Seuls deux patients étaient hésitants, parce qu'ils craignaient des réactions négatives de la part de leur propriétaire...

Le plus souvent les soignants estiment que les patients concernés n'ont pas un comportement générateur de pollution (ils nettoient bien, aèrent suffisamment, ne fument pas, ...) ; c'est donc bien en général au niveau du cadre lui-même que se situe le problème. Mais lorsqu'ils constatent un problème d'hygiène ou de comportement, plusieurs soignants trouvent difficile d'en parler au patient : ils craignent d'être intrusifs, de paraître juger et disqualifier des personnes déjà vulnérables, de mettre à mal une relation de confiance parfois fragile ; ils ne sont pas sûrs des conseils à donner, ils ont l'impression que le conseil a peu de chances d'être efficace.

● Commentaire

Comme souvent, ces éléments sont en interaction : la difficulté humaine d'aborder une question est d'autant plus grande si le soignant est lui-même dans une incertitude, n'a pas des points de repère suffisamment clairs, et craint de soulever un problème face auquel le patient ne sera pas en mesure de réagir. Dans les échanges verbaux, les soignants ont souhaité avoir une liste de conseils simples et validés

qu'ils puissent transmettre aux patients. Ils souhaitent également que soit créée une fiche reprenant ces conseils à destination des patients : ils connaissent diverses brochures centrées sur un thème (CO, saturnisme, ...) mais il leur semble plus facile de regrouper les recommandations en une dizaine de conseils généraux, non centrés sur une problématique particulière. Ils estiment que les patients ignorent parfois des choses élémentaires et sont très ouverts, voire demandeurs, de ce type de matériel.

Un renforcement du rôle des soignants semble d'autant plus utile que les premiers conseils donnés par l'équipe de la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure lors de sa visite (donc avant d'avoir les résultats de l'analyse) auraient pu être donnés par un soignant bien informé : ces conseils sont relativement généraux et correspondent souvent à ce que le soignant percevait déjà du logement ou des comportements du patient.

Démarches antérieures

Plusieurs patients avaient déjà entrepris auparavant - généralement sans succès - diverses démarches (demandes auprès de la société de logement, de l'ONE, du propriétaire, appels à des sociétés de désinfection...), qu'ils espéraient pouvoir renforcer en faisant intervenir la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure.

Ceci semble témoigner des difficultés à trouver une solution. Certains soignants qui n'ont pas fait appel à l'ambulance verte ont d'ailleurs signalé qu'ils connaissaient en général suffisamment bien les situations, et que le problème leur semblait plutôt se poser au niveau des solutions possibles qu'au niveau du diagnostic environnemental précis ; affiner le diagnostic causal alors que les mesures indispensables de remédiation semblent impossibles leur paraissait inutile, voire contre-productif (effet de découragement).

Plusieurs soignants regrettent que le diagnostic de la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure ne puisse pas directement

L'ambulance verte: une expérience pilote, une enquête dans les maisons médicales à Bruxelles

appuyer une action légale, qui leur semble souvent indispensable pour pouvoir modifier le problème.

Les coordinateurs de la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure précisent que cela est exact puisque ce diagnostic n'est pas posé dans le cadre d'une enquête judiciaire. Néanmoins, dans le cadre d'une procédure, ce diagnostic fournit des éléments irréfutables sur base desquels une expertise légale peut être demandée.

Les premiers effets de la visite de l'ambulance verte

Il faudra attendre l'évaluation à plus long terme que feront les responsables de l'ambulance verte, pour pouvoir mesurer la mise en place des solutions proposées et leur impact sur la santé du patient. Dans l'immédiat, les soignants signalent en général que l'intervention a eu un effet positif sur le patient : il est mieux sensibilisé au problème, il a le sentiment d'être pris au sérieux, que la gravité du problème est reconnue, qu'il y a une explication et des solutions possibles.

Certains conseils ont été appliqués : arrêt ou réduction de l'utilisation d'insecticides pour deux patients, achat d'un protège matelas, condamnation d'une pièce insalubre, aération, aspiration du matelas.

Dans deux cas cependant, les soignants signalent des effets négatifs, essentiellement un découragement face à l'importance des changements suggérés ; ces soignants estiment qu'il faudrait une gradation dans les conseils donnés (pour que l'on n'ait pas l'impression que c'est « tout ou rien »).

En guise de conclusion : Des pistes d'action et de réflexion

Sur base des analyses menées jusqu'ici, les responsables de la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure estiment que « les habitants vivent en permanence dans un bruit de fond de polluants important et inattendu »... Les problèmes de santé relevés

dans cette expérience pilote sont loin d'être bénins ; on ne peut actuellement pas en mesurer la prévalence, et les données récoltées jusqu'ici plaident pour un recueil systématique qui devrait permettre de mieux apprécier l'ampleur des problèmes de santé liés à l'environnement.

Ces problèmes sont complexes : les incertitudes scientifiques sont importantes, et les facteurs en cause pour une pathologie donnée sont parfois très nombreux. Le seuil de nocivité de certaines substances n'est pas toujours clairement établi, et il est souvent difficile d'estimer les risques liés à la présence d'une substance dans un logement, lorsque celle-ci n'est pas courante ; il se peut aussi que certaines substances présentes en faible concentration aient un effet sur la santé mais à long terme... bref, de nombreuses questions restent à étudier, et la somme des incertitudes peut rendre l'action difficile...

L'ambulance verte, qui est un premier pas très concret vers un indispensable partenariat entre les spécialistes de l'environnement et de la santé, ouvre aussi à des interpellations vers d'autres secteurs ; pour les développements futurs, les responsables de la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure prévoient notamment de mener une réflexion quant aux possibilités de financement du diagnostic environnemental : comment élargir l'utilisation de cet outil à des conditions d'accessibilité permettant de répondre aux besoins ? L'enjeu pourrait être de définir le diagnostic de pollution intérieure comme une mesure sanitaire entrant dans la même logique d'accessibilité que les prestations de soins reconnues dans la nomenclature... Signalons qu'en Allemagne, les analyses et diagnostics sont pris en charge par les mutuelles à raison d'un remboursement correspondant à l'enquête de base. On en est encore loin en Belgique...

Au-delà du diagnostic proprement dit, et même lorsque le problème est bien cerné, c'est bien souvent l'application des solutions nécessaires qui se heurte à de multiples obstacles ; tant la prévention des nuisances que la remédiation aux problèmes constatés impliquent l'intervention de professionnels appartenant à divers horizons. Les responsables de la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure et, plus



largement l'Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement, entament dès lors des collaborations avec divers secteurs - le logement, et notamment les logements sociaux, la construction...

En ce qui concerne les acteurs de la santé, leur rôle est évidemment fondamental puisqu'ils sont en contact direct – tant en première ligne qu'au niveau spécialisé – avec les problèmes de santé liés à l'environnement, avec le contexte dans lequel ces problèmes se présentent. Ils sont donc dans une position clé pour identifier ces problèmes, donner des conseils de base, estimer la pertinence de faire appel à l'équipe spécialisée de l'ambulance verte, accompagner le patient dans ses démarches de remédiation, ... et donc, tout particulièrement lorsqu'ils travaillent en équipe pluridisciplinaire, jouer un rôle de relais vers d'autres acteurs, jusqu'à interpeller les instances décisionnelles locales. Lors des échanges qui ont eu lieu avec les maisons médicales autour de cette expérience pilote, différentes étapes ont été proposées dans le cadre d'une stratégie globale d'intervention :

- premiers conseils donnés par les soignants de première ligne, face à des problèmes évidents, et accompagnement du patient pour l'application de ces conseils ;
- si les symptômes persistent : appel à un intervenant-logement « généraliste » capable de donner des conseils techniques plus spécifiques ; par exemple à Forest, l'Union des locataires apporte ce type d'aide sur demande du médecin ou du public, et dans certains cas soutient des démarches sociales ou juridiques ;
- coordination avec les acteurs sollicités, appréciation de l'évolution des problèmes de santé constatés ;
- si les symptômes persistent : appel à la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure, et suivi des remédiations conseillées.

Cette nouvelle approche pragmatique des problèmes de santé en est à ses débuts. L'expérience relatée ici, comme d'autres réalisées ailleurs, en montre la nécessité. Il reste à souhaiter que tout sera mis en œuvre pour poursuivre dans cette voie. ●

Dernière minute !

Le projet CRIPI continue. Les maisons médicales peuvent donc faire appel à l'ambulance verte selon la même procédure qu'auparavant.

Les préoccupations de santé

Myriam De Spiegelare, médecin, Observatoire de la santé de la Région de Bruxelles-Capitale.

Exposé présenté lors du forum Santé et environnement organisé par l'Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement et la Fédération des maisons médicales les 17 et 18 février 2000.

.....

Les missions de l'Observatoire de la santé sont « de recueillir, de traiter et de diffuser les informations nécessaires à l'élaboration d'une politique coordonnée de la santé sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale ». C'est dans un esprit de transversalité que les autorités ont choisi d'élargir les missions de l'Observatoire aux aspects sociaux de la santé, en particulier à la pauvreté. On retrouve la même volonté d'élargissement dans l'axe santé-environnement.

.....

J'ai retiré quelques données des statistiques que nous analysons actuellement. En 1998, le nombre de décès par intoxication au CO dans la Région est de 1... Il y a là une sous-estimation évidente, liée à un manque de précision dans les certificats : j'ai trouvé quatre-vingt six décès suite à l'exposition à un agent d'origine inconnue. On retrouve ici la question de la sensibilisation et de la formation, en l'occurrence la formation des médecins à certifier le plus précisément possible la cause des décès.

Auprès de qui recueillir les informations ? J'ai parlé des données sur la mortalité. Ce qui est très difficile à obtenir, ce sont des données de morbidité, qu'il s'agisse de la prévalence ou de l'incidence. Nous faisons des démarches auprès des mutuelles. On peut aussi obtenir des données par l'intermédiaire du résumé clinique minimum, mais c'est un outil peu fiable sur le plan épidémiologique. Il faut établir des partenariats avec les travailleurs de terrain qui sont confrontés quotidiennement aux demandes de la population : les médecins généralistes, les infirmières, les services préventifs comme l'ONE et Kind & Gezin, les services de médecine scolaire, de médecine du travail. L'Observatoire s'est engagé avec ces partenaires pour développer des outils de recueil de données permettant d'avoir une meilleure perception de l'état de santé de la population.

Recueillir des informations

De quelles informations s'agit-il ? Auprès de qui va-t-on les recueillir ? Comment garantir la qualité de ces informations ?... Nous avons accès à certaines informations, comme les certificats de décès : pour l'année 1998, c'est l'Observatoire qui analyse les statistiques de décès en Région bruxelloise. Ces données peuvent nous permettre de chiffrer certains problèmes de santé liés à l'environnement, mais il faut rester très prudent. Par exemple, on dispose de données fiables sur les décès par cancer, mais il est difficile d'établir un lien avec les problèmes environnementaux bruxellois, étant donné le laps de temps qui sépare l'exposition à un toxique et le décès : des gens peuvent avoir migré entre-temps et s'être installés à Bruxelles.

Analyser les informations recueillies

Notre deuxième mission est d'analyser les informations recueillies. Je ne vais pas entrer ici dans les détails de l'analyse statistique. Je pense qu'un aspect des plus importants est l'intégration des données : de même qu'un médecin généraliste, pour évaluer l'état de santé de son patient, doit intégrer les données de l'anamnèse, de l'examen physique du patient, des examens complémentaires, de ce qu'il constate dans l'habitat, - nous devons, pour faire un diagnostic de l'état de santé de la population bruxelloise, intégrer des données de qualité différente, des données de type quantitatif et qualitatif, des données limitées dans certains sous-groupes de population, etc.



Il est très important que l'Observatoire approche la santé de manière aussi globale que possible. Dans le domaine de l'environnement, on a pu voir qu'il existe une interaction entre différents déterminants de la santé. On a parlé du saturnisme : il est certain que les enfants carencés en fer sont plus sensibles à l'intoxication au plomb. Or, les enfants de milieu défavorisé sont beaucoup plus souvent carencés en fer ; on estime que, dans les quartiers populaires bruxellois, un quart des enfants sont concernés.

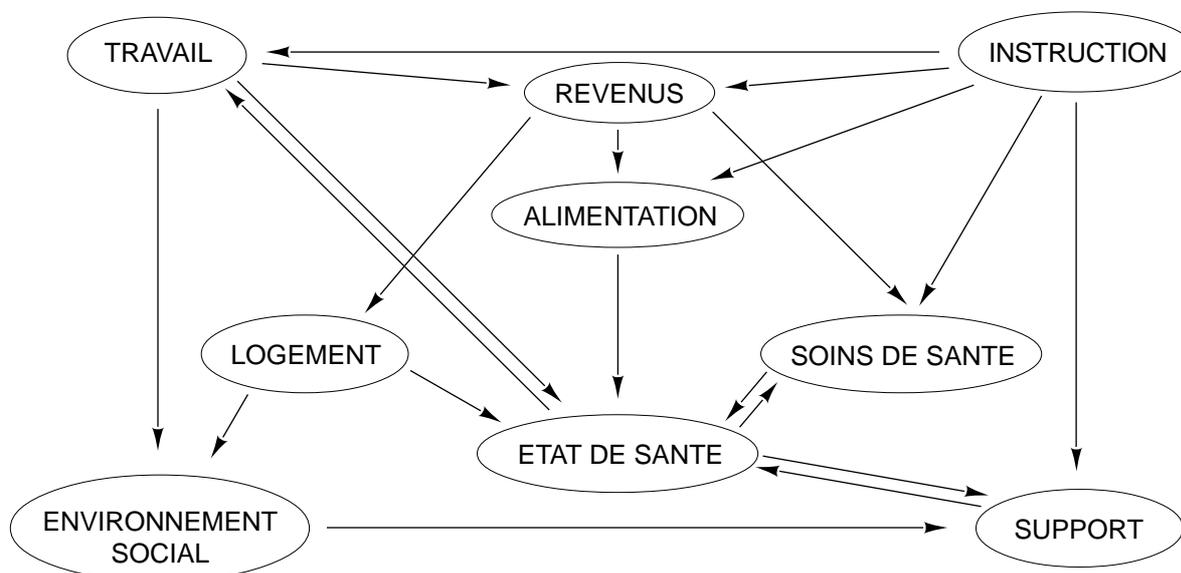
Autre exemple d'interaction : des études ont montré que le tabagisme passif avait des effets sur la fonction respiratoire des enfants, qui étaient non pas additionnels mais synergiques avec les effets de l'humidité. En d'autres termes, un plus un n'égalent pas deux mais trois. Or on sait que dans les quartiers du centre de Bruxelles et de la première couronne, l'humidité des logements est associée à un tabagisme passif plus important.

Il faut également resituer les déterminants environnementaux dans le cadre plus large des déterminants de la santé. Le schéma ci-dessous, bien que très simpliste, montre que l'état de santé des personnes est lié à un nombre très important de facteurs en interaction.

Depuis peu, à l'Observatoire, nous avons la

chance de travailler avec une géographe sociale qui a participé à l'élaboration de la cartographie de la pauvreté à Bruxelles. Cet outil nous permet de mieux visualiser dans l'espace certains déterminants de la santé. Les logements sans confort de base (c'est-à-dire ceux auxquels il manque au moins un des éléments suivants : eau courante, salle de bain ou douche) sont concentrés dans la partie gauche du pentagone, à Molenbeek, Cureghem, Ixelles, Etterbeek, une partie de Schaerbeek, Saint-Josse. Dans ces quartiers, plus de 35 % des logements ne disposent pas du confort de base. Si on compare avec la carte du revenu moyen par habitant, on retrouve à peu près les mêmes zones. On peut donc s'attendre à ce que vivent, dans ces logements sans confort de base, des gens qui n'ont pas non plus les moyens de les réaménager.

Nous envisageons de travailler les dimensions spatiales de la santé au départ de cet outil. Nous souhaiterions travailler avec l'Institut bruxellois de la gestion de l'environnement, qui dispose de cartes similaires en termes de bruit ou de pollution extérieure. Si l'ambulance verte se met bientôt en route, on réalisera peut-être aussi une cartographie de la pollution intérieure. En « croisant » l'ensemble de ces facteurs, on aura une meilleure vision des zones où des actions prioritaires devraient être engagées.



Diffuser les informations recueillies

Enfin, notre troisième mission est de diffuser les informations recueillies. Auprès de qui ? En premier lieu, auprès des décideurs politiques et institutionnels : l'Observatoire se considère avant tout comme un outil d'aide à la décision. Nous souhaiterions toucher également les professionnels et la population, ainsi que le monde scientifique : nous estimons avoir la responsabilité d'interpeller les chercheurs, pour que leurs travaux soient orientés vers les problèmes réels du terrain, et que celui-ci puisse bénéficier de la rigueur méthodologique des recherches.

Pour donner des informations en terme de santé et d'environnement, il faut construire des indicateurs spécifiques dans ce domaine. L'Organisation mondiale de la santé, dans le cadre du projet Ville-Santé, a sélectionné cinquante trois indicateurs qui permettent d'évaluer l'état de santé d'une population urbaine. On y retrouve des indicateurs classiques (mortalité, faible poids à la naissance...), pour lesquels l'Observatoire peut certainement apporter sa contribution, mais aussi :

- le degré de participation de la population à la résolution des problèmes (nombre de groupes d'entraides, par exemple) ;
- l'accès aux soins ou l'offre de soins ;
- des indicateurs de type social (niveau d'études, proportion d'enfants quittant l'école sans diplôme...) ;
- des indicateurs environnementaux (degré de pollution atmosphérique, qualité de l'eau, niveau de pollution perçu par la population) ;
- des indicateurs de la qualité de vie (accès aux espaces verts, aux espaces de détente et de loisirs...) ;
- des indicateurs de pauvreté.

Tous ces aspects doivent être mesurés et pris en compte. Mais, si le rôle des experts en santé publique est bien de construire ces indicateurs, c'est le rôle de la population et des professionnels de la santé de définir ce qui doit être mesuré en priorité : un indicateur n'est qu'un outil de mesure.

A titre d'exemples, voici des questions qui pourraient être des appels à la construction d'indicateurs à l'échelle de la ville : comment mesurer l'accès réel à des lieux de détente adéquats ? Comment mesurer la sécurité des logements, la sécurité dans la ville pour les enfants ? Comment mesurer l'accès à l'eau potable pour tous, l'accès à un logement pour tous ? Comment mesurer les troubles du sommeil liés au bruit ? Et comment mesurer les cumuls et les interactions de ces différentes nuisances ?

Pour conclure, je dirai qu'outre son apport en termes de données, l'Observatoire de la santé voudrait engager un partenariat très large avec les autres administrations mais aussi avec les professionnels de terrain et avec la population, pour que les problèmes de santé soient pris en compte dans l'entière des politiques urbaines : logement, mobilité, aide sociale... Tout cela peut se retrouver dans le concept de Ville-Santé, vers lequel les autorités régionales souhaitent s'engager.

Débat

(L'exposé que vous venez de lire a été présenté au Forum santé environnement de février 2000 et suivi d'un échange avec l'assemblée, dont nous vous proposons quelques extraits).

● Jean Cech, éditeur du magazine *Ecomanager*

On nous a parlé des outils de mesure qui sont mis en place, d'une part, par l'administration de l'Environnement et, d'autre part, par l'Observatoire de la santé. J'ai un peu l'impression d'avoir affaire à une main gauche et une main droite, ces deux mains travaillent-elles ensemble ?

● Myriam De Spiegelaere

Je pense que les mesures peuvent être séparées pour des raisons techniques. Ce qui importe, c'est de faire des propositions en termes de politiques, puis d'évaluer l'impact de ces politiques. Et là, on ne peut plus travailler séparément : il faut vraiment travailler main dans la main.



● **Jean Cech**

Ne vaudrait-il pas mieux qu'un seul outil prenne l'ensemble des mesures ?

● **M. Jean-Michel Mary**, cabinet du ministre de l'Environnement et de la Santé de la Région de Bruxelles Capitale

L'Observatoire de la santé en Région bruxelloise est, sous sa forme actuelle, un outil récent, mais Myriam De Spiegelare et l'Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement échangent déjà des informations. Des passerelles ont été mises en place. Et, au moment où l'on conçoit cet Observatoire de la santé, j'ai été heureux d'entendre qu'on a le souci d'intégrer l'ensemble des paramètres qui font la santé dans une ville. Il n'y a pas que l'environnement : on a évoqué le social à plusieurs reprises ; il y a des facteurs culturels qui ont une incidence sur les modes de vie et la santé des gens... Par ailleurs, le ministre Gosuin a déjà développé à plusieurs reprises l'idée d'un Observatoire régional qui centraliserait l'ensemble des données produites à Bruxelles, alimenterait un « état de la Région » publié régulièrement et s'inscrirait dans la logique du Plan régional de développement. Le Plan régional de développement devrait idéalement intégrer toutes les facettes de la vie urbaine, y compris les aspects en relation avec la santé.

● **Jean-Pierre Hannequart**, directeur général de l'Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement

Il me semble qu'en effet nous faisons tout ce que nous pouvons pour travailler de manière intégrée. En même temps, j'ai le sentiment que nous ne sommes pas à la hauteur des problèmes : il faudrait changer le logement, changer la qualité de l'air, changer les produits et les substances en circulation.

Notre société ne reconnaît pas les problèmes dans toute leur dimension : de temps en temps, on s'alarme parce qu'une catastrophe apparaît sur l'écran de télévision, mais après c'est reparti... Les gens ne croient toujours pas aux changements climatiques. Ils ne croient pas à la pollution des fleuves, ils pensent qu'on va épurer l'eau. Ils ne croient pas qu'il y a du benzène dans les villes, que c'est cancérigène et qu'il est temps de prendre des mesures plus



radicales... On est dans un monde qui n'a toujours pas compris quelle était l'ampleur des problèmes et que les solutions sont loin d'être trouvées. On discute de pentachlorophénol, de PCB, etc. Tous ces produits ont été repérés dès la fin des années 60 ou le début des années 70 ! On a fait des conférences internationales, on a rédigé des conventions... Mais on en reste à des interdictions partielles. Il faut cinq ans pour faire aboutir une convention internationale, puis cinq ans pour la ratifier, et encore cinq pour l'appliquer : entre-temps, la pollution de l'environnement se poursuit, le PCB continue à pénétrer dans tous les milieux. On n'est pas à la hauteur, particulièrement en ce qui concerne les toxiques et l'interdiction de produits et de substances.

Mesurer, évaluer les problèmes diffuser les informations recueillies, ça ne suffit pas ! Il faut

travailler à la source : où est la source de la pollution du Danube ? Où est la source de la marée noire en France ?... Où est la source de la pollution intérieure ? Il faut changer l'habitat ! Mais les architectes et les gens qui font bâtir une maison n'ont toujours pas compris qu'il faut changer les conceptions et les méthodes de construction. C'est très bien, ce qu'on fait mais j'ai l'impression que, dans dix ans, on ne sera pas encore sorti de l'auberge.

C'est une pierre dans le jardin du politique, mais plus généralement il s'agit d'une prise de conscience de la société. On ne parle que de mondialisation : qu'est-ce qu'on a comme outils face à la mondialisation ? Des gens vont casser la baraque pour empêcher une réunion, et tout le monde est content parce qu'on a empêché une réunion qui allait libéraliser encore un peu plus les choses. Mais c'est loin d'être la solution ! Les multinationales continuent à commercialiser tout et n'importe quoi. Quand elles ne peuvent pas fabriquer un produit ici, elles vont le fabriquer ailleurs. Depuis qu'on a pris conscience du problème de l'environnement, je ne sais pas quels produits on a vraiment arrêté de produire et de commercialiser sur la planète !

● **Alfred Bernard**, professeur à l'université catholique de Louvain

Je voudrais abonder dans le sens de M. Hannequart. Dans notre société, il y a pratiquement un divorce entre la réflexion, la pensée, le savoir, d'une part, le pouvoir et l'action, d'autre part. On sait énormément de choses sur les risques majeurs. Mais ceux qui décident ne sont pas ceux qui savent. Les scientifiques ont beau tirer le signal d'alarme en ce qui concerne l'effet de serre, pas grand-chose ne bouge. Il y a des problèmes récurrents au niveau du trafic : on sait ce qu'il faut faire ! On peut accumuler des données, mais le passage à l'action ne se fait pas, ou il ne se fait pas partout : il y a une grande variabilité entre pays, certains suivent les avis des scientifiques, d'autres pas. Il existe des pollutions irréversibles, que l'on connaît, mais qui ne sont pas médiatisées : on n'en parle pas en dehors des milieux scientifiques. Il faut dire que certaines mesures ne sont pas très attrayantes, ni économiquement, ni politiquement.

● **Jean Cech**

N'y a-t-il pas aussi une part de responsabilité du monde scientifique, sur le plan de l'éducation et de l'explication claire et intelligible des problèmes ?

● **Jean-Michel Mary**

On se tourne vite vers le politique, c'est légitime. Mais je voudrais aussi renvoyer la balle dans le camp des scientifiques. Quand on leur demande de définir un problème (par exemple, quel est l'impact sur la santé de tel type de pollution), il n'est pas fréquent qu'il en ressorte, comme aujourd'hui, une corrélation évidente entre tel type de pollution et tel groupe de pathologies. Dans la plupart des exposés, nous avons droit aux précautions oratoires : « on pense croire que... mais on n'en est pas vraiment sûr ». Le politique doit pouvoir prendre des décisions. Bien sûr, dans le doute, il vaut mieux s'abstenir, et surtout s'abstenir de polluer. Mais quand on demande quels sont les polluants qu'il faut éradiquer d'urgence parce qu'ils ont un effet éminemment nuisible sur la santé, on n'a pas toujours des réponses très claires.

● **Myriam De Spiegelaere**

C'est vrai qu'il n'y a pas de certitude par rapport à certaines questions, mais si quelque chose ressort, c'est bien que le logement joue un rôle très important dans le lien environnement-santé. L'état des logements, dans la plupart des quartiers populaires de Bruxelles, est mauvais. Dans ce domaine, il y a vraiment des choses à faire : aider à la rénovation, permettre aux familles d'avoir un logement de taille adéquate (la ventilation d'un logement dépend aussi du nombre de personnes qui y vivent !)... Tout cela ne fait de doute pour personne. Des mesures immédiates peuvent être prises, mais une décision politique de soutien à une partie de la population est nécessaire. ●



Le saturnisme infantile

.....

L'intoxication au plomb : problème de santé, problème d'organisation, problème de législation...

L'exposé que vous allez lire se continue par un échange avec l'assemblée dont nous vous livrons les répliques importantes.

.....

En effet, les habitations y sont souvent construites en bois, et les peintures utilisées pour protéger le bois contenaient énormément de plomb. Il y a donc eu de nombreux cas d'intoxication : dans les années 70-80, on trouvait jusqu'à 90 % d'enfants de moins de cinq ans qui avaient plus de 100 microgrammes de plomb par litre de sang. Suite aux interventions tant régionales que nationales, les chiffres sont tombés sous la barre des 20 %. Actuellement, le dépistage n'est plus général mais ciblé : on recherche les enfants qui sont en contact avec une source de plomb.

Qu'en est-il des aspects médicaux ? Les signes cliniques sont évocateurs mais non spécifiques : ils vont de la pâleur aux troubles digestifs, en passant par les retards scolaires et surtout une cassure de la courbe poids/taille. Le plomb est fixé dans les tissus minéralisés, dans les os : à cet endroit, tant qu'il n'est pas relargué, il ne constitue pas un problème pour l'individu, mais une partie circule dans l'organisme, en équilibre entre différents compartiments que sont les tissus mous et le sang.

Je vais vous parler du saturnisme, c'est-à-dire de l'intoxication au plomb, chez l'enfant. Pourquoi les enfants ? Parce qu'ils vont assimiler 30 à 50 % du plomb avec lequel ils entrent en contact, par voie digestive notamment, tandis que pour les adultes on parle de 5 à 15 %.

Le diagnostic se fait par un examen sanguin, pour mesurer le taux de plombémie et faire un bilan au niveau du fer. Le traitement, dans les cas les plus graves, se fait par chélateurs*, mais, pour les cas de faible intoxication, il suffit d'éloigner l'enfant de la source de plomb.

Un toxique puissant

Le plomb est omniprésent dans l'environnement : on peut le détecter aussi bien dans l'air que dans l'eau, le sol ou les sédiments des rivières ou de la mer. C'est un toxique puissant. Le premier cas de saturnisme, relevé en Australie en 1891, était dû à une intoxication par des peintures écaillées à haute teneur en plomb. Jusque dans les années 60, on parlait du saturnisme comme d'une maladie professionnelle, mais on a pu montrer qu'il s'agissait d'un problème de santé publique et de contamination de l'environnement.

Les premières enquêtes effectuées en Europe datent des années 80, mais c'est surtout aux Etats-Unis que la problématique a été étudiée.

Des sources multiples

Quelle est la population à risque ? Ce sont surtout des enfants en bas âge, qui vivent dans des logements anciens et vétustes. En effet, les vieilles maisons regorgent de peintures chargées en plomb ; lorsqu'elles sont mal entretenues, les peintures s'écaillent ou tombent en poussière, et les enfants vont les ingérer ou les respirer. Lorsqu'on rénove ces maisons (par exemple par sablage), il faut donc penser qu'on va diffuser dans l'atmosphère de la poussière de plomb.

Il ne faut pas mentionner que les peintures, mais aussi l'eau circulant dans des canalisations en plomb. On n'utilise plus ce type de canalisations, mais un certain nombre de logements

Christophe Sykes, chercheur, Institut scientifique de santé publique.

Extrait du Cahier Santé de la Commission communautaire française n°10 et d'un exposé présenté lors du Forum Santé et environnement organisé par l'Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement et la Fédération des maisons médicales les 17 et 18 février 2000.

**chélateurs de plomb : médicaments qui capturent le plomb dans l'organisme et facilitent son élimination.*

anciens en contiennent toujours. Il faut aussi citer les contenants alimentaires (boîtes de conserve), les remèdes ethniques non médicamenteux et les cosmétiques : avec M. Petit, nous avons trouvé à Bruxelles des khôls* contenant jusqu'à 70-80 % de plomb. Ce sont des cosmétiques artisanaux importés, vendus dans certains commerces bruxellois.

Comme voies d'entrée, j'ai cité la digestion et la respiration, mais il y a, dans une plus faible mesure, les conjonctives (khôl*) et le derme. Enfin, dès avant la naissance, le fœtus peut être intoxiqué au travers du placenta si sa mère est en contact avec une source de plomb.

Tir au plomb

D'autres sources d'intoxication au plomb sont décrites. En 1990, un contrôle de médecine du travail détecte des taux de plomb quatre fois supérieurs au taux accepté chez un travailleur d'une usine de peinture. Le mystère est que c'est le seul ouvrier à présenter un taux dépassant la norme. Une enquête aboutit à la conclusion que c'est à l'occasion de la fréquentation assidue d'un stand de tir que monsieur V. s'intoxique. Le plomb était inhalé sous forme de poussières produites par l'ignition du détonateur contenant du styphnate de plomb, par la poudre contenant de l'oxyde de plomb, par l'érosion de la balle à base d'alliage de plomb dans le canon, et par la fragmentation du projectile lors de l'impact. Le plomb a pu également être ingéré via la souillure de la main lors de la coulée des balles et du nettoyage des armes. Les amateurs de tir devraient être considérés comme à risque.

Source : Gennart J.P., Lauwerys R. et Van Damme J., *Louvain Médical* 109, 409-411, 1990.

Des normes légales floues

Avant de parler des études réalisées à Bruxelles, je voudrais attirer votre attention sur une problématique récente : une directive européenne de 1998 vise à diminuer la concentration du plomb dans l'eau de distribution. Pour l'instant, on autorise jusqu'à 50 microgrammes de plomb par litre, alors que cette directive vise une concentration maximale

* Le khôl est un fard de couleur sombre que l'on applique sur les paupières, les cils et les sourcils.



de 25 microgrammes de plomb en 2003, pour arriver à 10 microgrammes de plomb en 2013.

Le problème de cette législation, c'est le texte. On lit que les sociétés distributrices seront dorénavant responsables de la qualité de l'eau non plus jusqu'au compteur mais jusqu'au robinet. Cependant, elles pourront faire des prélèvements n'importe où dans le réseau, et donc un prélèvement spécifique et localisé sera écarté par le prélèvement en amont. Ailleurs on lit que la société distributrice sera juge des méthodes d'échantillonnage : le texte dit qu'il faut « utiliser une technique appropriée », sans être plus précis. Tout cela est assez flou. Sur base des résultats d'analyses du Laboratoire intercommunal de chimie et bactériologie, je crois qu'à Bruxelles nous n'aurons pas trop de problèmes pour respecter cette directive, et finalement elle fera peu évoluer la problématique de l'intoxication.

Un enfant sur quatre ?

Venons-en aux études qui ont été réalisées. A l'Institut scientifique de la santé publique (ISSP), depuis 1978, une surveillance de la



population est effectuée pour le plomb et le cadmium. Elle montre très clairement une chute de la concentration du plomb dans la population générale. Cette étude est réalisée avec l'aide de la Croix-Rouge et des centres de transfusion de sang. Malgré cette chute, il subsiste des groupes de populations à risque, et il faut donc continuer à s'inquiéter en raison de la plus grande sensibilité au plomb des jeunes enfants.

Nous avons fait une enquête dans les quartiers à risque bruxellois, c'est-à-dire ceux qui contiennent une proportion importante de bâtiments anciens et délabrés. En collaboration avec les consultations ONE dans ces quartiers, les médecins, en s'aidant d'un questionnaire, détectent les enfants susceptibles d'être intoxiqués par le plomb et les envoient faire un dépistage sanguin. Sur une période de cinq années, on voit que 11 % environ des enfants ont une concentration supérieure à 200 microgrammes de plomb par litre de sang. Si on suivait la norme française (100 microgrammes), on pourrait considérer qu'un enfant sur quatre vivant dans ces quartiers est intoxiqué par le plomb.

En conclusion

- Il y a un problème sur le plan législatif, puisqu'il n'existe aucun texte belge ou européen concernant les populations à risque. En 1998, la France a inclus un chapitre sur le saturnisme dans une législation plus large au niveau des droits sociaux.
- A Bruxelles, un pourcentage assez important d'enfants dépassent les normes de sécurité. Mais ces chiffres ne peuvent pas être extrapolés à la population infantile générale, puisque tous les enfants ne sont pas exposés au plomb. Dans nos études, c'est l'exposition à la peinture qui ressort le plus. Il n'a pas été prouvé que l'eau de distribution était une source importante d'imprégnation pour les enfants.
- Enfin, la présence de plomb ne suffit pas pour entraîner une intoxication, il faut aussi que celui-ci pénètre dans l'organisme de l'enfant (par exemple par une activité main-bouche).

Echanges avec l'assemblée

Comment savoir ?

J'ai, dans une habitation, un plafond qui s'écaille. Un peintre me dit que je ne peux pas utiliser n'importe quel solvant parce que, en dessous de la couche qui s'écaille, il y aurait une ancienne peinture à base de plomb. Est-il possible de faire un prélèvement pour savoir ce qu'il en est ?

● Christophe Sykes

A Bruxelles, nous travaillons en collaboration avec l'ONE, mais aussi avec le Laboratoire intercommunal de la ville. Lorsqu'un enfant est détecté comme ayant un risque saturnien, l'équipe de M. Petit va faire des prélèvements (peinture, eau, et poussière si nécessaire) et une enquête environnementale. Voilà pour le dépistage des enfants. Mais ces analyses sont accessibles gratuitement à tout habitant de Bruxelles.

Une participante :

Et quand il ne s'agit pas d'un enfant malade ?

● Daniel Petit

C'est à voir. Normalement, il faut qu'on suspecte une intoxication. Sinon, nous ne pourrions plus faire face au nombre de demandes qui nous seraient adressées. Il faut au moins un léger dossier médical. Sans cela, les analyses ne sont pas gratuites, mais elles ne sont pas très coûteuses : environ mille BEF.

Des situations contrastées d'un quartier à l'autre

● Christophe Sykes

Une petite précision. On parle toujours du saturnisme comme d'un problème propre aux quartiers défavorisés. Mais il arrive aussi que de jeunes couples achètent d'anciennes maisons de maître à rénover et emménagent avant la fin des travaux, avec de jeunes enfants. Or, il y a des risques : le ponçage remet le plomb dans l'environnement direct. Il ne faut donc pas associer le problème du plomb aux seuls quartiers défavorisés.

● **Anne Steenhout**, directrice du groupe d'études écotoxicologiques sur les polluants, la santé et les impacts sur l'homme à l'Institut de gestion de l'environnement et de l'aménagement du territoire (IGEAT), université libre de Bruxelles

Notre service réalise des études sur le plomb dans les familles de différents quartiers à Bruxelles. Je voudrais réagir sur l'affirmation selon laquelle l'eau n'est pas un risque dans l'agglomération.

Les expositions excessives au plomb chez les enfants peuvent provenir de peintures ou de poussières, dans les cas d'exposition aiguë, mais il y a aussi des expositions chroniques, résultant d'une somme de sources, parmi lesquelles diverses poussières mais aussi l'eau de distribution. Ce risque n'est pas réparti de la même manière sur l'ensemble de la Région. Je n'ai pas retrouvé une explication quant à l'origine de ces risques.

Quelles recommandations, quelles méthodes ?

Anne Steenhout poursuit

Par ailleurs, en matière de rénovation, il faudrait penser à fournir des recommandations, aux professionnels comme aux amateurs, sur le type de rénovation qui réduirait les risques. Des recommandations spécifiques seraient utiles aussi sur la directive européenne relative à l'eau potable. M. Sykes a dit qu'il n'y avait pas de risque dans la Région. Or, dans les enquêtes que nous avons faites, les contaminations varient selon les époques et selon les quartiers ; dans la situation actuelle, plus de 40 % des habitations dépassent la norme de 10 microgrammes par litre d'eau, qui sera la norme européenne dans l'avenir et est déjà celle de l'Organisation mondiale de la santé. L'organisme n'attendra pas dix ans de plus pour ressentir les effets du plomb... Et 25 % des maisons ont des teneurs supérieures à 25 microgrammes par litre. On ne peut pas considérer ce type d'exposition comme non préoccupant.

Ceci met aussi en cause le type de méthode qu'on utilise pour définir le risque de l'eau.

Dans le document de travail, on mentionne que le Laboratoire de la ville de Bruxelles prélève de l'eau après écoulement. Dans la directive elle-même, on peut voir que des rapports scientifiques demandent de faire une moyenne entre différents types de situations. Dans l'enquête de l'université libre de Bruxelles, nous essayons de cerner le risque au plus près, c'est-à-dire dans les situations de la vie quotidienne : le matin, quand les gens prennent de l'eau qui a stagné, ou quand ils prélèvent de l'eau pour faire cuire les aliments. Les pourcentages assez élevés que j'ai signalé sont relatifs à ces situations-là. Si certaines personnes ici ont des enfants en bas âge et habitent dans des quartiers anciens, elles peuvent aussi s'adresser à nous pour enquête gratuite et visite à domicile.

● **Daniel Petit**

Je voudrais ajouter un commentaire. Avec la nouvelle norme européenne, on ne sait pas toujours comment on va choisir l'échantillonnage. Il existe un échantillonnage appelé composite : on prend 5 % de l'eau au robinet du consommateur. Cette méthode est trop lourde pour être généralisée à l'ensemble de la population. Dès lors, on a essayé de trouver d'autres systèmes qui s'en rapprocheraient. Comme l'a dit M^{me} Steenhout, il est clair que si on a des canalisations vétustes en plomb, l'eau qui a stagné pendant la nuit contiendra, le matin, des teneurs en plomb relativement élevées. Mais seulement pendant le temps qui est nécessaire pour évacuer l'eau des canalisations intérieures de la maison. Nous avons donc demandé de toujours « rincer » les canalisations.

Je voudrais aussi faire une rectification. Les mesures qui ont été faites au Laboratoire intercommunal sont des mesures dites aléatoires. Un de nos inspecteurs vient à n'importe quel moment de la journée et effectue un prélèvement sans faire couler de l'eau préalablement. Quand on rassemble un grand nombre de données de ce genre, on finit par avoir une valeur moyenne, représentative de la moyenne des habitations bruxelloises.

Un autre facteur qui affecte la mesure, c'est la vétusté des canalisations : quand elles sont corrodées, l'eau véhicule du plomb particulaire,



ce qui augmente très fort les teneurs en plomb. D'autres problèmes interviennent également. Une des solutions qui ont été envisagées, c'est d'ajouter à l'eau de très petites quantités de phosphate, de façon à produire un « film » de phosphate de plomb sur la canalisation, éliminant une grande partie des problèmes. Mais il est clair que, si on veut arriver à une norme de 10 microgrammes par litre, on devra faire de gros travaux dans certaines habitations. Or, d'après ce que nous avons entendu dernièrement, la Compagnie intercommunale bruxelloise des eaux (CIBE) ne serait responsable de la qualité de l'eau que jusqu'à l'entrée dans le bâtiment.

Panique sur les coûts

● Anne Steenhout

Je pense que la Belgique doit prendre position par rapport à l'adaptation en droit belge de cette directive européenne. Il est donc utile que les différentes personnes intéressées par la qualité de l'eau, en Belgique ou à Bruxelles, se demandent comment concrétiser le texte très général de la directive, puisque le nombre d'habitations concernées par ce type de problème n'est pas mince.

Les enjeux, dans ce débat, sont de savoir comment sera prise en charge la qualité de l'eau dans les habitations et qui, du privé et/ou du public, va en couvrir les frais. Les citoyens et les différents acteurs en présence devraient avoir accès à une information complète, que je ne suis pas sûre d'avoir entendue aujourd'hui.

● Christophe Sykes

M^{me} Steenhout, nos points de vue se rejoignent. Nous avons participé à un colloque en France : c'est la panique générale, on chiffre le coût en milliards de francs français parce que la directive est interprétée dans le sens d'une responsabilité jusqu'au robinet de l'utilisateur. Il faut savoir que les représentants belges qui ont participé à l'élaboration de la directive sont les conseillers juridiques de la CIBE. Quand on les interpelle, ils se rabattent sur un autre paragraphe et soulignent qu'ils peuvent faire des prélèvements n'importe où dans le réseau. Donc on tourne en rond.

Du besoin d'avoir les idées claires

Ceci dit, nous sommes tous conscients que l'eau est une source possible d'intoxication. Simplement, dans l'enquête dont j'ai cité les chiffres, les enfants intoxiqués l'avaient tous été par des peintures écaillées. Les deux cents analyses d'eau effectuées en dix ans par le Laboratoire intercommunal montrent que 90 % des prélèvements effectués à diverses heures du jour et en divers endroits de Bruxelles étaient



inférieurs à 25 microgrammes par litre, ce qui sera la norme en 2003. Mais nous savons tous qu'il faut prendre ce problème en main. Les chiffres diffèrent : nous sommes très intéressés de voir vos résultats le jour où vous les publierez. Aujourd'hui, l'idée est de lancer une dynamique, de rassembler ce que nous avons et de se battre contre les inepties de cette directive.

● **Jacques Kummer**, professeur à l'école de santé publique, université libre de Bruxelles

Je crois qu'un problème important dans l'ensemble des études, c'est de rassembler des données quant à l'exposition réelle de l'individu, quel que soit le toxique : plomb, PCB, dioxines... Ces données manquent le plus souvent. Vous avez parlé des cosmétiques. Dans certains types de populations, ces produits donnent lieu à des expositions que, finalement, personne ne mesure. On peut donc se demander si le risque n'est pas sous-évalué. Il est difficile d'établir des liens solides entre des modèles au niveau moléculaire ou cellulaire et des études épidémiologiques.

brochure n'a pas eu un tirage très important, mais c'est un de nos projets. En attendant, on peut toujours obtenir des photocopies. ●

Recherche-action sur le saturnisme infantile

Dans le cadre d'une recherche-action visant à expérimenter un dispositif de continuum « détection - traitement - prévention » du saturnisme infantile, un travail de faisabilité sur le terrain est en train de démarrer avec un réseau médico-social sur la commune de Forest. Ce travail s'étendra prochainement aux réseaux médico-sociaux dans d'autres communes de la région de Bruxelles-Capitale.

Les documents (protocole de détection, de suivi et de coordination), les modalités et les possibilités de prélèvement et d'analyse gratuite sont désormais disponibles. La Fédération des maisons médicales a un rôle de relais pour l'information et la transmission de ces éléments. Toute équipe intéressée qui voudrait se joindre à ce programme de recherche-action peut s'adresser directement à madame Marianne Prevost à la Fédération.

Quant au plomb, l'analyse des échantillons est en elle-même relativement simple, mais il faudrait aussi donner des conseils pratiques sur la manière de décaper les peintures. Il y a là un problème de santé publique, et les pouvoirs publics devraient intervenir.

● **Christophe Sykes**

Je voudrais attirer l'attention sur un de nos partenaires, le Dr Martha, pédiatre à l'asbl Promosanté, qui a réussi à trouver un financement auprès de la ville de Bruxelles pour publier une brochure d'information tant sur le saturnisme que sur la rénovation. Cette



CO, l'invité indésirable

.....

Chaque année, en Belgique, environ cent personnes meurent intoxiquées au monoxyde de carbone (CO). Dans notre pays, cette intoxication est la première cause de mort toxique. Il s'agit d'un problème ayant une dimension technique, juridique et sociale. Au niveau de la prévention, les infirmières, les professionnels ont un rôle à jouer lors de leurs visites aux domiciles.

.....

est d'autant plus important que la salle de bain est souvent un endroit calfeutré.

Les chauffe-bains sont obligatoirement raccordés à une cheminée. Ils peuvent alimenter la douche (appareil de 10 litres/minute) ou être utilisés pour le bain (13 litres/minute). Depuis le 1 janvier 1996, les chauffe-bains vendus sur le marché belge sont munis d'un dispositif anti-refoulement. Ce système interrompt le fonctionnement de l'appareil lorsque le monoxyde de carbone est refoulé à l'intérieur de l'habitat. Pour les appareils plus anciens, la qualité du tirage de la cheminée peut être vérifiée en plaçant un petit miroir au niveau du coupe-tirage. Il y a refoulement si le miroir est embué. Pour évacuer les fumées, la cheminée doit dépasser les obstacles environnants de minimum un mètre. La buse d'évacuation doit être isolée de manière à ce qu'il n'y ait pas de bouchon thermique.

Bernadette Tissot, médecin au Centre anti-poison.

Exposé présenté lors d'une journée de formation consacrée au thème santé et logement organisée par l'asbl Solidarités Nouvelles-Bruxelles et paru dans le Cahier Santé de la Commission communautaire française n°13.

Le diagnostic d'intoxication chronique au monoxyde de carbone n'est pas aisé. La quantité de monoxyde de carbone révélée par une prise de sang n'est pas nécessairement un indicateur d'intoxication. En effet, il peut y avoir intoxication même si les analyses du sang sont négatives. Quoiqu'il en soit, le fait de procéder à une prise de sang le plus rapidement possible après l'intoxication accroît l'efficacité du diagnostic.

Au niveau technique, il faut veiller à ce que les installations (appareils de chauffage et de production d'eau chaude) fonctionnent bien et qu'elles soient utilisées adéquatement. Les chauffe-eau au gaz (5 litres/minutes) ne doivent pas être raccordés à une cheminée. Ils ne peuvent servir qu'à alimenter un évier ou un lavabo et ne doivent être utilisés qu'une dizaine de minutes au maximum par demi-heure. Il est interdit et dangereux d'utiliser ce type de matériel pour une douche ou un bain. Le danger



Depuis la crise énergétique des années 70, des travaux d'isolation thermique ont été réalisés dans nombre d'habitations. Il s'en est suivi une diminution de la ventilation des logements. Ce phénomène est aggravé par les hottes qui aspirent l'air ambiant. Si la quantité d'air est

insuffisante, la combustion se fait mal et la production de monoxyde de carbone sera plus importante.

Le risque d'intoxication au monoxyde de carbone est également accru lorsque la cheminée est mal entretenue. Par ailleurs, le remplacement d'un chauffage au charbon par un chauffage au gaz peut entraîner un encrassement de la cheminée. En effet, l'humidité contenue dans le gaz décollera les plaques de suie dans le conduit d'évacuation.

Les détecteurs de monoxyde de carbone peuvent être inopérants en cas d'augmentation rapide de la quantité de monoxyde de carbone. Ainsi, dans une salle de bain, la quantité de monoxyde de carbone peut s'élever à 3000 ppm en quelques minutes. Le détecteur ne signalera pas une telle augmentation.

Des expertises peuvent être réalisées par les pompiers. D'autres institutions telles que les services d'hygiène des communes, le Laboratoire intercommunal peuvent également contrôler les installations. Par ailleurs, les compagnies gazières peuvent parfois refuser d'ouvrir des compteurs voire mettre des scellés sur les appareils défectueux.

Dans le cas d'une résidence principale, la loi du 20 février 1991 exige que le bien loué réponde aux exigences élémentaires de sécurité, d'habitabilité et de salubrité. Le propriétaire ne peut déroger à cette obligation. A chaque changement de locataire, il doit veiller au bon état de fonctionnement des appareils de chauffage ou de production d'eau chaude. Selon le code civil, sauf exception prévue dans le contrat de bail, l'entretien des appareils de chauffages et de production d'eau chaude est sous la responsabilité du locataire. Cet entretien doit être effectué une fois par an. Si le locataire installe à ses frais les appareils de chauffage ou de production d'eau chaude, il en sera le propriétaire. A ce titre, il doit assumer seul tous les frais de réparation et d'entretien. S'il déménage, les installations laissées sur place deviennent la propriété du bailleur. ●

Sur la toxicité du CO, voir la fiche technique en page 68 de ce numéro.



Allergies fongiques et pollutions intérieures

.....

L'inhalation de spores fongiques** entraîne l'apparition des pathologies allergiques les plus diverses : rhinite, dermatite, bronchite allergique, asthme, aspergillose broncho-pulmonaire allergique, alvéolite allergique extrinsèque, et encore toute une série de pathologies mal connues, liées au modernisme de nos conditions d'habitat.*

Les spores asexuées des moisissures sont les particules vivantes les plus nombreuses et les plus diversifiées de l'air que nous respirons. Il existe au moins cent mille espèces fongiques différentes. Plusieurs milliers de moisissures sont capables de disséminer leurs spores par voie aérienne, et plusieurs centaines d'espèces occupent en permanence notre environnement direct.

.....

Les études qui tentent de définir la composition fongique de l'air inhalé, particulièrement dans les espaces clos, sont encore très insuffisantes, et les résultats souvent incomplets et inexploitable. En effet, bon nombre de moisissures ne se développent que sur des milieux de culture spécifiques, et la température d'incubation introduit une sélection qui biaise totalement les résultats. De plus, les méthodes de prélèvement par sédimentation (boîtes de

Pétri simplement ouvertes et exposées à l'air), encore trop souvent utilisées, ne donnent qu'un aperçu sommaire de la mycoflore car nombreuses sont les spores qui ne sédimentent pas dans ces conditions. Ce flou dans l'information est encore aggravé par le fait que nombre de chercheurs n'identifient pas les espèces isolées et se contentent de préciser le genre auquel appartiennent ces moisissures. Or, en matière d'allergie, la spécificité est un élément fondamental et incontournable pour l'établissement du diagnostic et du traitement. A titre d'exemple, il existe plus de deux cent cinquante espèces d'*Aspergillus* reconnues, dont dix-sept ont été isolées dans des tissus humains et sont documentées en tant qu'agents pathogènes. *Aspergillus fumigatus*, *Aspergillus niger*, *Aspergillus flavus* et *Aspergillus clavatus* ont été bien décrits en tant qu'aéro-allergènes, mais combien y a-t-il réellement d'espèces allergisantes ?

Les moisissures allergisantes des espaces clos

Depuis la première crise pétrolière des années 70, nous avons enregistré une augmentation incessante des plaintes de nature allergique corrélées avec l'habitat.

Les moisissures domestiques se développent en abondance dans les endroits humides, mal ventilés et sombres. C'est ainsi que les caves sont depuis toujours des niches privilégiées pour diverses espèces de *Penicillium* et *Aspergillus*. Mais la flore fongique de l'habitat s'est largement diversifiée au cours des vingt dernières années. En effet, l'utilisation excessive de moyens d'isolation à laquelle on a assisté depuis les crises pétrolières a largement favorisé le développement, de la cave au grenier, de zones de condensation (ponts thermiques), qui sont rapidement le siège d'un intense développement mycélien. Le mode de vie a évolué parallèlement, entraînant de plus en plus la production et l'accumulation d'humidité dans l'habitat (douches fréquentes, nouveaux modes de cuisson, aération insuffisante des chambres...).

Nicole Nolard,
docteur en sciences, Institut scientifique de santé publique - Louis Pasteur.

Exposé présenté lors du forum Santé et environnement organisé par l'Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement et la Fédération des maisons médicales les 17 et 18 février 2000.

** Spores : corpuscule qui permet la reproduction des espèces végétales et de certains protozoaires.*

*** Fongique : qui a trait aux champignons.*

Une étude portant sur la fréquence des moisissures isolées dans l'habitat de patients se plaignant d'une exacerbation de leurs problèmes allergiques à domicile, montre que plus de 90 % des logements sont contaminés par les genres *Penicillium*, *Cladosporium* et *Aspergillus* (plus de cent vingt espèces différentes). *C. sphaerospermum* envahit 60 % des logements; il est responsable des taux de contamination les plus élevés, en particulier dans les chambres à coucher et dans les salles de bain (plusieurs centaines de spores/m³ d'air).

Aspergillus versicolor, *Penicillium chrysogenum*, *Penicillium aurantiogriseum*, *Penicillium spinulosum*, *Penicillium brevicompactum*, *Chaetomium globosum*, *Stachybotrys chartarum* (= *atra*), *Acremonium strictum*, *Alternaria alternata* sont d'autres espèces parfois très abondantes sur les murs des chambres, pièces de séjour et cuisines.

Il faut par ailleurs signaler que les matelas sont également des réservoirs importants de moisissures avec des concentrations de cent trois à cent sept spores/gramme de poussière ! Tout comme les acariens, les moisissures profitent largement de la mauvaise ventilation et de l'humidité excessive des chambres actuelles. Épinglons, parmi les espèces les plus abondantes, *Cladosporium sphaerospermum*, *Alternaria alternata*, *Epicoccum purpurescens*, *Aureobasidium pullulans*, *Aspergillus restrictus*, *Aspergillus versicolor*, diverses espèces de Mucorales et de *Trichoderma*. Des traces noirâtres dues à *Cladosporium sphaerospermum* sont parfois visibles aux points de contact des matelas avec un sommier à lattes fixes.

Les mycotoxines associées aux moisissures sont des métabolites secondaires de faible poids moléculaire comparé aux allergènes. L'ingestion de mycotoxines (ex-aflatoxine) peut entraîner maladie et mort chez l'homme. Diverses études montrent à présent que l'inhalation de ces mycotoxines, aux mêmes doses, est encore plus toxique. Les trichothécènes produites par *Stachybotrys chartarum* ont été récemment incriminées dans une épidémie d'hémossidérose et hémorragie pulmonaire (Cleveland Outbreak) qui a entraîné la mort de huit enfants. Or, il nous arrive d'observer dans notre pays de larges zones de contamination par *Stachybotrys chartarum* sur les murs d'habitations humides. De la même manière que les endotoxines des bactéries Gram-, les B1-3 glucanes sont des composants de la paroi des moisissures qui agissent comme puissants agents inflammatoires.

Il convient toujours d'être très prudent devant un patient habitant dans une maison « moisie » qui présente des phénomènes d'irritation et de nausées dans son logement. ●



Cette espèce est souvent associée sur les châssis de fenêtres à *Aureobasidium pullulans*, *Phoma* sp, *Acremonium strictum*, et à diverses levures et *Fusarium*. Quant à *C. herbarum*, phytopathogène strict, il ne se développe pas dans la maison, mais ses spores pénètrent en abondance par portes et fenêtres, principalement durant les mois d'été.



«HECTOR»

.....

Entre les experts et le grand public, il manque, dans le domaine de la santé environnementale, un espace intermédiaire de communication. C'est ce vide que le projet Hecto se propose de combler à la dimension communale.*

.....

En cas d'exposition environnementale à risques pour la santé, la population ne dispose pas de source d'informations valide à laquelle elle fait confiance. Cette absence est source de rumeurs et d'angoisse pour la population. Les médecins et les pouvoirs communaux n'ont pas les moyens de répondre à cette attente. Ils sont pourtant cités comme des acteurs privilégiés dans ce type de situation (cf. étude SPIRAL**). L'activation des médecins généralistes et des responsables communaux en cas d'une exposition environnementale à risques paraît donc la réponse la plus logique à cette lacune.

Pour ce faire, le projet Hector permettra la création, en fonction des situations rencontrées, d'une équipe multidisciplinaire d'experts (juristes, médecins, environnementalistes, économistes, sociologues, politiques...). Leur effort portera sur le dégagement de messages de prévention clairs et sur la hiérarchisation des risques et priorités d'action. En cas de dissensus entre experts, leurs positions seront explicitées. Une réflexion sur les étapes successives de la communication experts-médecins-grand public-presse soutiendra leurs actions de vulgarisation vers le grand public, à l'aide des médecins, et vers la presse, grâce à l'équipe multidisciplinaire.

Des bénéfices sont attendus à plusieurs niveaux. Pour la population d'abord. Elle disposera d'une source cohérente d'informations via les médecins généralistes formés aux problèmes rencontrés (incinérateurs, industries polluantes,

effets des moyens de transport, ...) et aux solutions proposées. Elle aura la possibilité d'exprimer ses craintes et ses attentes et l'assurance d'être entendue. Elle pourra participer activement à un processus d'apprentissage collectif, car certains risques nouveaux, inhérents à une société moderne, nécessitent la mise en place de nouveaux mécanismes d'apprentissage.

Les médecins pourront s'appuyer sur la validation des messages de prévention par une autorité scientifique extérieure (le groupe multidisciplinaire). Ils se sentiront mieux assurés en cas de message nouveau, désagréable à entendre, dénonciateur de risques, à caractère péjoratif, ou en cas de pressions extérieures.

Bénéfices aussi pour le monde politique. Le niveau communal aura une meilleure compréhension de problèmes scientifiques complexes. Il participera à la construction de l'expertise avec d'autres acteurs locaux (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, pharmaciens...), à l'élaboration et ensuite à la prise en main de la communication vers la population et centralisera les attentes de la population.

Le niveau régional et fédéral anticipera puis participera à la construction de l'expertise. Il mettra à profit les expériences acquises pour une réaction plus rapide dans des situations à risques, existantes ou à venir. Il développera par exemple les outils d'une gestion anticipative du Nimby Syndrome***.

Au plan européen, ce sera une occasion de replacer le citoyen au centre des débats et des enjeux collectifs.

Personnes - ressources d'Hector

Administrateurs : J. Pauluis (président), MC. Lahaye (vice-présidente), J. Gaukroger (secrétaire), P. Buldeel (trésorier).

Membres fondateurs : outre les administrateurs, Françoise Ansay, Pierre Biot, Catherine Blin, Christine Goiset, Didier Hellin et Françoise Jadoul (chargés de mission), Isabelle Fucks (politologue), Philippe Lamotte (journaliste), Luc Lefebvre et Nicolas Van Larebeke-Arschodt (médecins), Marc Mormont (sociologue).

John Pauluis,
médecin, Société
scientifique de
médecine
générale.

* Hector :
Health and
environmental
care, technical
organisation.

** SPIRAL :
Scientific and
Public
Involvement in
Risk Allocations
Laboratory :
ensemble de
sociologues,
politologues,
juristes...,
dépendant de
l'université de
Liège.

*** Nimby :
mouvement de
rejet par les
habitants de toute
source réelle ou
potentielle de
nuisance
environnementale
dans leur milieu
proche.

Fiche technique

Elisabeth

Maquet, médecin généraliste à la maison médicale Santé plurielle.

.....

Au fil de ces pages, vous croisez des noms barbares. Nous n'aurons pas l'audace de la métaphore et donc nous ne prétendons pas que ces quelques fiches mettront un visage sur ces noms. Tout au plus une silhouette...

.....

Formaldéhyde

Est un gaz ubiquitaire

SOURCE

- Matériaux de construction (bois aggloméré)
- Produits chimiques
- Fumée de cigarettes

L'émission du formaldéhyde augmente avec la température et l'humidité

EFFETS SUR LA SANTE

- Irritation des muqueuses
- Asthme
- Sensibilisant aux autres allergènes
- Symptômes généraux
- Effets neuropsychologiques
- Effet cancérigène fosses nasales et sinus ethmoïdaux
- Poumons

GROUPE A RISQUE

Enfants et personnes allergiques

COMPORTEMENT POSITIF

- Aérer
- Température et humidité pas trop élevées
- Ne pas fumer dans la maison

Oxyde et di-oxyde d'azote

Absorbé par inhalation, ces produits passent dans le sang (NO_2), se fixent à l'hémoglobine (NO_3) et sont éliminés par les urines

SOURCE

- parc automobile
- cuisinière et four à gaz
- tabagisme (faible contribution)

SYMPTOMES

Intoxication aiguë :

- irritation des voies respiratoires
- asthme, toux
- diminution de la résistance aux microbes

GROUPE A RISQUE

Asthmatiques et bronchiteux chroniques



Les solvants

SOURCE : aussi bien présents dans l'air intérieur qu'extérieur.

- peintures fraîches, vernis, vitrificateurs, bois traités, décapants
- colles, plastiques
- produit de nettoyage
- produits cosmétiques
- encres
- fumée de cigarette

EFFETS SUR LA SANTE

Ces produits sont le plus souvent inhalés et subissent diverses biotransformations, essentiellement dans le foie pouvant parfois produire des métabolites toxiques responsables de diverses réactions allant de l'allergie au cancer.

Quatre exemples de solvants : benzène, toluène, xylène, solvants chlorés

BENZENE

Le benzène s'absorbe par inhalation ou par la peau, subit une transformation métabolique dans le foie et est éliminé par voie respiratoire et urinaire. Substance lipophile, elle est toxique pour le foie, le système nerveux central, la moelle osseuse (toxicité hématologique). Se trouve en concentration importante dans la fumée de cigarettes ; comme solvant, le benzène est actuellement remplacé par un de ses dérivés

SYMPTOMES

- symptômes généraux : neurologiques
- toxicité hématologique pouvant aller jusqu'à l'aplasie médullaire
- effets mutagènes chez des travailleurs exposés
- effets cancérigènes
- immuno-toxicité

Intoxication aiguë :

Légère : excitation nerveuse puis dépression, trouble de la parole, céphalées, vertiges, nausées, insomnies, paresthésies, fatigue

Sévère : état d'ivresse, vomissements, somnolence, coma, convulsions et mort

TOLUENE

Absorbé par inhalation et par voie cutanée

SOURCE : très utilisé dans les peintures de textiles, les colles pour moquettes, comme solvant de produit traitant le bois et aussi dans les désinfectants et produits de nettoyage

SYMPTOMES

- troubles neurologiques : céphalées, vertiges, fatigue, déséquilibre, troubles du sommeil, difficulté de concentration, nervosité, perte de mémoire, confusion mentale
- irritation des voies respiratoires hautes, des bronches et de la peau
- troubles digestifs
- atteintes hépatiques et rénales

XYLENE

Absorbé par inhalation, métabolisé à 90 % et éliminé par voie urinaire

SOURCE : se retrouve dans l'essence ou les solvants de peintures et d'encres d'imprimerie

SYMPTOMES

- effets sur le système nerveux central
- irritation de la peau et des muqueuses
- ni mutagène, ni cancérigène
- effet nocif sur le développement

LES SOLVANTS CHLORES

*Absorbés par voie respiratoire et cutanée
Métabolisme différent suivant les substances*

SOURCE : dans les colles de contact, le chloroforme et dérivés, le fréon

SYMPTOMES

- atteinte de la peau : peau dégraissée et affaiblie, eczéma
- atteinte du système nerveux central : psycho-syndrome marqué par de l'asthénie physique et psychique y compris à long terme
- atteinte cardiaque
- atteinte hépatique
- cancérigène

Les pesticides

Nous présentons ici un rapide survol du danger des pesticides dont l'usage est malheureusement fréquent et dont les effets sont rémanents. *Les lecteurs qui désireraient avoir davantage d'informations peuvent consulter notre numéro 9 de Santé conjugulée où ils liront Pesticides :*

PCP

pesticide organochloré

SOURCE

- Fongicide contenu dans les produits traitant le bois et le cuir
- Insecticide et herbicide utilisé dans l'agriculture

La toxicité vient du produit et des impuretés du produit commercialisé (dioxine-furanes). Le produit reste dans l'air intérieur longtemps après son emploi (des années) !

L'absorption est rapide et se fait par la peau, par inhalation ou par ingestion

SYMPTOMES

- généraux : fatigue, faiblesse générale, céphalée, nausées, insomnies, nervosité, transpiration excessive, perte de poids, dépression
- irritation des muqueuses des voies respiratoires et des yeux
- lésions de la peau (+ dioxines) : eczéma, acné chlorée
- altération de la fonction hépatique et neurotoxicité (+ dioxines)
- altération du système immunitaire
- cancérigène : sarcomes des tissus mous, lymphomes

Les symptômes d'intoxication massive et grave sont :

- nausée, vomissement, anorexie, diarrhée
- dyspnée, céphalée, vertige, transpiration excessive, hyperthermie
- déshydratation, tachycardie, coma

cancer et autres effets sur la santé de *Nick van Larebeke et Eric Pluygers, et Pesticides à usage domestique : risques pour la santé et méthodes alternatives de Catherine Wattiez, présidente du Pesticide Action Network (PAN).*

Source

- bois traités : charpentes, poutres, planchers
- cuir traité : canapés, fauteuils
- tapis et moquette : en laine souvent traités avec perméthrine
- peintures et colle pour papier peint : parfois contiennent du PCP
- plaquettes insecticides et antimites
- diffuseurs électriques et aérosols contre insectes volants
- colliers anti-parasitaires des animaux domestiques.

Rémanent

Ces produits ont une forte tendance à adhérer aux tapis, aux tentures et aux surfaces rugueuses. Certains résidus peuvent persister jusqu'à quatre ans dans les tapis

Groupes à risque

Notamment l'enfant qui court à quatre pattes : il respire un air concentré en résidus ainsi qu'une quantité importante de poussières ; son faible poids l'expose à une intoxication plus rapide et plus massive que l'adulte

Absorption : par inhalation et par ingestion

● Les groupes

Les pesticides se répartissent en trois grands groupes :

1. ORGANOCHLORES

- liposolubles : toxicité neurologique
- exemples : PCP et lindane : insecticides (associé au PCP pour le bois)
- intoxication aiguë : stimulation du système nerveux central
- chronique ou subaiguë :
 - nausée, céphalée, asthénie, vertiges
 - cutané : érythème prurigineux, eczéma
 - système nerveux central : tremblement, ataxie
 - système nerveux périphérique : polynévrite allongement des vitesses de conduction



LINDANE

pesticide organochloré

SOURCE

- Insecticides et shampoings pour animaux domestiques
- Produits pour lutter contre la malaria et d'autres maladies transmises par des insectes
- Associé aux PCP dans les produits traitant le bois

Peut diffuser dans l'air intérieur pendant des années, fortement absorbé par la poussière. Il se lie aux vêtements et au mobilier

EFFETS SUR LA SANTE

- généraux : nausée, vomissement, céphalée, hyperactivité ou faiblesse
- irritation de la peau et des yeux
- poison du système nerveux central : ataxie, convulsions tonico-cloniques
- inhibition du système immunitaire
- perturbation du fonctionnement du foie
- changements dégénératifs irréversibles des reins (+PCP)
- trouble de la moelle osseuse avec altération hématologique (+PCP)
- perturbation du système endocrinien (surtout si + PCP)
- cancérigène (surtout si + PCP)

2. ORGANOPHOSPHORES

inhibiteurs de l'acétylcholinestérase produisant des effets muscariniques suivis d'effets nicotiniques et des symptômes nerveux centraux qui peuvent persister des mois
Exemple : le dichlorvos

3. à base de PYRETHRE naturel et les PYRETHRINOIDES

De plus en plus utilisés car leur toxicité pour les mammifères est relativement faible.

- dermatites de contact ou autres symptômes cutanés
- allergie respiratoire
- paresthésies.

Lors d'intoxication massive donne des manifestations nerveuses : excitation,

fibrillation et convulsions. Agit sur les noyaux gris centraux du système nerveux central provoquant une excitation nerveuse répétée.
Exemple : la perméthrine : dans le bois, les tapis et les insecticides.

COMPORTEMENT POSITIF

- Nettoyer les pièces avec de l'eau savonnée
- Bien aérer la maison
- Éviter l'utilisation de pesticides dans la maison et le jardin

PERMETHRINE

pesticide pyréthrianoïde

SOURCE

- Dans les tapis et le bois
- Insecticides : diffuseur et aérosols
De plus en plus utilisés car leur toxicité est relativement faible pour les mammifères

Pénètre dans l'organisme par ingestion, inhalation et par voie cutanée, rapidement métabolisé dans l'organisme

EFFETS SUR LA SANTE

- action allergisante et irritante :
 - voies respiratoires supérieures
 - asthme
 - alvéolite allergique extrinsèque
 - dermatite de contact
- si intoxication aiguë et massive : troubles neurologiques

Effets soupçonnés :

- après intoxication aux pyréthrianoïdes, ont été rapportés :
 - des désordres cérébraux et locomoteurs
 - polyneuropathies
 - immunosuppression
 - cancérigène pour l'animal, possible pour l'homme
 - des perturbations du fonctionnement endocrinien ont été rapportées

Le monoxyde de carbone ou CO

Le monoxyde de carbone entre en compétition avec l'O₂ pour l'hémoglobine : quand l'hémoglobine a capté une molécule de monoxyde de carbone, elle n'est plus capable de transporter l'oxygène dans l'organisme. Dès lors la personne manque d'oxygène, elle est en « hypoxie ». Cela touche tout l'organisme, mais certains tissus sont plus fragiles que d'autres au manque d'oxygène, notamment le système nerveux central, le myocarde, le fœtus en cas de grossesse.

FREQUENCE

Deux mille cas d'intoxication par an, dont une centaine de décès concernant essentiellement les jeunes (50 % < de 30 ans, 70 % < de 40 ans)
Deux pics d'occurrence : en automne et au printemps (octobre et avril)

SOURCE

- pas ou mauvais raccordement des appareils de chauffage
- gaz de combustion du charbon
- consommation de tabac
- incendie, explosion

INTOXICATION AIGUE

Sa gravité dépend du pourcentage de l'hémoglobine (Hb) qui est occupée par une molécule de monoxyde de carbone (HbCO) et est donc devenue incapable de transporter de l'oxygène.

- 10 % HbCO : réduction de l'acuité mentale, dyspnée I (légère)
- 20 % HbCO : dyspnée II, céphalée, réduction de la vitesse de conduction nerveuse
- 30 % HbCO : céphalées, irritabilité, troubles visuels et auditifs, perte des réflexes, accès de violence ou somnolence
- 40-50 % HbCO : céphalées, confusion, agitation, nausée, vomissements, perte de conscience au moindre effort
- 60-70 % HbCO : convulsions, coma, mort

INTOXICATION CHRONIQUE

- céphalées tenaces rebelles aux antalgiques
- fatigue, instabilité caractérielle
- difficultés de concentration, troubles mnésiques
- dépression

- troubles digestifs, précordialgies, vertiges

GROUPES A RISQUE

Personne âgée, anémiée
Insuffisant respiratoire ou coronarien
Fœtus

COMPORTEMENTS POSITIFS

Installation correcte et entretien des appareils fonctionnant par combustion, ventilation et évacuation de l'air vicié ●



Habitat, santé et architecture

.....

C'est un - mauvais - réflexe : qui dit professionnel de santé pense univers médical. La santé est (devrait être... devrait être plus encore) l'affaire de tous. Comme elle est déjà l'affaire des architectes...

.....

J'habite, tu habites : je suis, tu es...

Habiter veut dire bien plus qu'occuper un logement, un poste de travail ou une longueur d'autoroute pendant quelques heures, et bien plus que séjourner dans une rue, un quartier, une ville ou une région. Habiter, c'est être de quelque part « sur terre et sous le ciel » selon l'expression du philosophe Martin Heidegger à laquelle nous ajoutons : en vivant parmi et avec d'autres, avec tous les autres d'un bout à l'autre du monde.

Habiter est cette dimension dans laquelle l'unité de la personne en son corps - vie biologique - en son âme - vie psychique - et en son esprit, vie spirituelle, est fortement sollicitée. Dimension qui permet à chacun d'entrer en relation avec les choses, les êtres et les personnes à partir d'un lieu précis en lui-même où il se sait aimé, et de son environnement physique et humain où il se sent « chez lui ». Un homme sans habitat perd cette dignité d'exister d'une manière personnelle pour les autres.

Qualité de l'environnement et niveau de santé

Depuis les débuts de l'industrialisation, beaucoup ont compris que la réussite économique et la paix sociale dépendent pour une bonne partie des conditions d'habitat et de sa qualité. Cela concerne aussi bien le logement que son environnement immédiat et lointain. En ce sens, les cités-jardins de Bruxelles construites dans la première moitié du vingtième siècle, constituent de remarquables ensembles appréciés de nos jours encore.

Cependant, lorsqu'il y a un manque d'intention et de qualité dans la conception, la réalisation ou l'aménagement de l'habitat, quelle qu'en soit la raison, c'est toute la vie habitante qui s'en ressent : désaffectation des lieux, dégradation progressive de l'environnement, apparition de chancres dont la lèpre risque de s'étendre, avec pour effets, l'altération du lien social, la perte du sens du bien commun que sont les rues, les trottoirs et les places avec leurs objets d'utilité publique, l'isolement de certaines catégories de personnes, le climat dépressif et la détérioration du niveau général de santé. Plusieurs quartiers proches des boulevards de la petite ceinture au centre de l'agglomération bruxelloise sont aux prises avec de pareilles difficultés.

Niveau culturel et santé

La responsabilité de l'habitant, usager des lieux, est impliquée dans ce processus mais le plus souvent en aval. Le dynamisme des valeurs culturelles et la puissance de levier des valeurs spirituelles, plus profondes, ne sont pas à négliger dans la prise en charge par l'habitant de son environnement qu'il soit d'ordre privé ou public. Sa capacité à saisir l'enjeu global que représente l'habitat et la décision d'une implication personnelle pour en préserver ou en rehausser la qualité sont corrélatives à ces valeurs. Lorsqu'elles sont transmises par la formation, l'éducation et la confrontation du sujet avec les contradictions et les différences de pensée et de croyance, elles l'encouragent à vivre et à agir en conscience et à éveiller celle des autres partenaires du milieu habité.

*Fabienne Gorza,
architecte et
enseignante à
l'Institut
supérieur
d'architecture
Saint-Luc,
Bruxelles.*

Ainsi, de très anciennes maisons bruxelloises dont les façades ne paient pas de mine mais dont la structure est saine, sont souvent réaménagées par les familles musulmanes avec grand soin et deviennent de véritables petits palais bien entretenus et organisés selon un code culturel précis. D'autres familles, issues d'un monde agricole plus fruste et plusieurs fois déracinées, n'ont pas la même aisance dans l'appropriation des lieux d'habitation souvent mal choisis, faute de critères sûrs. Les situations de grande pauvreté, d'isolement et d'exclusion n'encouragent pas les personnes qui les vivent à prendre en charge ni à entretenir le logement dont elles disposent.

États de santé

Nous l'avons vu, une personne assumant bien son autonomie personnelle et culturelle et disposée à une vie relationnelle riche et diversifiée, accordera de l'importance à son habitation aussi modeste soit celle-ci tout comme peut l'être son pouvoir financier.

Encore faut-il que cette habitation soit saine, entendons par-là, bien construite et bien équipée. Les erreurs de conception (pièces sans lumière naturelle et de mauvaises proportions, circulation et distribution mal dimensionnées et disposées a contrario, salles d'eau et toilettes sans ventilation correcte), les malfaçons constructives dans l'étanchéité des toitures et des châssis et dans l'isolation thermique et phonique, les défauts dans l'installation des alimentations en eau, gaz et électricité ou leur vétusté, et enfin, les dégâts occasionnés par un usage de l'espace et des pratiques inadéquates, ne peuvent que provoquer un certain mal-être ainsi que la présence de matières concrètes ou subtiles, moisissures, champignons, insectes et microbes nuisibles pour la santé.

A l'époque de l'industrialisation intensive et devant la précarité du logement des ouvriers, l'architecte Le Corbusier proposa une nouvelle conception de l'habitation telle que lumière, et air puissent y entrer abondamment dans au moins deux orientations du plan. Il tenait aussi à libérer l'espace des murs et du mobilier qui l'encombrent et contrarient la fluidité des

circulations et la respiration aisée du corps s'y déployant librement. Il proposa d'ailleurs un principe constructif relativement simple favorisant la reproduction en série pour répondre rapidement à la demande de logement. L'environnement de celui-ci devait avoir les mêmes qualités d'espace « libéré » dans lequel la nature joue un rôle déterminant de régulation. Ces intentions généreuses et quelque peu excessives puisqu'elles remettaient le tissu urbain traditionnel en question, furent souvent mal comprises et interprétées sans beaucoup de pertinence. Il n'empêche que les aspirations de salubrité, de fonctionnalité et de qualité spatiale de l'habitat ont pu trouver progressivement une concrétisation mieux ajustée aux situations personnelles et contextuelles.

Participation des métiers d'architecture au développement global de la vie sur terre

Dans notre pratique professionnelle diversifiée, nous cherchons mon mari et moi-même comme beaucoup d'autres architectes, des solutions spatiales et constructives sans sophistication qui plus loin que les besoins immédiats exprimés par les personnes, les familles ou les groupements pour lesquels nous travaillons, rejoignent leur recherche de sens, de cohérence et d'harmonie.

Dans la perspective du développement durable, les conditions qui favorisent une vie humaine en équilibre sont en étroite relation avec celles qui respectent toutes les formes de vie d'un milieu donné dans lequel l'habitat prend place. La réflexion sur celui-ci et sa mise en œuvre commencent à tenir compte de l'ensemble de ces conditions et apportent leur part dans le processus du développement global de la vie. Encourager toute démarche qui situe une problématique particulière à l'horizon de la vie sur terre, la vie humaine en particulier, est une des principales missions de l'architecte. ●



Le logement habité - vecteur de santé

.....

Entre loger et habiter, il existe une distance fondamentale au cœur de laquelle se joue la santé.

.....

En guise de préalable, il convient de nous entendre sur les termes utilisés.

L'Organisation mondiale de la santé a défini en 1986 dans la charte d'Ottawa la santé comme étant « *la mesure dans laquelle individus ou groupes peuvent d'une part, réaliser leurs aspirations et satisfaire leurs besoins et d'autre part, évoluer avec le milieu et s'y adapter* ».

Le logement, quant à lui, désigne communément un dispositif spatial formant une entité et destiné à l'habitation d'une ou de plusieurs personnes liées le plus souvent entre elles par des liens de parenté.

Habiter, enfin, s'entend comme l'acte d'appropriation durable de l'espace du logement, comme un ensemble de pratiques, d'usages, d'occupations, d'habitudes codifiées en fonction des origines et des trajectoires individuelles, sociales et culturelles, ainsi que des moyens d'existence.

Quand le logement permet l'habiter

Aborder la question des rapports entre le logement et la santé représente dès lors une entreprise ambitieuse. Nous examinerons dans le cadre de cet article la question de savoir comment les architectes conçoivent le logement pour que celui-ci permette l'habitation. Nous nous limiterons dès lors à la question de la

convenance du logement aux besoins et aspirations des habitants, en excluant d'autres facteurs qui ont, bien entendu, toute leur importance par rapport à la santé, tels l'incidence des matériaux, émanation toxique, nuisance acoustique, ou la présence d'équipements sanitaires et d'installations de chauffage.

L'hypothèse que l'on peut en effet avancer consiste à reconnaître que la santé de l'habitant ne peut se développer qu'à partir du moment où celui-ci a le sentiment d'habiter et non pas d'être logé. Entre loger et habiter, il existe, en effet, une distance fondamentale au cœur de laquelle se joue la santé.

Si l'on excepte le fait que l'habiter réfère à un milieu de vie englobant le logement proprement dit et son environnement, loger ne concernant que le seul espace du logement, il n'en reste pas moins vrai que la capacité du logement à accueillir les pratiques habitantes constitue sans doute l'enjeu principal dans le travail de conception de l'architecte.

A quoi tient cette différence ?

L'examen d'appartements, nous songeons ici en particulier à certains logements sociaux dans des immeubles en hauteur, pourra démontrer une excellence du plan, rationalité des espaces et de leur distribution, et conclure cependant à une insuffisance grave en termes d'appropriation par l'habitant qui se traduit par un mal-être diffus mais combien réel.

Dans ce sens, l'habitabilité du logement dépend étroitement de sa capacité à constituer le support physique le plus adéquat aux modèles culturels et aux positions sociales des habitants qui révèlent à un moment de l'histoire l'état des besoins et des aspirations d'une population donnée.

Le modèle culturel forme un socle commun aux différentes catégories sociales et s'inscrit dans le temps long de l'histoire. Il s'agit principalement des rapports privé/public qui induisent une dualité topologique entre un avant et un arrière, et des rapports familiaux liés aux rôles sexuels et aux relations parents/enfants. Ainsi par exemple, le fait que la salle de bain et la chambre des parents constituent les pièces les plus intimes du logement et soient dès lors les dernières pièces offertes à la vue des

Pierre Vanderstraeten,
architecte,
sociologue,
enseignant à
l'Institut
supérieur
d'architecture
Saint-Luc,
Bruxelles, et à
l'Institut
supérieur de
rénovation
urbaine.



visiteurs étrangers à la famille, s'explique à partir du modèle culturel et se vérifie dans toutes les catégories sociales.

Les positions sociales induisent, quant à elles, des types de logement qui, déclinant un même modèle culturel, se distinguent entre eux par leurs dimensions et par des dispositifs de distanciation et de filtres spatiaux.

La maison bourgeoise se démarque ainsi de la maison ouvrière non pas tant dans l'ordre de succession des pièces que le visiteur est amené à découvrir ou dans la distribution relative des différentes parties du logement, mais bien par l'existence d'espaces de recul en profondeur ou en hauteur par rapport à l'espace public ainsi que par l'existence de halls, de salons de réception et autres pièces de séjour et de services supplémentaires.

Ce sont les groupes sociaux les plus aisés qui seront les plus enclins à l'innovation en matière de mode d'habiter.

Les rapports entre la cuisine et la salle à manger, traditionnellement deux pièces séparées dans

les maisons bourgeoises, se transforment aujourd'hui suite à l'évolution du rôle et du statut de la femme ; sa participation aux événements de la vie familiale, quand ce n'est pas l'homme qui cuisine, suppose en effet une ouverture large entre les deux pièces. A l'inverse, c'est dans la culture ouvrière que l'on rencontrera les plus fortes résistances à cette réunion de la cuisine et de la salle à manger, dans la mesure où la salle à manger demeure avec le salon les pièces vouées à la représentation de soi et à la réception qu'il ne convient dès lors pas de mêler aux pièces de service et de préparation ; l'importance et le soin à accorder aux réceptions étant inversement proportionnelle à leur fréquence.

Plus récemment, confirmant les mécanismes de distinction sociale, la mode des lofts qui touche une frange innovante de la bourgeoisie, bouscule certaines habitudes de vie moyennant un luxe en termes d'espace qui autorise ces écarts.

La respiration sociale de l'immeuble d'habitation

Revenant au cas des appartements sociaux des immeubles hauts ou tours qui nous occupaient, nous sommes sans doute mieux à même maintenant d'expliquer le mal-vivre que nous dénonçons.

D'une part, le rapport à l'espace public qu'induit les immeubles en hauteur (une dizaine de niveaux, voire davantage, desservis par des couloirs et des paliers intérieurs) réduit *de facto* un ensemble de pratiques sociales liant l'intérieur à l'extérieur et formant la trame vivante d'une sociabilité de base des quartiers urbains.

Cette culture du voisinage et de la proximité fait davantage sens dans les milieux sociaux défavorisés qui ne disposent pas suffisamment de moyens de mobilité pour accéder et se référer à la ville dans sa globalité.

Dans ce sens, les immeubles-tours conviennent davantage aux groupes sociaux aisés pour lesquels l'intégration sociale ne dépend pas structurellement des relations de voisinage.



Suivant l'expression française du moment, les « bobos », bourgeois bohémiens, déménageront au gré des opportunités professionnelles sans qu'il ne leur en coûte socialement. Bien au contraire, cette faculté à être présent là où cela se passe leur confèrera un surplus de reconnaissance.

D'autre part, l'isolement relatif des immeubles-tours (immeubles quatre façades sans distinction avant/arrière) et l'absence fréquente d'appartements traversant (un appartement traversant est un appartement qui s'inscrit dans toute la profondeur de l'immeuble et qui dispose ainsi au minimum de deux façades) contraignent fortement le déploiement normal de la distribution des espaces du logement qui se structure à partir des rapports privé/public. Suivant notre modèle culturel, l'immeuble d'habitation respire socialement grâce à la différenciation avant-public/arrière-privé qui permet aux habitants de distinguer aisément les espaces montrés et cachés, propres et sales, avouables et inavouables, selon l'heureuse expression du sociologue Pierre Sansot*, et dans bien des cas, diurnes et nocturnes.

Un appartement desservi par un couloir central et dont toutes les pièces donnent sur une seule façade de l'immeuble astreint ses occupants à mêler les genres, la seule terrasse de la cuisine, par exemple, servant de manière contradictoire à la fois comme espace de rangement et comme lieu disponible pour l'expression et la représentation de soi vis-à-vis de l'extérieur.

Une autre forme de contrainte concerne la visibilité et l'ambiance sonore ; en effet, à nouveau, des attentes contradictoires s'exprimeront d'une part par rapport aux chambres qui requièrent une protection de l'intimité et un niveau de silence suffisant et d'autre part, par rapport à la cuisine ou au séjour qui s'accrochent, quant à eux, d'une certaine animation urbaine, de ses jeux de regards échangés et de son fond sonore.

Enfin, ces immeubles « tout en façades », toujours selon Pierre Sansot, s'ils induisent ces formes de contrainte à l'intérieur du logement, réduisent par ailleurs l'imaginaire urbain des habitants lequel procède et est nourri d'une nécessaire part de dissimulation.

Lorsque tout est vu, qu'y a-t-il encore à rêver,

pourrait-on dire.

Ces quelques exemples et réflexions nous conduisent à conclure à la nécessité impérieuse de la connaissance et de la prise en compte des pratiques habitantes dans tout projet de construction ou de rénovation de logements.

Le bien-vivre n'est pas seulement une affaire d'interprétation personnelle, il fait intimement partie de notre héritage culturel et social.

Son expression contemporaine dans l'architecture de l'habitation ne peut être que le résultat d'un long et patient travail d'adaptation et de perfectionnement constant et sans relâche.

La déclaration universelle des droits de l'homme garantit dans son article 25 le droit au logement ; il nous faut dès maintenant œuvrer pour le remplacer par le droit à l'habiter. ●

* Pierre Sansot,
Poétique de la
ville, éd.
Médiens
Klincksieck,
Paris, 1988.

Peut-on habiter un symbole?

Chloé Grumeau,
architecte.

*Extraits issus
d'un mémoire de
fin d'études à
l'Institut
supérieur
d'architecture
Saint-Luc à
Bruxelles en
1999.*

.....

Comment concilier la valeur de patrimoine historique et le rôle de logement social des cités ouvrières du début du siècle ? Étude d'un cas : la cité Hellemans à Bruxelles.

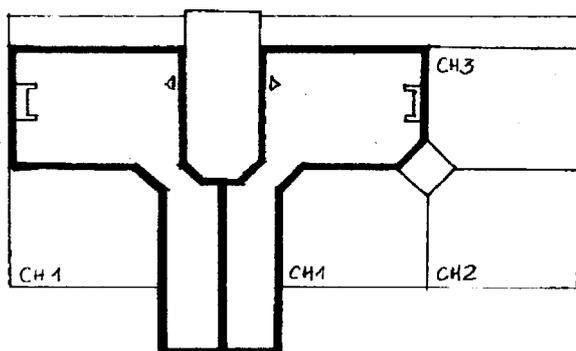
.....

décente, tout en conservant un témoignage fidèle de l'histoire de la lutte ouvrière ? Comment lier deux dimensions essentielles qui paraissent pourtant divergentes : la dimension fonctionnelle, c'est-à-dire répondre aux besoins et aux attentes des habitants, et la dimension symbolique de ces logements, son témoignage et sa présence qui appartiennent à la ville et à tous ceux qui y vivent.

La cité Hellemans à sa création

Dans l'agencement des pièces, Hellemans reprend un dispositif basé sur un hall de forme carrée, déjà développé par Fontaine, De Quéker et Hellemans lui-même dans des habitations bruxelloises dans les années 1896.

Économe en place, ce dispositif permet de distribuer quatre pièces : la pièce de vie et trois chambres : celle des parents, celle des filles et celle des garçons.



Les logements ouvriers du début du siècle sont peu à peu passés d'un total désintérêt à la volonté de les conserver comme témoignage d'un passé révolu. Si on ne peut qu'approuver une telle volonté de préserver des événements phare de l'histoire récente de Bruxelles ou de Belgique, de nouvelles questions vont bien vite se poser sur la manière la plus adéquate de maintenir ces constructions du début du siècle sans les dénaturer.

Pour approcher les différents aspects du problème que pose la réhabilitation de ces logements, penchons-nous sur une cité en particulier : la cité Hellemans. Il n'est pas tout de conserver une tranche d'histoire et de préserver le caractère d'un quartier, encore faut-il que les quelques deux cent cinquante ménages qui vivent dans la cité Hellemans puissent mener une vie décente. Comment rendre ces logements, vieux de presque un siècle, habitables et conformes aux besoins d'une vie

Ce détail est essentiel dans l'élaboration des nouveaux logements. Aucun élément du projet n'est élaboré sans principe d'éducation de la classe ouvrière. La classe dirigeante voyait en effet avec effroi la promiscuité des membres d'une même famille et imaginait les pires plaisirs, rendus faciles par l'agencement obscur et sécurisant des impasses. Si jadis tout s'y déroulait à l'abri des regards, les nouveaux logements proposent une conception basée, au contraire, sur l'auto contrôle. Ici les concepteurs veulent remplacer la vie communautaire qui se passait au dehors, par une vie de famille, retirée dans son logement, où chaque activité qui s'y déroule est susceptible d'être vue par tous ceux qui passent en rue. Ils espèrent ainsi conduire la classe ouvrière à un comportement « normalisé » où les bavardages et les contacts de voisinage seraient abandonnés au profit d'activités internes aux logements. Les ouvriers se voient offrir, dans cette nouvelle cité, un « confort policé » où tout est mis en œuvre pour leur faire oublier leurs habitudes passées. Le conseil communal ira même jusqu'à installer des meubles de cuisine dans le plus pur style Art Nouveau.

Mis à part le contrôle de leur vie de famille, le concept d'élaboration des cités ouvrières reposait également sur l'éclairage naturel et la



ventilation des logements. Hellemans conçoit des fenêtres dont la surface dépasse le sixième de la surface au sol, pour satisfaire à une lumière naturelle suffisante. Les toilettes et vide-ordures sont repoussés à l'extérieur du logement et sont munis de bouche de ventilation. La toiture en deviendra par la même occasion une forêt de cheminées. Hellemans évalua également la hauteur des appartements à 3 m de manière à offrir à chaque habitant 33 m³ d'espace, afin qu'il y ait toujours un renouvellement d'air suffisant, même fenêtres fermées.

On comptait à l'origine deux cent septante deux logements composés de une à quatre pièces. Les logements disposaient d'une large terrasse donnant sur les rues piétonnes, d'une salle commune à la famille et d'une terrasse arrière où se logent la toilette et le vide-ordures, ainsi qu'une pièce-couloir qu'Hellemans appelait : scullery. Cette pièce regroupait les activités « humides » de l'habitation. C'est là que l'architecte avait placé l'arrivée d'eau privée, complétée d'un large évier de pierre, d'une table et d'un vaisselier en bois qui rappelait l'esthétique Art Nouveau de l'époque. Les logements des blocs d'extrémités sont différents dans la manière de répartir les pièces de l'habitation. Ici, la scullery longe la pièce commune ; et la deuxième petite terrasse s'installe dans le prolongement de la terrasse principale. Vers la rue Haute et la rue Blaes, ne donnent dès lors que les deux chambres de ces appartements.

Quatre-vingts ans après

Près de quatre-vingts ans après sa construction, la cité Hellemans présente une bien triste figure. Si lors de sa conception, on la voulait représentative des utopies de son époque, le Foyer bruxellois a aujourd'hui bien du mal à assumer un passé évocateur de la politique en matière de logements ouvriers de la fin du 19^{ème} siècle.

La cité ne peut plus prétendre répondre au souhait d'un « logement décent pour tous ». Une visite rapide du complexe de logements suffit pour se rendre compte de la situation catastrophique où vivent les familles des deux cent septante locataires de la cité : l'humidité et le niveau de confort précaire rendent certains appartements insalubres.

Une rénovation de la cité s'impose au Foyer bruxellois : des modifications ont été apportées aux bâtiments en 1985 et n'ont pas vraiment amélioré la situation. A ce moment là, le Foyer bruxellois a installé dans chaque appartement une salle de bain. Par la même occasion, ils ont supprimé le système de ventilation naturelle conçu par Hellemans. Un second foyer de chauffage individuel au gaz fut également installé, préféré à l'installation du chauffage central pour raison budgétaire.

Le tableau reprend les surfaces des différentes pièces qui composent le logement de base de la cité Hellemans. Ces surfaces sont comparées

Peut-on habiter un symbole?

	Logement type Cité Hellemans	Logement après rénovation	Surfaces habitables recommandées	
			3ch. /4 pers.	3ch. /6 pers.
Séjour :	20 m ²	20 m ²	20 m ²	24 m ²
Chambres :	16.5 m ²	16.5 m ²	14 m ²	14 m ²
		11.25 m ²	9 m ²	13 m ²
Cuisine :	5.8 m ²	9.9 m ²	11 m ²	11 m ²
W-C :	1.25 m ²	Inclus dans la salle de bain	1.5 m ²	1.5 m ²
Salle de bain :		4.25 m ²	4 m ²	4 m ²

Les conditions « sine qua non » à un niveau de vie décent, aujourd'hui.

aux surfaces recommandées pour un logement trois chambres, occupé par quatre ou six personnes. Au départ, Hellemans avait conçu des logements assez vastes. Aujourd'hui, si les surfaces sont satisfaisantes pour les ménages peu nombreux, les grandes familles se sentent à l'étroit.

Le séjour peut difficilement accueillir à la fois un espace salon, et une grande table pour les repas d'une famille de six personnes. On peut également ajouter que si la cuisine correspond aux surfaces recommandées, sa forme permet un usage peu satisfaisant. Cette pièce est en effet très étroite, à peine 1.65 m, et de plus sert d'accès à la salle de bain. On peut donc difficilement en faire un espace de repas, même réduit. Par contre cet espace permet l'installation d'équipements électroménagers comme une machine à laver le linge. A ces éléments qui traitent uniquement des surfaces, on peut ajouter que les logements de la cité Hellemans ne disposent d'aucun hall, ni de vestiaire ou de sas d'entrée. S'il y a bien deux portes qui éloignent les sanitaires du séjour, on peut regretter que les toilettes et la salle de bain donnent immédiatement dans la cuisine.

Les appartements disposent de deux points de chauffage (foyer individuel au gaz) : l'un dans le séjour, l'autre dans la cuisine. Si certaines chambres sont chauffées par leur proximité au séjour, d'autres n'ont aucun moyen d'être chauffées (d'autant plus que celles-ci se situent au Nord et ne jouissent jamais d'aucun rayon de soleil).

La condition la plus importante à un niveau de vie décent est peut-être finalement d'offrir aux locataires un environnement sain, sans humidité. Certaines études ont montré que la tuberculose redevient une maladie de plus en plus courante au sein des classes sociales les plus démunies. Celles-ci n'ont pas toujours les moyens de chauffer convenablement leur logement. Ici, en plus de devoir se chauffer, ces familles doivent également chauffer l'appartement afin de sécher les murs qui dans certains appartements sont véritablement trempés. Ces familles n'auront pas toutes le réflexe d'aérer leur logement. La suppression de l'aération, notamment de la salle de bain qui se situe au cœur du logement, n'arrange guère l'état de dégradation de ces appartements.

L'état de certains logements est tel, que malgré les longues listes d'attente pour obtenir un logement, ces appartements ne trouvent pas preneur (en moyenne vingt logements inoccupés sur deux cent trente six, c'est-à-dire 8 % des appartements).

Transformer et conserver

La société de logement social se trouve devant un problème complexe, où elle doit impérativement transformer les appartements pour respecter les conditions de vie d'aujourd'hui et en même temps conserver le patrimoine historique de la ville et du quartier en respectant l'image de l'utopie sociale défendue par les cités ouvrières du début du siècle. Quel serait, autrement, l'intérêt de préserver le témoignage de la lutte ouvrière pour un logement décent, si la cité Hellemans propose aujourd'hui des appartements insalubres, ou demain des appartements totalement rénovés mais occupés par des ménages plus petits et plus aisés. ●



Habitat et utopie

L'exemple de l'habitat groupé

.....

« Loin de conjuguer l'habitation au futur, l'approche utopique consiste en effet à la déterminer dans son présent, dans ce qu'elle est d'essentiel pour tout être humain. »

.....

notamment, l'habitat groupé. Elle les concerne toutefois d'une façon particulière : loin de conjuguer l'habitation au futur, l'approche utopique consiste en effet à la déterminer dans son présent, dans ce qu'elle est d'essentiel pour tout être humain.

Afin d'approfondir ce lien entre habitat et utopie et d'en faire ressortir les enjeux, nous procéderons comme suit : premièrement, partant de la définition classique de l'utopie, nous montrerons comment la question de l'organisation de l'habitat – et notamment, de l'habitat communautaire – s'est posée au fil des siècles. Dans un second temps, nous ferons le chemin inverse : partant de la question « qu'est-ce qu'habiter pour un être humain ? », nous tâcherons de voir en quoi ce geste banal mais vital relève, en son essence, de l'utopie.

Jean-Michel Longneaux,
docteur en philosophie,
chargé de cours à la faculté de droit de l'université Notre Dame de la paix à Namur.

Extrait de Si nous habitons autrement, Editions feuilles familiales, octobre 2000.

Quel(s) rapport(s) existe-t-il entre l'habitat et l'utopie ? Aujourd'hui, pour le commun, l'utopie en matière d'architecture (et d'urbanisme) désigne l'approche futuriste de l'organisation de l'espace et de l'habitat. Au nom d'une vague idéologie (l'écologie par exemple), d'une esthétique avant-gardiste et d'une fascination pour les progrès de la domotique et des nouveaux matériaux, on se plaît à imaginer ce que pourrait idéalement devenir notre environnement. Concevoir l'habitat groupé (ou communautaire) dans cette optique, comme utopie pour le troisième millénaire, c'est demander aux architectes de dessiner des scénarios qui relèvent davantage de la science-fiction. Pourtant, tout comme l'art de l'habitation en général ne saurait trouver sa vérité dans de telles rêveries, l'utopie ne saurait être confondue avec des fantaisies « high-tech ».

Nous voudrions montrer qu'approcher l'habitation par le biais de l'utopie est beaucoup plus fondamental qu'il n'y paraît de prime abord. L'utopie concerne l'art d'habiter et donc,

L'utopie et l'idéal communautaire

Le mot « utopie » a été forgé par Thomas More (1516) et désigne à l'origine une île sur laquelle règne un gouvernement idéal. Le sens exact de ce mot est difficile à définir car sa composition, à partir du grec, est ambiguë. Soit on y voit « *eu-topos* », ce qui signifierait le « lieu heureux », soit on y voit « *ou-topos* » et en ce cas, le mot signifie « l'endroit de nulle part, qui n'existe pas ». Il semble bien que Thomas More ait volontairement joué sur cette équivoque. Quoi qu'il en soit, par la suite, la tradition philosophique va s'emparer de ce terme et l'utiliser pour désigner toute tentative philosophique qui reproduit d'une façon ou d'une autre la démarche intellectuelle de Thomas More. Le mot utopie en vient donc, aujourd'hui, à désigner un genre littéraire, et plus précisément une manière de faire de la philosophie politique et sociale. Celle-ci procède en trois temps : premièrement, elle dépeint les misères sociales de son époque ; deuxièmement, elle cherche à identifier la (ou les) cause(s) qui seraient à l'origine de ces souffrances ; et troisièmement, elle tente de réorganiser complètement la société, de la façon la plus plausible qui soit, en ayant pris soin de neutraliser les facteurs jugés nuisibles. Tous les

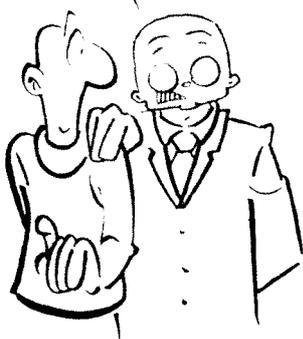
Habitat et utopie - L'exemple de l'habitat groupé

secteurs de la vie quotidienne sont ainsi revisités et redéfinis. C'est dans le cadre de cette conception idéale de la société qu'on en vient à reconsidérer l'architecture et l'aménagement de l'habitat.

Il est à noter que l'utopie n'est pas qu'un exercice de pensée. Plusieurs projets se sont traduits dans les faits. En voici trois exemples parmi tant d'autres, où l'on voit que l'idéal, en ce qui concerne l'habitat, est à chaque fois la forme communautaire.

D'ACCORD AVEC VOUS MON CHER,
CE LOGEMENT EST MINUSCULE
ET DEGUEULASSE ...

...MAIS C'EST PAS CHER ET ON
N'Y VIT PAS VIEUX !!



● More : l'Utopie contre la propriété

Dans son ouvrage intitulé *L'Utopie*, Thomas More dépeint l'Angleterre du début du XVI^{ème} siècle. Le tableau est plutôt sinistre : règne de la violence, corruption, triomphe de la loi du plus fort, etc. A l'origine de tous ces troubles, Thomas More place le pouvoir et l'argent qui, ensemble, entraînent l'exploitation des plus faibles. C'est ainsi qu'il en vient à concevoir la

cité idéale, qui existerait sur l'île d'Utopie : celle-ci ne connaît ni l'argent ni la propriété privée. Du coup, son principe est simple : elle s'organise autour d'une vie communautaire entièrement transparente. On notera, comme caractéristiques spécifiques, la rotation des travaux (de la ville aux champs et vice versa), l'organisation collective des différentes tâches, les repas pris à plusieurs familles, etc. Concernant les maisons, celles-ci n'appartiennent à personne en particulier et elles sont constamment ouvertes (absence de serrure).

L'utopie de More a trouvé de nombreuses applications, moyennant quelques aménagements. Parmi les exemples les plus frappants, on peut citer les communautés américaines du XIX^{ème} siècle ainsi que les kibboutz en Israël : dans les deux cas, les familles existent comme unités sexuelles mais pas comme unités économiques ni d'éducation ni de ménage. D'autres réalisations peuvent être citées : la « Cecilia » en Italie et au Brésil, les villages « Harmony » fondés par Robert Owen, puis, en 1950, les communautés de travail françaises.

● Fourier : l'Utopie et la libre circulation du désir

La société que Ch. Fourier décrit au début du XIX^{ème} siècle (cf. *le Traité de l'unité universelle* et *Le nouveau monde industriel et sociétaire*) est celle du capitalisme où triomphent l'individualisme et les inégalités sociales. Il s'indigne devant la misère et l'exploitation des plus démunis. Cherchant à comprendre, il en vient à accuser la « propriété », ou plus exactement « l'instinct de propriété » ; c'est lui qui est à l'origine du malheur des hommes. On se souvient de son exclamation : « la propriété, c'est le vol ! ».

Mais on ne peut se contenter de dénoncer ou de s'indigner, il faut essayer de changer les choses. Or, Fourier est convaincu que pour ce faire, il ne suffit pas de partager les biens et les tâches : il faut attaquer le mal à la racine. Là où l'instinct de propriété résiste, c'est dans le mariage. C'est là, en effet, qu'est consacrée la « possession » à usage privé des femmes par les hommes. Que, dans un souci égalitaire, cette possession soit réciproque ne change rien à



l'affaire. C'est donc ce dernier maillon qu'il faut faire sauter. C'est ainsi que Fourier va concevoir son utopie (cf. *le Nouveau Monde amoureux*) : la société heureuse aura pour principe la vie en communauté et pour règle l'omnigamie. Celle-ci consiste à promouvoir la libre circulation du désir sexuel, ce qui implique que soit pulvérisée la cellule familiale et conjugale. En d'autres termes, les gens se réunissent par communauté de passion. Ce nouvel ordre sociétaire impose l'organisation d'un nouvel habitat : ce seront les Phalanstères I mais plus encore les Phalanstères II, construits en cercle, avec des salles de « liens universels » qui relient la vie domestique, la vie publique et la vie laborieuse de la Phalange, permettant surtout la libre circulation du désir. Un tel projet se concrétisera aux Etats-Unis : le Père Noyes fondera la communauté Oneida qui durera plusieurs décennies.

● Ann Lee : chaste Utopie

Alors qu'elle est incarcérée, Ann Lee (XIX^{ème} siècle) a une soudaine illumination. Il lui est révélé que les souffrances du monde ont pour origine le péché originel identifié à l'acte sexuel. C'est dans la chasteté que les hommes et les femmes trouveront leur perfection. La société pleinement accomplie sera donc agamique : ni mariage, ni sexualité.

Concrètement, hommes et femmes vivent toutefois ensemble, dans la plus parfaite chasteté, et adoptent des enfants orphelins. Pareille communauté, de type monacal, se concrétisera dans la société « shaker », sous la forme de villages communautaires (on en compte une vingtaine durant plus d'un siècle) implantés par Ann Lee elle-même dans le nord des Etats-Unis. L'organisation spatiale est particulière : dortoir, réfectoire, chapitre, etc., avec une clôture « invisible » entre hommes et femmes.

Il apparaît clairement, à travers ces quelques exemples, qu'une utopie ne doit pas être limitée au discours idéaliste d'un rêveur en chambre (ou en prison, dans le cas de Lee) : font partie de sa définition les tentatives de concrétisation sur le terrain, à travers une organisation minutieuse, impliquant, comme on l'a brièvement suggéré, des aménagements architecturaux.

● L'Utopie aujourd'hui : contestataire...

Y a-t-il aujourd'hui de nouvelles utopies prometteuses ? On peut au moins constater un peu partout en Europe un actuel regain d'intérêt pour les habitats groupés ou communautaires (cf. les projets Abbeyfield, les habitations intergénérationnelles, les fermettes « communautaires », les quartiers communautaires, etc.*). Ainsi, on doit se demander si, derrière ces initiatives, se cache une utopie au sens où nous l'avons entendu jusqu'ici. Il importe peu de savoir si les différents acteurs qui soutiennent de tels projets ont conscience de s'insérer dans cette dynamique des utopies : ce serait précisément le rôle du philosophe ou du sociologue d'en faire prendre conscience.

Sans forcer, on peut facilement retrouver dans les initiatives contemporaines les trois étapes qui caractérisent toute utopie.

Tout d'abord, il y a, sous-jacente, et parfois à un état larvé, une critique de la société telle qu'elle se développe aujourd'hui. On lui reproche d'atomiser les individus, de les isoler toujours davantage en les condamnant, sous couvert d'autonomie, à une solitude de plus en plus étouffante. Les liens entre les différentes générations se diluent ; les personnes âgées, de plus en plus nombreuses, sont délaissées ; les parents n'ont plus le temps ou l'énergie de s'occuper de leurs enfants, etc. Les solidarités spontanées s'émiettent et sont remplacées par des interventions de professionnels, dans le cadre d'une relation client-expert (même les soins de santé ou l'aide sociale se calquent sur ce modèle).

Ensuite, la cause : il semble qu'il faille chercher du côté d'un certain libéralisme, lorsque celui-ci n'a pour devise que les lois du profit, à l'exclusive de toute autre valeur. Les différentes initiatives actuelles auxquelles on a fait allusion ne rentrent pas nécessairement en croisade contre l'économie libérale. Là n'est pas directement leur propos. Mais elles constatent une dislocation du lien social et, suivant en cela nombre de sociologues, elles en attribuent la responsabilité à l'omniprésence de l'économie libérale qui sacrifie tout à sa propre logique, imposant ses propres valeurs (rentabilité, efficacité, consommation, etc.).

* Voir notre article *Où vivre* en page 107.

Enfin, troisième moment, la solution proposée : recréer du lien là où il fait défaut, revaloriser la vie en communauté et les solidarités de proximité. Évidemment, ni les idées, ni les slogans, ni même la bonne volonté ne suffisent. Si l'on ne veut pas que la solidarité reste un simple mot, il faut que sur le terrain, elle puisse se concrétiser. L'aménagement du territoire s'impose donc (à titre de condition de possibilité ou d'aboutissement, de concrétisation de cette vie commune) : organisation de l'espace, agencement de bâtiments groupés, lieux de vie commune, commerces de proximité, etc. Si les HLM des banlieues sont aussi, d'une certaine façon, des habitats groupés, on voit que ce qui les distingue des projets dont nous parlons ici, c'est précisément qu'en ce qui les concerne, ils ne renvoient à aucune utopie digne de ce nom.

● ... ou conformiste ?

On est toutefois en droit de se demander si cette lecture n'est pas quelque peu artificielle et même, à certains égards, contestable. En effet, il n'est pas évident, de prime abord, que les mouvements en faveur d'une vie communautaire relèvent nécessairement d'une utopie, impliquant une prise de distance à l'égard de la société.

Ne peut-on pas envisager, au moins à titre d'hypothèse, une toute autre lecture, selon laquelle ces mouvements s'inscriraient tout à fait dans l'air du temps ? Loin de « contester » la société contemporaine et de se proposer comme solution possible pour résoudre ses contradictions et ses misères, ils en procéderaient et même - pourquoi pas ? - les renforceraient. Ainsi, le « souci de soi » est devenu, depuis une vingtaine d'années au moins, un trait déterminant de nos sociétés : ce n'est plus tant faire son devoir ni réussir professionnellement dans la vie qui donnent sens à son existence : c'est plutôt l'épanouissement de soi ou, si l'on préfère, la réussite de sa propre vie. Une étude un peu poussée montrerait très probablement que toutes les alternatives, notamment en matière d'habitat, jouent cette carte de l'épanouissement, du bien-être, du bien-vivre, etc.

Mais ce n'est pas tout. Car de cette tendance à se recentrer sur soi et ses besoins, il résulte

notamment une explosion des valeurs et des modèles. Aujourd'hui, il n'y a plus de repères qui devraient valoir pour tous : chacun ayant à réussir sa propre vie (singulière et donc différente de toute autre), on est amené à forger ses propres valeurs, à inventer son propre style de vie, et ce dans tous les domaines de l'existence : ce qui vaut pour les autres ne vaut plus nécessairement pour soi. On cite souvent, à titre d'exemple, l'éclatement du modèle familial. Certes la famille est une valeur importante, l'une des premières selon des sondages récents. Toutefois, aujourd'hui, on ne sait plus trop à quoi doit ressembler une famille. Chacun est invité à l'inventer, d'où l'explosion des styles : familles monoparentales, familles nucléaires, familles décomposées et recomposées, familles avec parents homosexuels, familles communautaires, etc. Serait-il absurde d'affirmer que les nouveaux projets d'habitation, quels qu'ils soient, sont aujourd'hui envisageables et envisagés précisément pour cette même raison : non pas pour contester quoi que ce soit dans la société, comme le faisaient les utopies classiques, mais parce qu'aujourd'hui, dans tous les domaines, on doit inventer et personnaliser sa manière de vivre ? Ainsi, ce serait parce que la société permet les alternatives, et même les favorise – dans une dynamique qui se confond souvent avec celle de la consommation du « toujours nouveau » – que des projets innovateurs, notamment dans l'art d'habiter, voient le jour.

Bref, les habitats groupés, au même titre d'ailleurs que tous les projets « avant-gardistes » récents dans l'art d'habiter, relèvent-ils de la logique des utopies sociales (rêve d'autre chose) ou bien ne sont-ils que l'expression d'un conformisme plat (effet de mode) ? Certes, on pourrait conclure, notamment à la suite de E. Mounier, que toute initiative humaine est fondamentalement ambiguë : conformiste et utopique à la fois. Il serait donc vain de vouloir trancher et même dangereux de le faire, car ce serait nier la tension qui anime tout véritable projet. A ne vouloir que le conformisme, on annulerait jusqu'à l'idée de projet : on n'aurait plus que la répétition du passé ; à ne vouloir que l'utopie, dans le sens du radicalement neuf, on se trouverait, comme l'avait vu Sartre, devant une œuvre totalement incompréhensible parce que



complètement étrangère à l'époque de ceux qui doivent la « comprendre ».

En tant que phénomène de société, les nouvelles initiatives en matière de logement sont donc, de façon probablement indépassable, ambiguës. Il reste toutefois que l'art d'habiter n'est pas qu'un phénomène social. Il concerne également les individus eux-mêmes. De ce point de vue, qui est celui d'une anthropologie philosophique, que signifie « habiter » ? Et toujours à ce niveau, y a-t-il encore un sens à rapprocher l'habitat de l'utopie ?

Habiter : l'utopie du « je »

Nous nous inspirons ici librement des quelques pages que E. Lévinas a consacrées dans *Totalité et Infini* à la demeure (Phaenomenologica, Martinus Nijhoff Publishers, La Haye, Boston, Londres, 1980, pp. 125-149). Son approche est phénoménologique : ayant congédié toute théorie, elle consiste à prendre pour point de départ l'objet (la maison) tel que nous le vivons, pour en proposer une description rigoureuse.

Or, précisément, si l'on s'en tient à décrire cet objet particulier qu'est une maison, on est très rapidement amené à dire que, du moins dans notre vie, cet objet ne se donne pas comme n'importe quel autre objet. Certes, la maison est bien un objet occupant un certain volume, ayant des murs, des portes, des fenêtres, ou, au minimum, un toit. Mais une telle description passe sans doute à côté de l'essentiel, qui fait d'une maison une maison. Pour rejoindre cette « essence », il ne suffit pas de préciser que cette chose-là dans le monde, parmi les autres choses qui nous entourent, aurait une fonction particulière qui est de nous protéger du froid et de la pluie, un peu comme un marteau sert à enfoncer des clous et une voiture à nous déplacer. La maison n'est pas à proprement parler un objet, un outil situé dans le monde : elle est certes un objet du monde, mais qui a ceci de spécifique – et c'est là qu'est l'essentiel – que c'est à partir d'elle que l'on va dans le monde. La maison est donc certes du monde, mais sans en être : moins objet du monde qu'accès au monde ou que porte d'entrée sur le monde. La maison, pour le dire encore

autrement, est une intériorité qui nous ouvre sur le dehors et, avant cela, une intériorité à partir de laquelle il y a pour nous quelque chose comme un dehors.

Si la maison est cette intériorité à partir de laquelle on s'ouvre sur le monde, c'est qu'avant de nous ouvrir ainsi sur le monde, la maison nous en sépare pour en quelque sorte nous mettre face à lui, et nous le faire ainsi apparaître comme ce qui est là dehors et qui nous entoure. Or, ce mouvement de séparation qui consiste à nous arracher au cours du monde pour nous situer comme « hors de lui », face à lui, différent de lui, n'est pas un mouvement anodin : c'est très exactement le mouvement par lequel nous nous constituons comme sujet. Être sujet, en effet, ce n'est rien d'autre, pour nous qui sommes d'abord de ce monde, que nous arracher à lui, pour nous ressaisir et nous tenir en nous-mêmes, au cœur de notre intériorité, différent de lui et des autres. Il n'y a donc de subjectivité que par l'œuvre d'une séparation, d'un recueillement en soi. Dans la mesure où nous ne sommes pas de purs esprits mais des êtres de chair et de sang, cette séparation ne saurait être seulement « spirituelle » ni même psychologique, elle doit s'accomplir aussi sur le plan « physique » ou matériel. L'essence de l'habitat tient précisément dans ce rôle : permettre à cet arrachement, cet isolement « physique » de se produire, en le concrétisant au niveau de notre chair. Nous sommes, dans notre corps, mis à distance du monde.

Pour s'en convaincre, on prendra trois exemples *a contrario*. Premièrement, le témoignage d'anciens sans domicile fixe : en les écoutant, on est surpris de les entendre dire qu'en étant privés de domicile, ils ont perdu peu à peu le sentiment d'être une personne ou un sujet. Nulle part chez eux, ils n'avaient plus la possibilité d'être quelqu'un qui se tient face au monde ; ils se sentaient bien plutôt perdus dans ce monde, chose parmi les choses, menacés constamment, tributaires des événements du monde. Manifestement, le fait de perdre son domicile fragilise la subjectivité, jusqu'à l'annihiler, réduisant la personne à n'être plus qu'un objet parmi les objets.

C'est précisément ce que l'on observe en cas de guerre et c'est là notre second exemple.

Que peut signifier « ouvrir l'utopie où le « je » se recueille en demeurant chez soi » ?

La citation de E. Lévinas n'étant que prétexte à réflexion, nous ne chercherons pas ici à proposer un commentaire serré de la pensée dans laquelle elle s'insère. Nous nous contenterons de quelques libres considérations, qui prolongent notre analyse. Précisément, nous avons vu que le mot « utopie » avait, par son étymologie ambiguë, un double sens : « le lieu qui n'est nulle part » et « le lieu heureux ». Si l'on s'en tient à une phénoménologie de la subjectivité, si l'on tente de décrire simplement comment se donne à nous le « je » – en philosophie, on dit le « Soi » – qui est nôtre (en dehors de toute théorie psychologique ou neurobiologique), on est amené à constater, premièrement, qu'il est sans lieu. On peut tenter de le situer quelque part dans notre corps, dans les yeux, dans le cerveau ou dans le cœur, comme on voudra : une fois qu'on ira voir, ce n'est pas un « Soi » mais seulement des organes qu'on trouvera. Le « Je » n'est pourtant pas une illusion, nous en faisons constamment l'expérience et, plus exactement, nous le sommes. Simplement, ce « Je » que nous sommes est le « ici », le point de départ de nos actions, qui n'occupe manifestement aucun lieu particulier. Il n'est pas une chose qui a sa place à côté d'autres choses : impossible de mettre la main dessus. Pour le dire autrement, l'intériorité de notre être (le Je) n'a rien à voir avec « l'intérieur » de notre corps. Le « Je » entretient certes un rapport indéniable avec le corps. Et pourtant, ce rapport ne se laisse pas comprendre comme l'envers d'un lieu, sa face cachée, son dedans. Le Soi existe mais n'est pas de ce monde : il est pure intériorité (qui échappe à l'opposition dedans/dehors).

Mais il ne suffit pas de constater que, bien qu'il existe, le Soi n'est nulle part. Il faut encore se demander comment nous l'expérimentons, comment nous savons que nous sommes un tel Soi ? Nous l'avons dit, il ne se « montre » pas comme un objet dans le monde. Énumérant les objets qu'il y a dans la pièce où je me trouve, je ne dirai pas : il y a la table, la chaise, mon corps, mon « Je », la fenêtre, le paysage, etc. Si donc le Soi ne se donne pas comme un « quelque chose », comment se donne-t-il à nous ? La réponse est simple pourvu, une fois encore, que l'on s'en tienne à notre expérience plutôt qu'aux théories : il se donne sous la forme d'un sentiment, de ce sentiment d'exister que nous ne cessons d'éprouver et même, faut-il dire, que nous sommes, de telle sorte que, par lui, nous pouvons agir. Je me sens vivre et agir comme Je. Le Je vit et agit comme sentiment. Et se sentir, s'éprouver, c'est tout simplement jouir de soi, jouir de son être (même si c'est sous des modes toujours changeants, allant de la souffrance à la joie). Cette jouissance de soi qui caractérise notre « Je » nous rapproche incontestablement du second sens étymologique du mot « utopie », comme « lieu heureux », c'est-à-dire comme lieu où l'on se sent, s'éprouve, où l'on est donné à soi dans un lien indéfectible.

Pourquoi, en effet, les envahisseurs détruisent-ils systématiquement les maisons des territoires conquis ? Pour effrayer les populations civiles ? Pour les chasser de chez elles ? Par vandalisme ? Par sadisme ? Pour se venger ? Sans doute, tous ces motifs interviennent-ils. Mais plus fondamentalement, en détruisant les maisons, les envahisseurs tentent de détruire la subjectivité des personnes visées, pour les réduire à l'état d'objets, à la merci d'un monde désormais sans refuge pour eux. En d'autres termes, c'est une façon de dire (et de faire) : « vous n'êtes plus rien d'humains ».

Troisième exemple : certains acteurs sociaux se sont inquiétés, voire indignés, en découvrant des personnes âgées vivant dans de véritables taudis : pas d'eau chaude, électricité précaire, toilette à l'extérieur, moisissures, etc. Au regard des normes de sécurité, au regard des normes de santé, il s'imposait de reloger ces personnes âgées dans des maisons accueillantes, bien chauffées, etc. On sait qu'à la suite de tels déménagements, plusieurs sont rapidement décédées. La question est de savoir pourquoi. On pourra toujours avancer qu'elles étaient vieilles, de santé précaire et de toute façon à la fin de leur longue vie. Pourtant, on ne peut pas s'empêcher de se demander si de tels déménagements n'ont pas précipité leur décès, comme si on les avaient déracinées, comme si, les couper de leur « chez elles », c'étaient les couper d'elles-mêmes, de leur histoire, en un mot, de leur vie. Le « chez soi » est souvent plus vital que toutes les normes (somme toute justifiées) de sécurité.

Habiter, c'est donc, pour l'être humain, se positionner comme sujet de sa vie, face au monde, en se séparant de lui. Tout ceci semble nous éloigner de la question de l'utopie. Or, c'est précisément au moment où il résume son propos que Lévinas réintroduit ce thème, d'une façon pour le moins déconcertante. Il écrit, en effet : « la fonction originelle de la maison ne consiste pas à orienter l'être par l'architecture du bâtiment et à découvrir un lieu – mais à rompre le plein de l'élément, à y ouvrir l'utopie où le « je » se recueille en demeurant chez soi. » (p. 130)



● Permettre à la subjectivité de s'habiter

« Ouvrir l'utopie où le « je » se recueille en demeurant chez soi », c'est donc ouvrir un lieu qui n'est nulle part, comme jouissance de soi, qui permet effectivement au Je de demeurer ainsi en lui-même. Faisant dès lors retour sur la question de l'habitat, il ressort que celui-ci n'est pas qu'un objet, un lieu, un espace (à usage privé) du monde, qui aurait à subir les modes architecturaux et sécuritaires ainsi que les progrès de notre époque. D'une façon plus essentielle, on doit dire que l'habitat – même sous sa forme la plus humble, comme la demeure des personnes âgées que nous évoquions précédemment – a pour fonction de permettre à une subjectivité de s'asseoir, de se poser en elle-même, de s'habiter pour prendre possession d'elle-même. C'est en cela que l'habitat est, de façon originelle, utopique par essence. Cet espace « intérieur », ce « chez soi » qui n'est pas du monde, qui se soustrait à l'espace public, à son organisation/désorganisation, à ses enjeux de pouvoir, se présente comme lieu critique et vital qui dément que tout puisse être absorbé dans le monde, livré à lui, soumis à ses lois, chose parmi les choses.

Certes, toute habitation épouse un style, celui de son époque. Certes, il existe de demeures d'apparat et de prestige. Certes, on construit des logements à caractère social. Ce qu'il faut toutefois comprendre, c'est que réduire « l'art d'habiter » à de tels critères de prestige, de style, de mode, d'usage social, de sécurité, etc., c'est ramener cet art à des considérations mondaines qui, pour importantes qu'elles soient, occultent l'essentiel. Il faut bien le constater, les critères énumérés (et tous ceux du même ordre) étouffent l'« âme humaine » lorsqu'ils sont seuls pris en compte (cf. les HLM) : parlant des maisons construites dans cette optique, on dira d'ailleurs, de façon évocatrice, qu'elles sont sans âme. Si l'on doit néanmoins tenir compte des exigences de sécurité, de mode, etc., ce sera en les repensant à partir de ce qui seul importe en définitive : permettre à une subjectivité de s'habiter, de se sentir chez elle.

Deux remarques s'imposent avant de conclure. Tout d'abord, en constatant que le « Je » tient dans un sentiment, ce sentiment d'exister comme sujet agissant, on peut faire l'hypothèse que l'esthétique (qui vient du grec « sentir »)

est bien plus qu'une question de mode : celle-ci est superficielle, le plus souvent, au regard de ce qui se joue dans l'esthétique. Tandis que la mode vise le regard des autres et est, à ce titre, un phénomène social et, aujourd'hui, commercial, l'esthétique est, quant à elle, une expérience tout intérieure, qui donne au « Je » de ressentir le beau, de vivre dans le beau, qui est une forme de jouissance de soi. Si l'esthétique est une dimension essentielle dans la vie du sujet, alors on comprend qu'elle doit occuper une place privilégiée dans l'architecture, avant les questions de sécurité ou de goût socialement admis par exemple (que l'on songe encore une fois à l'exemple de nos personnes âgées qui sont chez elles, selon leur « esthétique » même si, socialement, c'est plutôt d'un mauvais genre).

Ensuite, la lecture que nous avons donnée de l'art d'habiter ne doit pas nous faire tomber dans le travers du cocooning, du repli frileux sur soi, de la fuite hors du monde. Lévinas écrit tout de suite après la phrase que nous avons commentée : « Mais la séparation n'isole pas, comme si j'étais simplement arraché à ses éléments. Elle rend possible le travail et la propriété ». Le moment de la séparation est indispensable dans la constitution du « Je » : il n'est cependant pas une fin en soi. Ce n'est qu'un moment qui doit permettre au « Je » de s'ouvrir au monde (c'est le travail, qui permet la propriété), de même que la maison, écrit plus loin Lévinas, est une intériorité qui doit se faire accueillante, ouverte par conséquent, à autrui.

Conclusion : habitat groupé et utopie sociale

Une fois que l'on a cerné le lien profond qui unit l'habitat, l'utopie et le Soi, on peut alors reprendre la question de l'utopie sociale, c'est-à-dire de l'utopie au sens où nous l'avons tout d'abord abordée. L'habitat a pour fonction de nous arracher au monde pour nous permettre de nous positionner comme un Je face à lui. La question est de savoir quel est ce monde duquel on s'arrache. S'agit-il de la nature, de telle sorte que le mouvement décrit par Lévinas consisterait en définitive en un passage de la

nature à la culture ? Sans doute, mais on peut aussi faire l'hypothèse que le monde duquel on se sépare est également un monde que l'homme s'est déjà réapproprié. Ici, les descriptions sont multiples. Nous en retiendrons, quant à nous, deux caractéristiques déjà évoquées, qui en font un monde particulièrement inhospitalier. Premièrement, il est soumis aux lois d'une économie pour le moins impersonnelle et deuxièmement, cette économie est de plus en plus mondialisée : dans les deux cas, le monde n'est plus un monde à taille et à visage humains.

Se poser comme « Je », c'est donc, dans le moment critique que nous avons décrit, s'arracher notamment à ce monde-là, le mettre à distance et donc en question, pour en faire précisément un monde qui, en tant qu'impersonnel, ne peut pas être le mien. L'habitat, qui est la dimension concrète de cet arrachement, est le symbole qui témoigne à sa façon que tout n'est pas soumis à ce monde, que tout ne s'y résorbe pas. Mais une fois que l'on s'est réapproprié sa propre vie en s'étant ainsi recueilli en soi, dans son « chez soi », on ne peut éviter de retrouver le monde pour le réinvestir. Poursuivant la réflexion de Lévinas, ce qu'il appelle le travail, c'est cela : s'ouvrir sur le monde et le travailler pour l'humaniser et dans le cas de figure qui est le nôtre, pour le ré-humaniser, c'est-à-dire le faire nôtre.

C'est là, à notre avis, qu'interviennent les « projets communautaires » comme utopies sociales. Ceux-ci ne visent pas tant à contester l'individualisme que l'anonymat et le caractère impersonnel du monde. Dans la plupart des cas, en effet, il s'agit de réintroduire du relationnel à taille humaine (de telle sorte qu'il ne faut plus dire « la terre est un village » mais « la terre est une fédération de petits villages »), simplement par la réorganisation de notre milieu et, notamment, de notre façon d'habiter. L'habitat groupé préserve donc le « chez soi » dont a besoin toute personne, mais l'ouvre en même temps sur un environnement immédiat à visage humain, puis, à partir de là, tente de rayonner. De telles initiatives ne doivent pas être sous-estimées. On peut y voir une douce révolution qui bouleverse les trois fondements de notre société : l'économie, comme nous l'avons évoqué, mais aussi la justice et la santé. Nous en dirons juste un mot.

● Une triple révolution

Pour ce qui est de l'économie, le mouvement instauré par les projets communautaires va manifester à l'encontre d'une économie qui tend à se mondialiser. On redécouvre l'intérêt d'une économie de proximité, que les hommes maîtrisent. On songera, dans certains pays d'Amérique du Sud, à ces espèces de « conseils de participation » où l'on voit l'ensemble d'un village discuter de la gestion économique de leur région. Chez nous, des expériences comme le SEL – une économie parallèle basée essentiellement sur le troc de services entre personnes – témoignent aussi de ce besoin de se réapproprier les lois de l'échange et peut-être plus encore, de rattacher la valeur du travail à l'effort concrètement fourni. Dans les pays du nord de l'Europe comme le Danemark, des expériences sont en cours, où l'on développe des quartiers « communautaires » qui articulent des habitats groupés avec une foule de petits services qui facilitent la vie : création de petits commerces, pharmacie, garderie, blanchisserie, restaurant, etc. L'enjeu n'est pas nécessairement de renverser l'économie dominante, mais de rendre possible, à côté de celle-là, une autre économie, basée résolument sur une solidarité de proximité (contre les grandes solidarités anonymes organisées par l'État, et qui se traduisent, sur le terrain, en rapport impersonnel de client à professionnel).

Concernant la justice, on songera ici à la sécurité : le mode de vie induit par les habitats groupés renforce indéniablement le sentiment de sécurité. Ainsi, ce n'est pas un hasard si le public visé et qui se montre effectivement intéressé par de tels projets regroupe notamment (mais pas seulement) des personnes qui ont naturellement un plus grand besoin de protection ou de soutien, tels les familles fragilisées, les enfants, les personnes à autonomie réduite, les personnes âgées, etc. Toutefois, deux remarques s'imposent. Tout d'abord, il ne faut pas s'illusionner : la vie en communauté n'est pas synonyme de vie entièrement pacifiée. Au contraire, une telle vie est également source de tension, de rivalité et parfois de violence. Simplement, on peut constater que le recours à une justice impersonnelle et procédurale est moins fréquent du seul fait qu'ici, les personnes en conflit se



connaissent. La négociation, la médiation, dans un tel contexte, sont beaucoup plus aisées à mettre en place. En d'autres termes, ce n'est pas à une disparition des conflits que l'on assiste – ils font partie de la vie et aident parfois à « grandir » –, mais à leur « humanisation ». Deuxième remarque, dans le souci de maximaliser la sécurité, le danger qui guette les projets communautaires est la tentation de former des ghettos coupés du monde extérieur, comme on le voit aux Etats-Unis avec les personnes âgées. Il faut rappeler, suite à ce que nous avons vu, que l'ouverture sur le dehors reste un élément essentiel à toute forme d'habitat authentique.

Troisième pilier de notre société, la santé. Les projets communautaires mettent l'accent sur la santé. Il ne s'agit pas simplement de prétendre qu'en vivant dans un environnement à visage humain, on ne peut que ressentir un véritable sentiment de bien-être, qui améliore incontestablement la qualité de vie. Les observations actuelles tendent à montrer qu'un tel mode de vie a une véritable influence sur la santé. Ainsi, même si les maisons Abbeyfield n'acceptent à l'entrée que des personnes âgées en bonne santé, il est étonnant de constater que celles-ci gardent jusqu'à la fin de leur vie un degré d'autonomie nettement supérieur à la moyenne. Autre exemple : celui de la petite ville de Roseto (cf. Dean Ornish, « Love and Survival, 8 Pathways Toward Intimacy », New-York, Harper Perrenial, 1999, p. 46, cité in Guy Corneau, *La guérison du cœur, nos souffrances ont-elles un sens ?*, Robert Laffont, Paris, 2000, pp. 68-9). Cette ville des Etats-Unis était suivie par les scientifiques car elle se distinguait étrangement de deux autres villes proches et semblables, par son faible taux de décès par infarctus. Or, dans les trois villes, on observait le même nombre de fumeurs, une alimentation similaire et un taux de diabète identique. La seule différence relevée par les chercheurs était la suivante : la ville de Roseto avait un mode d'organisation communautaire, les deux autres pas. Plus étonnant encore : lorsque dans les années septante, de par son extension, la ville de Roseto dut renoncer à son mode de vie, on a vu augmenter le nombre de décès par infarctus. Ces observations et d'autres tendent incontestablement à relativiser la médecine traditionnelle. Même si celle-ci se veut

d'avantage attentive à la personnalité et à l'histoire du patient, l'accent est toujours mis sur une approche exclusivement scientifique du somatique : la maladie reste une perturbation du corps objectif isolé des autres corps, qui nécessite une intervention physique ou médicamenteuse. Les approches communautaires invitent à un élargissement de cette conception « scientifique » de la santé. Celle-ci concerne des corps en relation.

● Mieux habiter le monde

La maison est notre point de départ dans le monde. Dans ce mouvement par lequel elle s'ouvre sur l'extérieur, la maison est l'occasion d'une utopie – que l'on dira sociale –, par laquelle il s'agit de se réapproprier le monde. Organisée en habitat groupé, la maison « incarne » une utopie communautaire qui a pour principe la solidarité à dimension humaine. Cette utopie, dont on a esquissé certaines applications au niveau économique, au niveau de la justice et de la santé, n'est toutefois possible que si l'on préserve ce qui détermine l'essence de l'art d'habiter : être d'abord ce non-lieu qui nous arrache au monde, qui en suspend le cours et, ainsi, nous donne l'occasion de nous recueillir en nous-mêmes, chez nous. Toute habitation qui a une âme est ainsi, de façon originare, une utopie. La question n'est donc pas de savoir si, aujourd'hui, il nous faut habiter autrement (on ne peut s'empêcher de suspecter l'incitation au changement d'obéir à la logique superficielle de la consommation). La vraie question est bien plutôt la suivante : comment permettre à chacun de se sentir chez lui, pour mieux habiter le monde ? ●

Stress et habitat

Anne Herscovici,
sociologue,
centre de
sociologie de la
santé, université
libre de
Bruxelles.

Exposé présenté
lors du forum
Santé et
environnement
organisé par
l'Institut
bruxellois pour la
gestion de
l'environnement
et la Fédération
des maisons
médicales les 17
et 18 février
2000.

.....

La lutte contre la pollution intérieure, la recherche d'une architecture « ensantée », la mise sur pied de moyens permettant à tous l'accès à un logement décent, tout cela ne clôture pas la problématique santé et habitat. Il ne faut en effet pas négliger la corrélation étroite entre qualité de l'habitat et qualité du milieu. M^{me} Herscovici fixe ici la charnière entre notre sujet et son alter ego (qui fera l'objet d'un cahier futur) : le lien de l'habitat avec le quartier et la ville et ses répercussions sur la santé.

.....

évidence dans l'étude classique de Whitehall (le quartier des fonctionnaires à Londres) : sur une période de dix ans, la mortalité des hommes âgés de quarante à soixante ans était trois fois plus élevée chez les employés subalternes que chez leurs supérieurs alors que tous bénéficiaient de la même sécurité d'emploi. De surcroît, il y avait une corrélation entre le sentiment d'être en bonne santé et la maîtrise que l'on possède sur son propre travail.

D'autres études menées dans le monde du travail montrent que les stress dommageables pour la santé, notamment en termes de problèmes cardiaques, ne sont pas tant liés à un travail exigeant qu'au fait de devoir faire face à des décisions prises par d'autres, de devoir répondre à des demandes imprévisibles, sans avoir de marge de manœuvre.

On constate aussi que les effets négatifs de ce type de situations sont moins importants chez les travailleurs qui bénéficient de relations amicales sur le lieu de travail. Ce constat rejoint les conclusions des sociologues qui ont étudié le lien entre santé et soutien social (famille, amis, appartenance à un groupe...). On pense, sans pouvoir mesurer cela, que le soutien social agit comme un tampon face à des situations stressantes.

On devine aisément que l'état d'un quartier n'est pas sans impact sur l'estime de soi, que le statut de locataire ou de propriétaire, le niveau d'information ont quelque chose à voir avec le sentiment de contrôle de sa propre vie. Quant au soutien social, il n'est évidemment pas sans rapport avec l'existence de services, avec le type de relations entre habitants, entre voisins.

Du stress

On sait depuis un certain temps que, pour être en bonne santé, il vaut mieux être riche. Les études fouillées, les recherches savantes des économistes et des sociologues de la santé, l'expérience quotidienne des professionnels de la santé et des travailleurs sociaux ne disent pas autre chose : riche et puissant, on vit plus vieux, on est moins souvent malade et, quand on l'est, on peut se faire bien soigner.

Des études ont montré qu'il existe un gradient social de la santé qui renvoie classiquement au niveau de revenus, à la formation, aux conditions de logement et aux modes de vie qui y sont liés, mais aussi à la position dans la hiérarchie sociale et à l'estime de soi. Cet effet global de la hiérarchie sociale a été mis en

« Je voudrais une maison bien meublée »

Loin des analyses de laboratoire, je voudrais rendre compte de façon schématique de la perception que les familles ont de la santé de leurs enfants dans un quartier populaire de Bruxelles. J'ai eu la chance de participer à une recherche-action qui tournait autour de la consultation de nourrissons de la rue Van Artevelde.



Au départ de cette recherche-action, il y avait les préoccupations des professionnels de la santé travaillant, pour la plupart, à l'Inspection médicale scolaire et à la consultation de l'ONE. Le Dr Martha et son asbl Promosanté se donnent pour buts de faire de l'éducation à la santé, d'essayer d'organiser une meilleure articulation entre les différents services médico-préventifs. Cependant, faire de l'éducation à la santé dans les écoles, c'est bien, mais si les familles ne bénéficient pas des mêmes informations, les enfants arriveront à la maison avec des messages qui ne seront pas partagés par les parents. D'où l'idée de créer des groupes de mamans dans les écoles, à la consultation de nourrissons, pour travailler sur ces questions de santé.

L'entreprise a démarré. Les résultats n'étaient pas toujours encourageants : il n'était pas simple de mobiliser des mamans vivant dans des conditions difficiles. Pour réaliser une action respectueuse des personnes, pour éviter de diffuser des messages moraux à des gens qui ne vivent pas dans des conditions qui leur permettent de respecter ces messages, s'est fait jour l'idée suivante : voyons avec ces familles, à travers leurs perceptions, leur expérience, quels sont leurs besoins de santé.

Je me concentrerai sur ce que racontent les mamans. A propos de la santé de leurs enfants, elles n'évoquaient jamais spontanément de difficultés de santé (à l'exception des familles d'enfants asthmatiques), mais disaient à quel point leurs enfants allaient bien. Parlant d'elles-mêmes, elles évoquaient l'absence de maladie tout en disant ne pas se sentir bien. En particulier, elles étaient inquiètes pour l'avenir de leurs enfants.

Ces propos nous ont conduits au logement, au quartier et à l'école. C'est au nom de la santé de leurs enfants que les mères mettent au cœur de leur projet la volonté de trouver un autre logement, un autre quartier, dans lequel il y aurait une bonne école, des espaces de jeu et des clubs sportifs pas chers. En résumé, le logement est perçu comme : trop froid, trop chaud et humide, exigü, non isolé. Le mauvais état du logement est mis en avant pour expliquer les éventuelles maladies de l'année écoulée (rhumes, bronchites, allergies). Les questions

d'hygiène corporelle et alimentaire, très souvent citées par les enseignants comme de gros problèmes de santé chez les plus jeunes enfants, ne sont pas perçues comme telles par les mères. Tout au plus certaines évoquent-elles des disputes matinales autour de l'unique évier de l'appartement.

Nervosité, agitation, agressivité, difficulté d'endormissement ne sont jamais présentées par nos interlocutrices comme des problèmes de santé, mais comme une explication de leur désir de déménager dans un logement plus adapté à la taille de la famille. Dans un espace réduit, le repos est difficile, les parents n'ont guère d'intimité, les mères sont sous pression quand leur mari rentre après le travail de nuit. La volonté de maintenir de bonnes relations de voisinage est aussi source de tension pour les parents : « Il y a beaucoup de bruit, on entend tout ce qui se passe chez les voisins, c'est très énervant. En plus, on a peur, quand les enfants jouent, qu'ils dérangent les voisins et qu'il y ait des disputes. »



L'avenir des enfants traverse comme un fil rouge le discours des mères. Elles perçoivent clairement que cet avenir se joue à l'école et passe par ce qu'elles appellent « une bonne éducation ». Dans ce cadre, un bon logement leur apparaît comme une condition *sine qua non* de la réussite scolaire des enfants et du projet éducatif. Elles m'ont dit et répété : « Je voudrais une maison bien meublée, bien soignée, avec une chambre pour chaque enfant, pour pouvoir ranger leurs affaires et, plus tard, bien étudier ». Ou encore : « Quand ils seront plus grands, il faudrait qu'on ait une maison avec de la place pour étudier et pour pouvoir s'amuser sans devoir sortir. »

On retrouve dans ces propos un autre thème récurrent : la peur de perdre le contrôle des enfants dans un quartier dangereux, où ils seraient inévitablement amenés à faire des bêtises. Le quartier est, ou en tout cas était ressenti comme « enfants non admis ». Entre l'espace privé exigü et l'espace public dangereux, les enfants n'ont pas vraiment droit de cité. Il y avait là un espace que les gens appelaient le Petit Sarajevo... un hectare de terrain vague, avec un immeuble partiellement détruit, qui symbolisait pour eux l'état d'abandon du quartier.

La drogue, les vols nourrissent des propos qui disent la peur de l'avenir, la peur de perdre les enfants confrontés à un univers du risque. Quand les parents disent leur rêve de plaines de jeu, de clubs de sport et de policiers gentils, ils demandent en fait un ensemble de structures protectrices des enfants. L'état dégradé, sale du quartier renforce son caractère menaçant et est vécu comme un signe d'abandon - abandon attribué en partie à leur statut d'immigré, en partie au comportement des autres habitants. Sont mis en cause « ceux du Rif », « les jeunes », « les Tziganes », avec lesquels on souhaite ne pas être confondu et dont on évite la fréquentation.

« Projet écologique de santé »

Je n'ai pas le temps de vous parler du rôle important que jouent dans le quartier les services de santé et les nombreuses associations

qui s'occupent de logement, d'emploi... Il faudrait aussi parler du terrible malentendu qui règne entre l'école et les familles, du découragement des professionnels, de la rotation des travailleurs sociaux parce que les subsides ne sont pas récurrents, que le statut professionnel est précaire et les conditions de travail éprouvantes.

En contrepoint, je dois dire que, parfois, les rapports entre professionnels et habitants sont excellents. Les mères justifient leur choix d'un service de santé par des critères d'ordre non pas technique mais relationnel. L'une d'entre elles me dit : « Le Docteur V., elle est si gentille, elle m'écoute quand j'ai besoin de parler. On guérit plus vite, alors ». Ou encore : « L'autre jour, j'étais trop triste. Pas malade, mais triste. J'ai appelé Marie-Pierre, elle est venue plus tôt à sa consultation, spécialement pour moi ». Pour les femmes isolées, le rôle de la consultation de nourrissons ou de l'école est particulièrement important dans la construction d'un réseau de soutien social. Ce sont des lieux publics qu'une part importante des mères se sentent le droit de fréquenter de façon régulière.

A côté de ce constat un peu décourageant, que peut-on faire, qu'a-t-on fait ? Des groupes de mamans, des cours d'éducation pour la santé. Mais les conseils sur la bonne manière de se nourrir, c'est un peu court... Il y a eu des excursions hors du quartier : un de mes plus beaux souvenirs, c'est d'avoir vu le visage transfiguré de femmes adultes qui, pour la première fois de leur vie, voyaient la mer. Mais ça ne change pas leur quotidien.

Une des richesses du quartier, c'est son tissu associatif. Beaucoup de travailleurs se sont mobilisés dans une coordination qui rassemblait des professionnels de la santé, du social, du communal et de l'associatif. Une réflexion collective, des actions en direction de la commune ont été menées, notamment pour l'aménagement de cet espace Sarajevo. Notre chance est d'avoir coïncidé avec le contrat de quartier Annessens-Fontainas : la commune organisait des réunions d'habitants pour expliquer les transformations envisagées, la procédure d'obtention des primes à l'aménagement. Quelque chose se passait. Comme le disait une famille, « le Gouvernement »



s'occupait du quartier : ce n'étaient plus seulement les gentils docteurs qui venaient les aider !

La recherche et l'action de tous les travailleurs du quartier, ont, me semble-t-il, convaincu les autorités communales de la pertinence du lien entre santé, habitat et logement.

On a inscrit dans le volet social du contrat de quartier la thématique santé-habitat-rénovation, et des moyens ont été consacrés à l'information sur cette thématique. Ce qui s'est passé, même si ce n'était pas prévu, c'est le schéma que les Canadiens appellent, je crois, « projet écologique de santé » : on travaille avec les habitants, on les soutient, on lance des actions qui leur permettent de renforcer leur confiance en soi, on informe, on fait de l'alphabétisation, de la gymnastique... En renforçant leurs compétences, on renforce aussi leurs capacités d'intervention.

Parallèlement à cela, l'aménagement d'un espace vert, d'une plaine de jeu sur le lieu qui symbolisait l'abandon et la dégradation apparaît comme une action plus globale sur l'environnement. Il n'y a pas de recette, mais on voit combien l'alliance d'un soutien aux habitants et d'une action sur le milieu de vie peut provoquer des changements. Les explications sont sûrement plus complexes mais, quatre ans après la recherche, le quartier n'a plus tout à fait la même allure. C'est une de mes fiertés en tant que chercheur, et je pense que cela peut être la fierté des habitants et des travailleurs du quartier. ●

Le rôle du médecin au départ d'une pratique en maison médicale

Pierre Grippa, médecin généraliste à la maison médicale à Forest.

.....
De la nécessaire humilité des professionnels de la santé à leur rôle clé comme témoins et mobilisateurs.
.....

Lorsqu'elles se déclenchent, Albert est conduit à l'hôpital. Par ailleurs, le peu de revenus de ses parents ne lui permettent pas d'avoir accès aux consultations médicales. A douze ans, il rejoint l'enseignement professionnel et continue ses crises d'asthme. A vingt ans, il est reconnu comme handicapé.



Exposé présenté lors d'une journée de formation consacrée au thème santé et logement, organisée par l'asbl Solidarités Nouvelles-Bruxelles et paru dans le Cahier Santé de la Commission communautaire française n° 13.

Une multiplicité de facteurs détermine le fait de devenir handicapé. L'histoire d'Albert en est un exemple. Il naît prématurément et, par manque d'argent, ses parents ne peuvent lui garantir les soins nécessaires. A six mois, l'enfant est trop léger. A trois ans, il contracte une bronchite et connaît des crises d'asthme. Celles-ci lui font rater sa première primaire.

Les soins de santé : des rapports étroits – étriqués ? - avec la santé...

Cette situation met en exergue le rôle joué par l'environnement social dans le parcours de la personne devenant handicapée. Ce parcours rappelle également la loi du cumul des handicaps dite actuellement « le cumul des fragilités » plus pudiquement. En effet, toute difficulté rencontrée par une personne engendre de nouveaux problèmes et entraîne une incapacité à les résoudre. Ces nouveaux problèmes deviennent à leur tour des handicaps.

La charte d'Ottawa mentionne cinq conditions préalables à la santé : la paix, un abri (logement salubre), l'accès à la nourriture, un revenu, la sécurité sociale. Le médecin doit s'assurer que son patient comprenne ce qui lui arrive en tant que sujet dans un système qui lui donne une place d'objet.

Dans un premier temps (de la fin de la deuxième guerre mondiale jusqu'au début des années 70) on considérait que l'augmentation des dépenses en matière de soins de santé avait un effet immédiat et positif sur la santé de la population.

Bien vite, on s'est rendu compte que d'autres facteurs influençaient la santé des gens et que les montants investis dans le secteur soins de santé n'avaient pas nécessairement d'impact sur la santé des gens. On a également constaté qu'il n'existait pas de corrélation entre les investissements en matière de soins de santé et les taux de mortalité.

Les travaux de démographie historique montrent que les progrès en matière de santé se sont produits largement avant que les médecins n'aient des thérapies efficaces. Par



exemple, la chute de la mortalité par tuberculose a commencé en 1840, bien avant que soit découverte une thérapie efficace pour cette maladie. Un important travail sur les égouts et l'introduction des normes de salubrité auraient été les principaux facteurs de changement.

Le système des soins de santé n'est donc pas le seul facteur déterminant la santé de la population. Il existe d'autres déterminants tels que la biologie, le mode de vie, l'environnement, le statut social. Par ailleurs, on a constaté qu'il existait un gradient social de la mortalité suite à des maladies cardiovasculaires. Plus on descend dans la hiérarchie sociale, plus le nombre de décès dus à ces maladies est important.

Les soins de première ligne nécessitent donc l'appréhension d'un système bio-psycho-social selon lequel un effet peut avoir plusieurs causes.

à l'exiguïté de l'habitat, la difficulté d'y faire les devoirs, la « TV dépendance ».

Les maisons médicales ont fait des propositions en matière de politique de santé. Elles proposent notamment le développement de programmes de santé communautaire, la collaboration avec les autres acteurs locaux au sein de réseaux, la promotion de l'éducation à la santé, l'analyse des demandes et des besoins. Enfin, l'objectif est d'assurer une communication fluide entre les différents secteurs de la santé en tenant compte des compétences spécifiques de chacun d'entre eux (par exemple, les matières touchant à la petite enfance pour l'ONE, les problèmes dus au monoxyde de carbone pour le Centre antipoisons). ●

Identifier, témoigner et proposer

La maison médicale à Forest se donne pour objectif d'appréhender l'individu en tant que sujet de son existence. Ses activités ont permis l'identification de problèmes sociaux liés à la maladie parmi lesquels le surendettement, l'exclusion du chômage, les problèmes liés au logement (accès/salubrité), les arriérés de factures de gaz ou d'électricité.

Des problèmes de santé mentale liés à la maladie ont également été détectés. Parmi ceux-ci, il y a les problèmes de statut social, de mauvaise estime de soi, de solitude, le manque d'instruction, le non-emploi.

Il existe aussi des problèmes spécifiques liés au logement. Les montants investis par les ménages en matière de logement constituent une grande partie de leur budget. Les personnes sans emploi avec peu de revenu, sont souvent contraintes d'habiter un logement peu salubre. Privées d'emploi, celles-ci passent une grande partie de leur temps chez elles. Parmi les problèmes liés au logement, il y a également les accidents domestiques, la surpopulation liée

Les mal-logés

Thierry Lahaye, conseil adjoint, service santé de la Commission communautaire française.

Ce texte émane d'une réflexion menée en 1978 à partir d'une action sur le logement dans le quartier Cureghem à Anderlecht.

.....

Le logement, l'habitat plus généralement, occupe une place si importante dans la vie quotidienne de chaque homme, qu'il est un des principaux facteurs contribuant à son intégration ou sa marginalisation, à son épanouissement ou son aliénation.

.....

Derrière la demande d'une amélioration des conditions de logement se cache en fait un désir plus profond, véritable élément moteur de la dynamique sociale, qui n'est autre que celui d'être reconnu socialement.

Mais pour expliquer l'enfermement social dans lequel se trouvent les mal-logés, il ne suffit pas d'analyser les processus économiques à l'origine de leur état, il y a lieu aussi de s'interroger sur l'attitude qu'adopte la société à leur égard.

Le logement : médiation d'un statut social

Le logement est le symbole d'un statut social. Vivre dans une habitation bien équipée et entretenue, confortable, spacieuse, implantée dans un quartier dit résidentiel, confère à l'utilisateur une image sociale, une moralité « sans reproche », une « éducation soignée », un revenu régulier, une profession stable, un savoir-faire... bref, une adhésion aux normes culturelles imposées (ou dominantes). Par son logement, l'occupant est dans ce cas socialement intégré à priori.

A l'inverse, vivre dans une habitation insalubre ou dégradée, signifierait : un travail sous-

rémunéré ou instable, une « moralité douteuse », une « absence d'éducation », etc.

Même si le logement est bien entretenu et accueillant, son aspect extérieur peu attirant entraîne un jugement immédiat, une catégorisation de son occupant. Celui-ci est donc a priori marginalisé, toute différence étant perçue comme une « a-normalité ».

Fonctions du mal-logé

Les mal-logés, exclus par la société, sont aussi affublés d'une série d'étiquettes : « irrécupérables, inadaptés, fainéants, bons à rien, familles à problèmes... ». Cet acharnement, paternaliste ou haineux, ne poursuit qu'un seul but : renforcer l'homogénéité des classes intégrées au système social.

« Le sans-pouvoir est un moyen d'identification négative et par ce un facteur important de solidarisation entre les autres membres de la société, ceux qui se conforment... Il devient nécessaire puisqu'il permet à ceux qui se considèrent comme conformes de le demeurer et grâce à ce conformisme de recevoir l'approbation de leurs pairs » (*Marginalité ou marginalisation - Accident ou fonction*, Severin-Carlos Versele et Dominique Van de Velde-Greff).

Le logement dans la dynamique sociale des mal-logés

Il est fréquent d'entendre un ménage se déclarer satisfait de son logement. Et, comme les « bien-logés », les mal-logés déclarent parfois être plus ou moins satisfaits de leur logement. On est en droit de s'interroger sur la signification d'une telle affirmation. Comment, en effet, peut-on se déclarer satisfait d'un logement qui se trouve dans un état d'insalubrité notoire ou de surpeuplement le plus critique ?

Il nous apparaît essentiel d'opérer une distinction au sein des mal-logés entre marginaux et non-marginaux.

Ces deux catégories sont exclues du droit au logement mais seuls les marginalisés



accumulent les différents types d'exclusion : situation de chômage ou de travail irrégulier, faible niveau d'instruction, culture non porteuse de pouvoir social, etc. En ce sens, la marginalité, phénomène pluridimensionnel, implique l'exclusion dans tous les domaines.

Quant aux mal-logés non marginaux, ils occupent certes un logement dégradé, mais n'en sont pas moins intégrés dans d'autres secteurs de la vie sociale. Cette distinction est fondamentale dans la mesure où elle implique des situations sociales différentes et donc des attitudes socio-psychologiques distinctes.

Ainsi, seul le mal-logé marginal ne peut avoir accès à un autre logement : n'ayant que peu ou pas de prise sur la réalité, celle-ci s'imposera naturellement à lui. Seule une adaptation psychologique, c'est-à-dire une acceptation de la situation, permet à l'occupant d'un taudis de supporter son « infortune ».

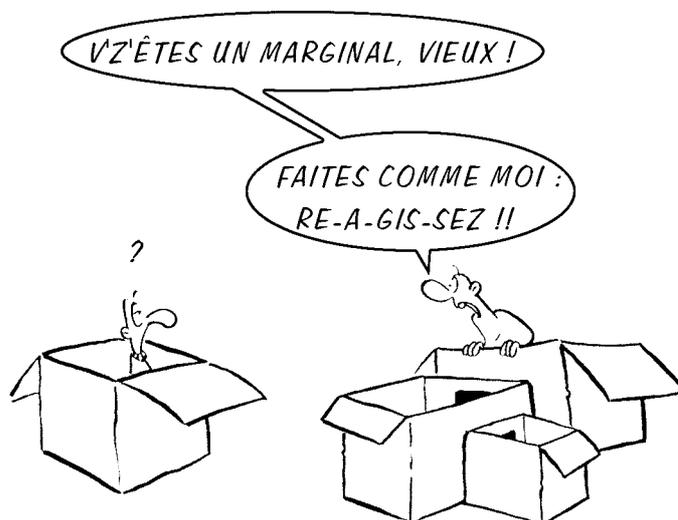
Mais il reste que cette « résignation optimiste » empêche le plein épanouissement de la personnalité du mal-logé, et notamment son désir de reconnaissance sociale. Celle-ci est également bloquée par le milieu sociologique auquel il appartient et au sein duquel il cherche refuge. On constate en effet un développement important des relations interpersonnelles, propre au milieu marginal, qui constitue une réponse du groupe à l'exclusion dont il est victime mais qui n'en renforce pas moins son isolement.

Par ailleurs, le caractère contraignant des problèmes quotidiens (d'ordre professionnel, familial, affectif, etc.) empêche toute prise de recul par rapport à la réalité vécue.

Le logement dégradé, au lieu de servir de refuge à la cellule familiale, joue alors un rôle d'amplificateur (en tant qu'il grossit les problèmes) et de relais (en tant qu'il suscite de nouvelles difficultés).

Enfin, résigné devant une situation qu'il attribue à la fatalité, il ne reste au mal-logé qu'une seule issue : le refuge dans le rêve, lequel se concrétisera notamment par l'acquisition de biens de consommation superflus symbolisant, aux yeux du marginalisé, l'intégration sociale. (Remarquons que notre système exploite ce phénomène essentiellement par une publicité

envahissante et obsédante ainsi que par l'invention de la vente à tempérament).



Tous ces facteurs - adaptation psychologique, repli sur le groupe marginalisé, prégnance du contexte socio-économique, déplacement du désir de promotion sociale vers une recherche de biens matériels... - étouffent inéluctablement toute prise de conscience et donc toute émergence de revendications sociales.

Et cet état de résignation, à la limite de satisfaction même, justifie aux yeux du système un *statu quo* social « Laissez donc ces gens-là où ils sont, ils sont heureux comme ça... ».

Par contre, les mal-logés non-marginaux, mieux intégrés socialement (exemple dans la vie professionnelle), ne nient pas, ne refusent pas de voir la réalité telle qu'elle se présente à eux. Ils ne se réfugient pas dans l'imaginaire, ils reconnaissent effectivement leur condition de mal-logés. Ils ont la volonté d'en sortir, savent se fixer des objectifs de prendre les moyens adéquats pour y parvenir. Cela ne veut pas dire qu'ils y réussissent toujours.

Le logement apparaît comme un des pivots majeurs des processus d'exclusion. Malgré son importance, le problème de l'offre de logements ne résume pas à lui seul les difficultés des mal-logés.

Il convient également de prendre en considération, d'appréhender, et de mieux comprendre les trajectoires sociales et les processus de vulnérabilité et de fragilisation des mal-logés. ●

Lorsque la pauvreté apparaît

*Pierre Hendrick,
médecin
généraliste à la
maison médicale
du Vieux-
Molenbeek et
membre d'ATD-
Quart Monde.*

.....
*Habitat et santé : loi du marché ou
Droits de l'Homme.*
.....

Le constat

Afin de lutter efficacement contre la pauvreté, il faut élargir le champ de vision. En effet, lorsqu'on met en lien pauvreté et mauvaise santé, on constate que ce lien est presque inéluctable mais complexe, multifactoriel.

Bien souvent pour les personnes pauvres, il n'est pas question de choisir un logement mais de « prendre ce qui se présente » dans un contexte d'urgence, pour éviter de se retrouver à la rue. Pour beaucoup de personnes pauvres en outre, le logement est une zone de non-droit : absence de bail, garantie locative payée en liquide, parfois même sans un reçu, absence d'état des lieux, pratiques abusives des propriétaires, etc.

Tout cela fait du locataire pauvre un « usager faible » qui a du mal à faire respecter ses droits élémentaires. Le logement, généralement peu salubre entraîne un regard social négatif. A ce propos, il convient de faire attention, les travailleurs médico-sociaux, en critiquant la qualité du logement, dévalorisent involontairement certes, ceux qui l'habitent.

Certains défauts du logement ont des conséquences néfastes sur la santé physique mais aussi mentale. Ainsi l'omniprésence d'humidité, l'inconfort (châssis disjoints, chauffage polluant, éclairage insuffisant, mauvais état des sanitaires), tout cela joue un rôle dans la dégradation de l'état de santé. Il n'est pas rare d'entendre des remarques de locataires découragés d'entreprendre le nettoyage de leur appartement qui après autant qu'avant paraîtra sale et vétuste.

L'exiguïté joue aussi un grand rôle. Beaucoup d'enfants vivant dans ce type de logement sont hyperkinétiques, ont des troubles du sommeil... L'hospitalisation des enfants est plus fréquente, de même que les accidents domestiques ainsi que diverses maladies (parasitoses, affections cutanées, bronchites récidivantes, ...).

Enfin ces logements sont souvent situés dans des quartiers mal aménagés, mal réputés. La sécurité routière (y compris les trottoirs) est médiocre (éclairage, marquage au sol, état du sol, ...), les espaces verts quasi inexistantes.

Réagir

La situation est décourageante car malheureusement les offres de logements suivent la loi du marché. Toutefois, trois types d'actions sont envisageables :

1. Des actes simples peuvent prévenir les nuisances :
 - conseiller les familles (par exemple, visiter le logement avant l'occupation) ;
 - les aider dans les démarches de reconnaissance d'insalubrité et leurs solutions : ADIL (acronyme de allocations déménagement-installation-loyer), juge de Paix, ... ;
 - leur rendre l'accès aux logements sociaux plus simple ;
 - leur expliquer les aménagements à réaliser en priorité et solliciter le propriétaire à ce propos.
2. L'action doit également être de type communautaire ; l'action en groupe a parfois plus de portée. Il faut donc oser parler de ses conditions de logement afin de faire appliquer les législations qui le sont trop peu souvent dans les quartiers les plus pauvres. Les comités de soutien ont prouvé leur efficacité.
3. Enfin, l'action doit se situer au niveau politique. Les intervenants ont à dire et à redire que des logements sont de mauvaise qualité et que la politique d'urbanisation doit être active à cet égard. La Politique publique doit mener à une discrimination positive. Il faut pouvoir interpeller le bourgmestre pour qu'il joue son rôle.

Enfin, il est important de bien soutenir les personnes qui à leur corps défendant habitent un taudis. Inutile de les blâmer. C'est en les soutenant, les encourageant que ces personnes retrouveront l'estime de soi et dynamisme et à terme un logement plus conforme à la dignité humaine et aux prescrits constitutionnels. ●



L'accompagnement social en matière de logement

.....

Disposer d'un logement décent n'est pas un luxe mais un besoin fondamental. En matière de logement, l'accompagnement social manquerait une part de ses objectifs s'il se résumait à une assistance paternaliste. Il peut - il doit - être le moyen d'une réinscription dans le milieu de vie, d'un retissage du lien social, d'une restauration de la dignité dans la citoyenneté. Ce qui nécessite une approche globale des problématiques, une réflexion et une mise en commun des actions des intervenants, une participation et une mobilisation des ressources des habitants.

.....

S'il est excessif de dire aujourd'hui que le tiers-monde s'est installé au cœur de la cité, il faut bien reconnaître qu'une partie des Bruxellois et des Bruxelloises ne se sentent plus intégrés dans la ville car ils n'en partagent plus les avantages et les espoirs. Une ville à deux vitesses est plus qu'un risque potentiel, c'est devenu une réalité et trouve dans le logement et l'habitat un terrain de prédilection.

C'est donc tout naturellement que le logement et le cadre de vie sont au premier rang des priorités du programme de développement social de quartier mis en place sur le territoire de Cureghem.

Le logement est un facteur premier d'insertion. Occuper un logement décent représente une aspiration légitime. C'est une condition déterminante d'accès à la dignité humaine.

Avoir un logement comportant un minimum d'espace et de confort n'est pas un luxe mais un besoin vital. Personne ne peut vivre, travailler, garder ses capacités intactes et maintenir un équilibre familial, entretenir des relations avec son voisinage, se maintenir en bonne santé en vivant à l'étroit dans un taudis. La privation d'un logement digne de ce nom atteint l'être humain dans toutes ses dimensions.

Il existe sur le quartier de Cureghem une nécessité importante d'avoir un parc de logements à caractère social et de bonne qualité. Pour ce faire, différents chantiers de rénovation ont été programmés.

La réalisation de ces différents projets devrait être complétée par des mesures d'accompagnement social. Il ne s'agit pas seulement de mettre des gens dans des logements mais de faciliter la constitution de « micro-espaces sociaux » au sein desquels les personnes vont pouvoir développer un projet.

L'accompagnement social repose sur la participation des habitants et sur la collaboration de multiples partenaires. Il vise à favoriser la prise en charge par l'habitant de son milieu de vie et à créer de nouveaux espaces démocratiques pour la population. Les axes de développement inhérents à un tel projet sont le partenariat, la multi-sectorialité et la citoyenneté.

Cette synthèse a pour objectif d'aider le pouvoir régional à mettre sur pied des structures d'accompagnement social notamment dans le cadre de l'allocation de solidarité.

Quel type d'accompagnement social ?

Traditionnellement, l'accompagnement social dans le logement social a pour objectif de limiter les risques d'impayés par une éducation à la gestion du budget familial et aux règles du « bien habiter ».

Pour les acteurs de Cureghem, l'accompagnement social se fonde sur la certitude que les personnes ne peuvent devenir citoyennes

Thierry Lahaye,
conseiller
adjoint, service
santé de la
Commission
communautaire
française.

*La présente note
présente une
synthèse de la
réflexion menée
de 1992 à 1998
par les acteurs du
quartier de
Cureghem sur
l'accompagnement
social en matière
de logement dans
le cadre d'une
opération de
rénovation
urbaine.*

que si certaines conditions minimales sont réunies :

- qu'on les aide à déchiffrer les codes sociaux souvent opaques ;
- qu'on serve de médiation entre elles et un environnement institutionnel bureaucratisé ;
- qu'on les aide à faire valoir leurs droits ;
- qu'on mobilise à la fois l'environnement et les ressources personnelles des personnes.

1. Prendre en compte les dimensions multiples et globales de l'insertion

C'est un discours partagé par la plupart des opérateurs de terrain : les problèmes étant globaux et multidimensionnels, on ne peut envisager l'insertion que par une aide à la résolution de problèmes connexes. Quelqu'un ne peut travailler que s'il n'est pas à la rue ou dans un logement taudifié, que s'il peut régler un problème de dettes, ...

Cette globalité renvoie à la notion de système. On ne peut modifier un point du système sans que l'ensemble bouge et, réciproquement, on ne peut agir sur un point déterminé du système sans se préoccuper des autres éléments.

La circularité - elle aussi évidente - des difficultés fait partie de la problématique de l'accompagnement social, seule une action globale a des chances d'être efficace à terme.

L'accompagnement social est en quelque sorte une manière d'élargir les champs possibles des interventions, par un refus des frontières administratives ou réglementaires qui limiteraient a priori la relation d'aide à un domaine particulier.

Par ailleurs, l'accompagnement social part de l'idée que le changement procède parfois d'un déclic qui ne peut être assignable au départ à un domaine particulier, mais que ce déclic va entraîner des effets de remobilisation sur l'ensemble de la situation.

2. Aider à retrouver des repères et des codes sociaux

Nombre d'opérateurs de terrain mettent l'accent sur la perte de repères des accompagnés. Cette opacité des codes sociaux se décline sur plusieurs registres : on parlera par exemple de

la difficulté de l'accès aux droits, de la difficulté d'établir des relations de voisinage, ...

L'accompagnement social vise en quelque sorte une aide au déchiffrement des codes sociaux. Il faut donner des repères, permettre des choix, faciliter l'accès aux droits, ...

3. Un rôle de médiation entre des institutions et des citoyens ayant droit

Dépassant le déchiffrement des codes sociaux proprement dits, mais s'appuyant sur lui, l'accompagnement social devient alors une médiation entre une société, représentée par ses institutions plus ou moins bureaucratisées et des personnes qui ne sont plus à même de faire jouer leur statut d'ayant droit.

D'où le thème de la citoyenneté comme un des objectifs visés par l'accompagnement social : (re)devenir citoyen, c'est en premier lieu être capable de déchiffrer les codes de société dans laquelle on vit, être capable de faire jouer son statut d'ayant droit et de réintégrer ainsi des circuits sociaux non ségrégatifs.

A l'évidence, cette première étape dans l'exercice de la citoyenneté ne peut s'exercer sans médiation, que celle-ci soit individuelle ou collective.

Cette médiation peut s'exercer, à un premier niveau par la participation des accompagnants aux différentes instances administratives. Elle peut s'exercer, à l'autre extrême, sur un plan politique par la mobilisation de l'opinion. Elle peut enfin s'exercer par une médiation individuelle, en aidant tel ou tel à débrouiller un dossier administratif complexe, à interpellier telle ou telle administration sur un dossier précis.

4. Mobiliser l'environnement

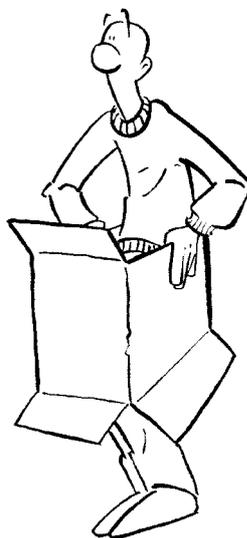
On ne peut pour autant réduire la citoyenneté à une simple logique d'accès au droit, ni même à la restauration du couple droits/devoirs. La citoyenneté passe essentiellement par une participation active à la vie de la cité.

Cette participation implique une réinscription dans les lieux d'échange et de production de lien social. L'accompagnement social vise donc



QUELQU'UN PEUT-IL M'AIDER A
TROUVER LA 2^{ème} VITESSE....

...S'IL-VOUS-PLAÎT ?



à préserver ou à renforcer les lieux de socialité dont le groupe ou l'individu accompagné est en passe de se couper ou d'être coupé : la lutte contre l'isolement, contre le repli sur soi, contre la disqualification de la personne à ses propres yeux et aux yeux d'autrui.

Ainsi l'image que les habitants se font d'eux-mêmes, inséparable de celle que leur renvoie l'extérieur est au centre de la rénovation. Rénover, c'est restaurer l'estime.

Il s'agit donc de miser sur la proximité de situation pour aider l'individu à (re)devenir acteur/sujet d'une histoire collective dans un réseau social de proximité, dans une dynamique de développement local. Il s'agit de « rebrancher » les individus dans les réseaux relationnels et institutionnels disponibles dans l'environnement.

D'où l'idée que l'accompagnement social passe par la connaissance précise des ressources de l'environnement local.

5. Développer et mobiliser des ressources personnelles

L'accompagnement social doit également viser à faire prendre conscience à la personne des ressources qu'elle peut tirer d'elle-même, à développer ses capacités d'initiative, son potentiel propre.

L'accompagnant doit être à l'écoute de l'autre, comme il doit être à l'écoute de lui-même. Il s'agit moins de faire que d'aider l'autre à trouver sa voie, que ce soit dans la vie privée ou dans les orientations professionnelles.

Accompagner vise alors à sortir des problèmes, à desservir le réseau de contraintes et de pressions de toutes sortes qui s'abattent sur les personnes en difficulté pour leur redonner un espace dans lequel ils peuvent s'exprimer. L'accompagnement social doit donc viser la mise en valeur des capacités de l'individu à travers une activité socialement utile. S'insérer, c'est trouver une voie par laquelle on peut se sentir utile.

Ce qui explique l'importance de la réciprocité. Le sentiment d'inutilité apparaît comme l'un des facteurs déterminants du processus d'exclusion.

Le développement d'une culture collective

Le partenariat doit être une composante forte du processus d'accompagnement social. Il est fondamentalement indispensable à la bonne qualité du projet car il est le garant de la bonne intégration de l'ensemble des logiques, de la mobilisation de toutes les énergies nécessaires, de la complémentarité des actions vers un projet commun. Le partenariat est une avenue apportant des façons nouvelles et différentes de percevoir le projet. Il favorise le décloisonnement des esprits et l'apprentissage continu.

La réussite du partenariat nécessite certaines conditions :

- **Projet** : Il faut avoir un projet concret susceptible d'ajouter quelque chose, de créer quelque chose qui n'existe pas. C'est le principe de la valeur ajoutée qui laisse place à l'initiative et aux nouvelles idées.
- **Acharnement** : Il faut faire preuve d'une détermination indéfectible car chaque acteur défend son territoire, sa culture professionnelle, ses intérêts. Le partenariat nécessite de l'acharnement.
- **Gains** : Il faut obtenir des résultats concrets, visibles. Les acteurs doivent se sentir en équilibre entre ce qu'ils investissent et ce qu'ils vont en retirer.

- **Captivité** : Il faut être contraint sans être étouffé. Il doit exister une forme de contrat tacite entre les parties, un contrat non rigide, reposant avant tout sur une solidarité entre les acteurs par rapport aux résultats à atteindre.
- **Petits succès** : Il faut avoir des cibles concrètes, des résultats visibles que l'on peut atteindre.
- **Participation** : Il faut favoriser la participation des habitants, surtout au niveau de la définition des besoins et de l'évaluation des résultats. C'est une police d'assurance pour le succès de la démarche.
- **Tolérance à l'ambiguïté** : Il faut que les acteurs impliqués aient un haut niveau de tolérance à l'ambiguïté pour réussir à travailler et à développer une solidarité à l'horizontale, alors que le système exige habituellement que l'on rende des comptes à la verticale.
- **Calibrage** : Les projets de partenariat, de concertation entre acteurs évoluent généralement par cycles comprenant des temps morts et des périodes de crise. Il est important d'avoir un bon dosage, c'est-à-dire d'être capable de saisir ces différents cycles, de les accepter et de préciser une répartition des activités dans le temps qui minimise leur impact. Si une crise survient, celle-ci doit pouvoir être perçue comme un mécanisme de régulation normal pour un tel type de projet et permettre de le relancer sur des bases plus solides.
- **Soutien** : Il faut pouvoir disposer d'un bon soutien technique (salle de réunion, moyens financiers, ...) et cognitif (informations).

Les principes

Pour mettre en place et développer les pratiques d'accompagnement social dans le domaine du logement, certains principes doivent guider l'action.

- Il apparaît nécessaire de mettre en œuvre l'accompagnement social comme une **démarche globale** même si elle s'appuie sur des actions diversifiées et bien définies. En effet les problèmes rencontrés par les individus ont plusieurs dimensions et doivent être traités globalement. L'accompagnement social permet cette approche globale en apportant une écoute,

un soutien, un conseil, une médiation. Il est nécessairement une démarche transversale et globale.

- En tant que pratiques de **réseau**, l'accompagnement social est l'œuvre d'acteurs différenciés dont les champs de compétence et les modes d'action sont diversifiés.
- L'accompagnement social doit permettre aux personnes en situation d'exclusion d'avoir accès en tant que citoyen, à l'ensemble de leurs **droits**. Il doit jouer un rôle de médiation entre une société représentée par ses institutions et des citoyens qui ne sont plus à même de faire valoir seuls leur statut d'ayants droits.
- L'accompagnement social joue un rôle de **soutien** dans une dynamique qui n'est jamais linéaire et dont les résultats ne sont jamais définitivement acquis.
- L'accompagnement social se démarque de pratiques qui relèvent d'une mise sous tutelle de populations fragiles. Il ne peut qu'être fondé sur une démarche **volontaire**, c'est-à-dire qui engage la liberté et la volonté des personnes accompagnées. Il ne peut être imposé à quiconque.
- L'accompagnement social est un mode d'intervention dont un des leviers principaux est la **relation** interpersonnelle entre accompagnants et accompagnés. La relation, dans sa dimension interpersonnelle est fondée sur la confiance mutuelle.
- L'accompagnement social repose sur une éthique d'engagement **réciproque** entre des personnes. Ceux-ci doivent expliciter leurs engagements réciproques. S'engager avec quelqu'un suppose que l'on construise avec lui des passages de relais permettant une poursuite de la dynamique engagée. L'accompagnement social ne doit pas conduire à une relation de dépendance ou d'assistance.
- L'accompagnement social repose sur une éthique de la **responsabilité**. Il permet à chacun de faire des choix responsables. Chacun reste pleinement acteur de son parcours.
- L'accompagnement social vise à restaurer des rapports sociaux de **lien social** pour des personnes en danger d'exclusion. ●



Le droit au logement

.....

A l'ère du cocooning, l'idée que les problèmes d'accès au logement ne touchent qu'une frange marginale de la population règne encore dans de nombreux esprits. Et quand on prononce le mot taudis, certains pensent favellas sans se douter qu'il suffit d'ouvrir les yeux pour voir qu'ils sont tout près. Le « charme » de la pauvreté n'a rien d'exotique...

.....

La Charte européenne des droits de l'homme dans la ville

Malgré la déclaration des droits de l'homme (1948), complétée par d'autres engagements dont la Convention européenne (1950) qui offre une garantie juridictionnelle, de nombreux droits ne sont toujours pas effectifs et les citoyens se reconnaissent mal dans le maquis des procédures administratives et juridiques. Cela se marque particulièrement dans ce lieu de cristallisation de la modernité, la Ville, qui change et s'impose comme un espace politique et social nouveau où doivent se déployer les conditions d'une démocratie de proximité. C'est dans ce cadre que fut présentée en mai 2000 la Charte européenne des droits de l'homme dans la ville, signée par les représentants de nombreuses villes d'Europe.

Elle se présente comme un cadre de réponses aux attentes des citoyens, attentes dont les villes sont à la fois le théâtre et le révélateur, comme un ensemble de points d'appui pour revendiquer leurs droits, reconnaître d'éventuelles violations et les faire cesser.

Ces points d'appui sont portés par la volonté d'inscrire durablement le lien social dans l'espace public et animés par le principe d'égalité. Leur objectif est de promouvoir la montée de la conscience politique de tous les habitants.

Cette Charte consacre notamment le droit à la santé (article XVII), le droit à l'environnement (article XVIII), le droit à un urbanisme harmonieux (article XIX), le droit à la circulation et à la tranquillité dans la ville (article XX), et en son article XVI, le droit au logement :

Art. XVI - DROIT AU LOGEMENT

1. Tous les citoyens des villes ont droit à un logement digne, sûr et salubre.
2. Les autorités municipales veillent à ce qu'il existe une offre adéquate de logements et d'équipements de quartier pour tous leurs citoyens sans distinction, en fonction de leurs revenus. Ces équipements doivent comprendre des structures d'accueil permettant de garantir la sécurité et la dignité des sans-abri et des structures adaptées aux femmes victimes de violence et pour celles cherchant à échapper à la prostitution.
3. Les autorités municipales garantissent le droit des nomades à séjourner dans la ville dans des conditions compatibles avec la dignité humaine.

On le sait, la philosophie qui sous-tend les nombreuses chartes humanistes prête le flanc à la critique¹ et l'inflation des droits officialise un type de société où le contrat l'emporte sur le pacte². Il n'en reste pas moins que la réaffirmation du droit au logement est, aujourd'hui, en Occident, en Belgique, tout sauf superflue !

Nous allons survoler quelques aspects de cette problématique complexe. Le logement étant une matière dont la plupart des aspects sont

*Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.*

*(1) On lira pour
s'en convaincre
le petit mais
costaud
L'humanisme
inutile et
incertain de
Edouard
Delruelle paru
chez Quartier
libres, éditions
Labor.*

*(2) Voir à ce sujet
l'intervention de
Jean-Pierre
Lebrun lors du
congrès de la
Fédération des
maisons
médicales, Santé
conjuguée 17
page 11, ainsi
que son ouvrage
Un monde sans
limites, éditions
Eres 1997.*

régionalisés, nous nous centrerons surtout sur Bruxelles afin de ne pas appesantir notre exploration. Il va de soi que cela ne préjuge en rien d'une meilleure situation dans les autres régions du pays.

Tous les citoyens des villes ont droit à un logement

A Bruxelles, on estime que près de deux mille cinq cents personnes sans-abri fréquentent les maisons d'accueil. Ce nombre ne représente qu'une partie des sans-abri : tous ne fréquentent pas ces maisons, dont la capacité d'accueil se révèle par ailleurs inférieure à la demande. Plusieurs abris de nuit par exemple ont instauré des systèmes de sélection tels qu'une personne ne peut s'y reposer deux nuits de suite, de manière à permettre à tous les demandeurs d'en bénéficier à leur tour. L'occupation de locaux vides, désaffectés ou promis à la destruction n'est pas seulement le fait de jeunes en rupture ou de groupes de revendication plus ou moins organisés dont parlent parfois les media : c'est là qu'aboutissent une partie de ceux qui n'ont pas trouvé de place ailleurs.

Il y a ceux qui n'ont pas de logement, il y a ceux qui le perdent. Régulièrement, des gens sont expulsés sans qu'un relogement n'ait été mis en place. Le non-paiement des loyers en est la cause la plus fréquente et en augmentation rapide. Un constat du Syndicat national des propriétaires (SNP) l'illustre : en 2000, le Syndicat national des propriétaires a reçu neuf cents plaintes de ses membres pour arriérés de loyers, ce qui signifie que 15 % de ses membres sont confrontés au problème, alors que ce taux était de 9 % en 93-94.

Les procédures d'expulsions se sont multipliées à tel point qu'une proposition de loi a été déposée par l'ancien ministre Santkin. Ce texte vise à suspendre l'expulsion des locataires dans les six mois qui suivent un jugement d'expulsion et à l'interdire durant les mois d'hiver. Mais rien n'a été prévu pour indemniser les propriétaires (qui ne sont pas forcément tous de gros capitalistes).

Le Syndicat national des propriétaires estime que cette proposition dégoûtera progressive-

ment les bailleurs et provoquera une baisse du marché locatif qui sera mis en vente. Il ajoute que ce n'est pas aux propriétaires privés de faire les frais de la précarisation de la société et veut en finir avec l'image du grand méchant bailleur et du pauvre petit locataire.

En mars 2001, le Syndicat national des propriétaires décide de réagir et de créer un fichier des locataires mauvais payeurs. José Garcia, porte-parole du syndicat des locataires, raille : « Et pourquoi pas une liste des mauvais propriétaires ? ». Si José Garcia reconnaît les difficultés rencontrées par les propriétaires aux prises avec de mauvais payeurs, il estime que ces derniers ne représentent qu'une infime partie des locataires. Et que la formidable augmentation des loyers dans les années 80 n'est pas étrangère aux difficultés actuelles, augmentation qui ne s'est pas accompagnée d'une meilleure qualité du logement.

Pas que le privé !

Le problème des expulsions ne concerne pas que le seul secteur privé. Le secteur du logement social comptabilise chaque année cent cinquante à deux cents expulsions à Bruxelles. Les arriérés locatifs des logements sociaux s'accroissent en conséquence de l'appauvrissement des locataires.

Le problème a poussé Alain Hutchinson, secrétaire d'État bruxellois au logement, à rédiger une circulaire visant à réglementer les pratiques des Sociétés immobilières de service public (Sisp). Ce document établit des procédures de récupération de créances et un canevas d'interventions (lettres de rappel, médiation, recherche de solutions à l'amiable, plans d'apurement, saisine du juge de paix...) dont le non-respect empêchera toute expulsion. Le locataire incriminé devra obligatoirement être tenu au courant des procédures engagées et toute expulsion devra être précédée d'un rapport motivé de la Société immobilière de service public et d'un avis du délégué social. Le recours à des sociétés de recouvrement de créances sera interdit.

José Garcia se félicite de cette avancée mais déplore que la revendication première du



syndicat des locataires n'y soit pas rencontrée : pas d'expulsion sans relogement.

Un cadastre du logement social à Bruxelles a été mis sur pied. En 2001, le secteur compte 38.400 logements. La qualité des logements laisse à désirer. Un exemple parmi d'autres : 4.770 logements sociaux (soit plus de 12 %) ne disposent pas de salle de bain ni de toilette intérieure.

Pour remettre l'ensemble du secteur à un niveau décent, on estime qu'il faudra injecter seize milliards et que neuf ans seront nécessaires pour assainir ce parc locatif.

Un tiers de la population !

L'illusion s'estompe donc : se loger n'est pas le problème des seuls sans domicile fixe, des marginaux réduits à vivre dans un camping, des gens du voyage qui dérangent et qu'on chasse ou encore des clandestins³.

L'inégalité des ménages face au marché locatif est démontrée par de nombreuses études. Un indicateur fréquemment utilisé est la part de leurs revenus que les ménages consacrent à la location de leur logement. Une norme théorique avance que cette part ne devrait pas dépasser 25 % du revenu. Une étude de la Fondation roi Baudouin montre qu'en 1989 (et rien n'indique que la situation se soit améliorée depuis), 30 % des locataires n'arrivaient pas à consacrer moins de 25 % de leur budget pour un appartement à une chambre ; ce pourcentage montait à 44 % à Namur et 60 % à Bruxelles. Cela les contraint à réduire d'autres dépenses de consommation ou à se contenter de logements de qualité médiocre ou inadaptés à la taille de la famille.

La même étude mesurait la part que prend le loyer dans le budget des minimexés. Pour un appartement à une chambre, les

minimexés de Liège dépensaient 38 % de leur budget, ceux de Charleroi 43 %, ceux de Namur 51 % et ceux de Bruxelles 68 % ! Remarquons que l'uniformité des prestations sociales, qui ne tiennent pas compte des disparités des niveaux de loyer entre différentes villes, pénalise les habitants des grandes villes.

Efforts louables. Peut faire mieux ?

De nombreux mécanismes ont été mis en place pour faciliter l'accès au logement.

Les ADIL, acronyme d'allocations déménagement-installation-loyer, permettent aux ménages qui quittent un logement insalubre, surpeuplé ou inadapté de bénéficier d'une aide financière pour occuper un logement salubre ou adapté. L'aide équivaut à la différence entre l'ancien et le nouveau loyer avec un maximum de 5.000 BEF par mois + 500 BEF par enfant à charge et ce pour une période de cinq ans renouvelable une fois.

Mais pour ouvrir ce droit, le nouveau logement doit satisfaire à de nombreux critères de qualité, de sécurité et de superficie par rapport à la taille du ménage : qu'un seul critère manque et le ménage perd tout droit à l'aide. Ces conditions sont trop exigeantes par rapport au parc locatif disponible. Un exemple : il faut une cuisine de 6m² minimum, ce qui exclut les appartements



(3) Nous n'épiloguerons pas longuement sur les conditions de logement des clandestins. Juste un petit peu d'arithmétique : on peut mettre huit matelas dans une pièce de 4x5 m et louer la place à 10.000 BEF par personne. Et une invitation à (re)voir le film *La Promesse des frères Dardenne*, un film qui passe pour une fiction mais qui a tout du documentaire...

conçus avec une kitchenette. Ces normes ont été assouplies en 1997 en région de Bruxelles capitale, mais demeurent encore excluantes.

D'autre part la procédure est lourde et payante (700 BEF à Bruxelles-ville pour réunir les documents administratifs requis).

Enfin, les candidats ne sont souvent informés du résultat de leur démarche qu'après emménagement, ce qui peut être catastrophique en cas de refus. Les CPAS refusent d'ailleurs d'avancer les ADIL.

Subsidiées depuis 1998, les Agences immobilières sociales (AIS), gèrent des logements appartenant à des propriétaires privés. En échange de cette gestion qui garantit au propriétaire la rentrée régulière des loyers quelles que soient les circonstances, elles obtiennent de bonnes conditions de location ce qui leur permet d'offrir aux locataires des logements conformes pour un loyer compatible avec leurs revenus. Mais les Agences immobilières sociales elles-mêmes sont confrontées à la difficulté de trouver des logements conformes ouvrant le droit aux ADIL. Il n'en va pas autrement pour les logements sociaux.

D'autres initiatives destinées à faciliter l'accès à un logement salubre se multiplient. Le Fonds du logement rénove des immeubles dans les quartiers dégradés et les met en location pour des locataires dont le revenu ne dépasse pas un certain plafond. Dans le cadre de contrats de quartier, les communes installent des mécanismes du même type. Le Fonds de garantie locative propose des prêts sans intérêt pour constituer les garanties exigées par les propriétaires ; mais le remboursement de ce prêt peut déséquilibrer les budgets des moins aisés.

La difficulté de trouver des logements adaptés à la taille des ménages ou à leurs revenus en pousse certains à se tourner vers l'achat. En zones défavorisées, des primes à l'achat peuvent se monter jusque 300.000 BEF ; mais les prix de vente subissent des hausses fréquentes et demeurent hors de portée des ménages aux revenus modestes. Les prêts hypothécaires du fond du logement sont avantageux (intérêt à partir de 2 %) mais nécessitent de disposer d'un capital de départ.

Le rapport d'activité 1999 de l'asbl Convivence évaluait, à Bruxelles, le loyer des appartements à une chambre entre douze mille et vingt mille BEF ou plus. Le prix moyen d'un appartement à deux chambres s'élevait à 18.533 BEF. Les chiffres sont à peine inférieurs pour les logements insalubres... Dans le même temps, Convivence constate une diminution inquiétante de l'offre globale de logements, de même que le manque de logements adaptés à certains publics (handicapés, familles nombreuses), alors que les logements vides se comptent par centaines (2,5 % des immeubles bruxellois sont totalement vides).

Offre insuffisante et trop chère, aides encore trop peu accessibles malgré les efforts récents : faute de choix pour les moins aisés candidats au logement, le marché de l'insalubrité a encore de beaux jours devant lui. Or nul n'ignore le coût de l'insalubrité : maladies et intoxications, violences familiales et troubles mentaux, absentéisme et éclatement des familles, endettement et problèmes de justice.

Des idées. Que des idées ?

Devant cette situation, le Rassemblement bruxellois pour le droit à l'habitat (RBDH⁴) réclame des mesures coordonnées pour remédier à ces situations. Il propose entre autres :

- des normes minimales de salubrité (déjà en vigueur dans les codes flamand et wallon du logement) ; actuellement, rien n'empêche la mise en location d'un logement insalubre à Bruxelles ;
- des critères de qualité uniformes en matière de salubrité et de sécurité ; les normes actuelles diffèrent selon chaque type de logement et selon chaque acteur du logement ;
- l'instauration d'un permis de location et un contrôle des logements mis en location ;
- une obligation de relogement décent avant toute fermeture de logement ;
- la mise en place de plus de logements de transit ;
- l'application effective de sanctions à l'égard des propriétaires bailleurs ; notamment quant

(4) *Rassemblement bruxellois pour le droit à l'habitat, rue du Poinçon 19A à 1000 Bruxelles ; celui-ci publie un trimestriel : Article 23. Signalons aussi, pour s'y retrouver dans la jungle des réglementations, la brochure La santé, le logement mise à disposition par la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles Capitale (tél 02/542.83.16).*



Confort ?

Une recherche publiée en 1998 évaluait la qualité du logement à Bruxelles.

- deux logements sur dix ne disposent pas du petit confort (salle de bains et toilette à l'intérieur du logement, dans une pièce réservée à ces fonctions) ;
- deux sur dix disposent du petit confort uniquement ;
- deux sur dix disposent du confort moyen (critères du petit confort + un chauffage central) ;
- quatre sur dix disposent du grand confort (confort moyen + une cuisine de 4 m²).

L'âge des logements intervient peu dans ces différences. Ainsi le parc bâti avant 1919, qui représente près d'un cinquième des logements en région bruxelloise, compte 41 % de logements de grand confort et 45 % de logements de petit confort ou inférieur au petit confort. En fait, c'est le statut des occupants qui détermine ces différences : le marché locatif est de faible qualité, le marché acquisitif (propriétaires occupants) est plutôt de grand confort.

Source : Qualité et rénovation du parc de logement en Région de Bruxelles-Capitale, Observatoire de l'habitat, Françoise Noël et David Praille, août 1998, Centre de recherche urbaine, Institut de sociologie, ULB.

- le soutien aux Agences immobilières sociales ;
- des mesures d'encouragement à la rénovation pour les propriétaires ;
- des facilités d'accès à la propriété.

De son côté, le rapport 2000 sur l'état de la pauvreté dans la région de Bruxelles Capitale insiste sur la nécessité d'une approche intégrée entre CPAS et secteur du logement social et sur le soutien aux Agences immobilières sociales.

Tout est lié : pauvreté (même relative) et difficultés d'accès au logement forment le fonds de commerce de la partie insalubre du parc locatif, le tout constituant un aliment de choix pour les problèmes de santé. Les pouvoirs publics en sont conscients et bougent. Leur vitesse de mobilité dépend de la volonté politique et du choix de l'affectation des fruits de la croissance. Mais ceci est un autre budget... ●

à l'obligation pour le bailleur de réaliser les réparations indispensables, obligation souvent reportée par contrat à charge du locataire, ce que la loi autorise ;

- l'application effective de la taxe sur les immeubles vides ;
- un système de contrôle sur le montant des loyers ;
- une révision de la réglementation des ADIL en fonction des revenus des locataires et non de la qualité du relogement ;

Autre lieu

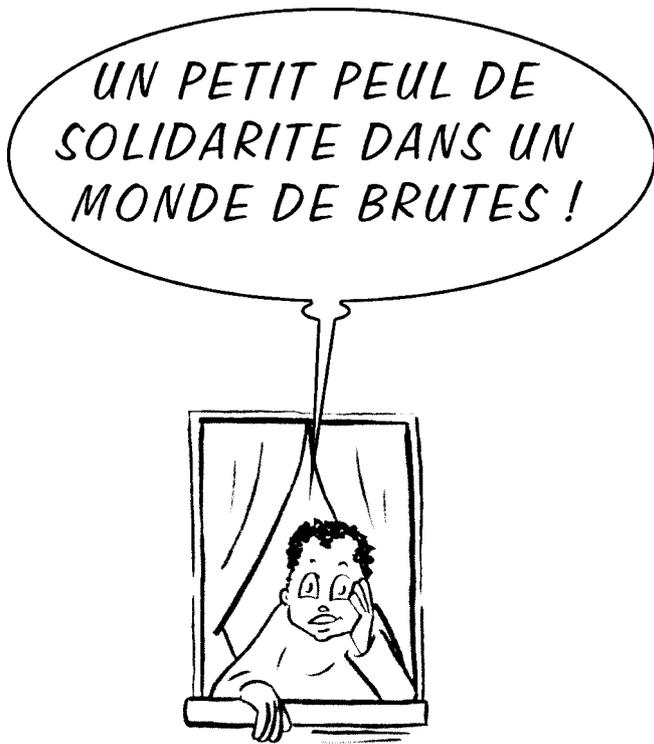
L'équipe de l'Autre lieu.

Extrait du Cahier Santé de la Commission communautaire française n°10.

L'Autre lieu : rue Marie-Thérèse 61 à 1210 Bruxelles. Tél : 02/230.62.60.



L'Autre lieu se définit entre autres comme un réseau de lieux d'accueil, et un outil mis à la disposition de personnes en demande. Alternative à la psychiatrie, l'asbl soutient qu'il existe des possibilités d'accueil autre part que dans une institution et son but est de proposer un accueil de personnes en difficulté chez des particuliers.



Ainsi, l'orientation de cette action est de donner l'occasion à ces personnes de sortir de leur « chez soi », de leur propre « soi » en quelque sorte.

Ces personnes en demande se trouvent dans une situation et un sentiment de solitude ou à l'inverse dans un sentiment de « trop communautaire » impliqué par des placements répétés en institution (où la personne risque de

se sentir moins considérée en tant que personne propre). L'association prend également en considération des personnes en quête d'un endroit permettant la sortie d'un environnement familial difficile ou une transition entre un séjour à l'hôpital et un chez soi. Enfin, les personnes à la recherche d'un toit trouvent écoute à l'Autre lieu.

La solution n'est pas de proposer un accueil prédéfini à cette demande d'accueil. Aussi, l'équipe de l'Autre lieu a constaté que, plus qu'habiter quelque part, c'est surtout la création de relations sociales qui est importante dans la demande d'accueil.

Plusieurs actions tentent de répondre à ce désir : des pratiques de réseaux d'échanges de savoirs, des pratiques d'écoute - entraide, un accueil chez des particuliers, des maisons communautaires, un groupe d'auto-support.

Des maisons

Dans l'optique de répondre au désir d'hébergement et d'accueil en terme de toit, l'Autre lieu a regroupé plusieurs demandes individuelles qui ont débouché sur la création d'une maison communautaire privée.

Sur une même idée, une autre maison communautaire a vu le jour, basée sur une communauté Peule, groupe accueillant. Leur souhait s'inscrivait dans une démarche culturelle propre, prenant en compte leur nécessité de vivre en communauté et leur tradition qui les incite à accueillir l'étranger, l'isolé, l'autre, le différent et à toujours rechercher l'intégration de chacun. L'Autre lieu présente aux habitants peuls les candidats locataires. Ainsi le groupe accueille des personnes en difficulté psychosociale. L'objectif est de rester ouvert aux demandes et de ne pas institutionnaliser la maison. L'exigence principale est l'échange entre les habitants : personnes en difficulté, aux revenus faibles dans une démarche de bonnes relations de voisinage. Dans ce but, des contacts sont entrepris avec les institutions du quartier et les voisins. Notons que l'Autre lieu a pris en charge des frais de rénovation.



La maison communautaire des Peuls¹

Interview de Mamadou Li, membre de la communauté.

Un lieu qui combine l'accueil de candidats réfugiés africains (dans un contexte communautaire proche de la culture d'origine) et de personnes en difficulté sur le plan de la santé mentale (comme alternative à l'hospitalisation psychiatrique).

« La maison a été créée en 1989 suite à une initiative d'une Belge, Dominique Desmet, qui était mariée avec un Sénégalais.

Ils vivaient à la manière traditionnelle, et ils recevaient souvent chez eux des Africains qui venaient d'arriver ici. Ces gens étaient clandestins, ils vivaient dans des caves non éclairées, dans des conditions terribles.

Dominique a proposé à l'asbl l'Autre Lieu, dont elle était membre, de créer une communauté. Et, vu la manière de vivre des Peuls, elle leur a demandé s'ils accepteraient d'accueillir des personnes déprimées, psychiatriquement, moralement et socialement, pendant quelques jours, quelques mois ou quelques années.

Une tradition de partage

Ça a commencé comme ça. La maison est devenue un lieu de transit pour tous les Peuls qui arrivent. On les accueille ici quand ils ont des problèmes. C'est la vie en communauté, on partage tout : la cuisine, le salon, la salle de bain... Si quelqu'un a de quoi, il participe aux frais, sinon il est couvert.

Les familles sont restées au pays, parce que c'est très loin, on n'a pas les moyens de déplacer tout le monde.

Rentrer au pays, pour l'instant, ce n'est pas possible. Le régime en place n'est pas favorable à ça. On ne va pas tenter de rentrer pour mourir !... Même les familles sont déportées au Sénégal.

De mon côté, si je suis en règle, je préfère faire venir ma famille ici. Chez moi, on ne veut plus de moi.

La communauté offre un soutien. C'est obligé, ça fait partie de nos traditions : on vit en société, on partage le peu qu'on a — le manger, la couchette — avec les parents qui sont démunis. On ne peut pas abandonner son parent ou le laisser souffrir alors qu'on a un peu de ressources. On est obligé de partager ; c'est réciproque.

Les « accueillis »

Avec les « accueillis », nous nous complétons. Eux aussi ils ont des problèmes. On les comprend. Traditionnellement, nous on vit avec nos malades : le malade garde le contact avec les gens bien portants, avec les enfants, on peut lui parler, et il peut demander ce qu'il lui faut.

Avant d'arriver ici, les accueillis passent par l'Autre Lieu. Là, on leur propose notre communauté. Si une personne est intéressée, elle vient nous voir avec un ou deux membres de l'Autre Lieu. On lui explique les règles de vie de la maison. Il y a quatre chambres pour les accueillis, comme il y a quatre chambres pour nous, les accueillants. Nous faisons notre popote dans la cuisine commune. Si l'accueilli accepte de manger avec nous, il est le bienvenu ; on ne lui demande rien en compensation. S'il préfère rester seul, il peut emporter une assiette dans sa chambre. C'est valable pour chaque repas. Parfois, s'il a besoin d'un petit dépannage, on peut lui prêter 100 BEF ou 500 BEF.

Nous veillons sur les accueillis pendant tout leur séjour dans la maison. Si on ne voit pas Jean pendant plusieurs heures, ou s'il n'est pas sorti à l'heure habituelle, quelqu'un monte dans sa chambre pour voir s'il est réveillé, s'il se porte bien, s'il n'a pas de problème. Un autre exemple : nous avons un pensionnaire depuis deux ou trois semaines; il a des crises d'épilepsie. Parfois, il ne prend pas ses calmants. On sait qu'il ne peut pas rester seul dans la cuisine et qu'il ne faut pas laisser passer 24 heures sans aller le voir.

A la longue, ça devient presque une famille. Il y en a d'autres qui partent, et qui reviennent de temps en temps nous dire bonjour avec un paquet de sucre ou du thé. Ils mangent avec nous, ils boivent le thé avec nous, et puis ils repartent."

(1) « Peuls ou Foulbé : ensemble de peuples nomades et sédentarisés, dispersés en Afrique de l'Ouest, du Sénégal au Cameroun, et parlant une langue nigéro-congolaise. » (Le Petit Larousse illustré, éd. 1994).

Extrait de Bruxelles Santé n°18, page 18-19.

Pour une deuxième maison communautaire avec les Peuls, le Fonds du logement des familles de la Région de Bruxelles-Capitale intervient dans les frais de rénovation.

Pour une troisième maison, c'est la loi Onkelinx sur la réquisition d'immeubles vides qui a poussé l'Autre lieu à introduire une demande auprès de la commune de St-Josse et à finalement conclure un contrat de bail à rénovation.

Du point de vue du délai d'occupation, la maison communautaire se démarque des appartements supervisés. En effet, le délai d'occupation est un bail à durée indéterminée.

Du point de vue de leur statut social, certains habitants des communautés sont considérés comme « isolés ». Par une action menée en justice, les efforts de l'Autre lieu ont permis qu'il n'y ait pas de pénalisation pour les minimexés, les chômeurs...

En effet, le minimex au taux cohabitant ne permettrait pas une vie sociale à l'extérieur de la maison ni la possibilité de pouvoir la quitter. Il ne faut pas que les habitants du lieu soient pénalisés par le lieu même (dépendance financière).

Cette année, l'action de l'association a touché environ deux cents personnes.

Elle s'inscrit dans une démarche du droit au logement pour tous et de non-institutionnalisation des problèmes de vie.

Il est important de comprendre quelles motivations peuvent justifier, mise à part la situation de précarité, le mode de vie en camping. Ainsi, de par l'existence d'une entraide entre les habitants, il semble résulter d'un choix de vie. Plutôt que d'habiter « un petit meublé cher », on préfère « être voisins dans la nature », tout en reconnaissant l'existence de conflits possibles. Malgré ce peu de confort, ils profitent d'une ambiance chaleureuse. Ceci est variable d'un camping à l'autre et dépend en grande partie du directeur du camping. Certains revendiquent en quelque sorte leur marginalité (« ils ne veulent pas de maisons en briques »). Soulignons que cela ne veut pas dire que l'Autre lieu encourage ce mode de vie, ni ne le stigmatise. Le travail a déclenché une prise de conscience chez les habitants des campings. Ils ont parlé d'eux, en ayant à leur disposition le support photo pour communiquer leurs impressions, avec beaucoup de pudeur. Leur situation ne justifie pas le scoop. En cela, ils ne s'attachaient pas aux aspects les plus difficiles de leur situation. Leurs photos rendaient compte que tout un chacun pouvait s'identifier à eux car personne n'est à l'abri d'une situation précaire. ●

Des photos pour se dire qu'on est comme les autres

Nous avons également effectué un travail centré sur le logement et son image. Cette démarche faite avec entre autres des habitants de camping, des sans domicile fixe et des personnes mal logées, a permis une analyse en profondeur de leur situation. Les habitants ont reçu un appareil photo afin qu'ils réalisent eux-mêmes les photos de leur quotidien. Un des effets a été une prise de conscience de leur situation et de la déculpabiliser. Les habitants se sont rendus compte qu'ils n'étaient pas seuls. Des liens de solidarité ont été mis en évidence et ils se sont sentis citoyens et dignes. Une coordination au sein des campings a même été créée par l'asbl Solidarités Nouvelles.



Où vivre vieux?

.....

Un jour, la personne vieillissante, sans avoir forcément perdu son autonomie, c'est-à-dire sa capacité à diriger sa vie, a besoin de plus d'aide qu'auparavant pour affronter les contraintes physiques ou morales de l'existence. Tant que la famille et les proches ont les ressources et la volonté d'assumer ces besoins, et tant que la personne vieillissante accepte ce secours, son maintien à domicile reste possible. Mais tôt ou tard la question d'un « placement » pourra se poser.

.....

en famille élargie et les solidarités locales marquent un recul. Les logements ne sont pas conçus pour faire cohabiter trois ou quatre générations et mal adaptés aux besoins des aînés.

Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

Dans ce contexte recomposé, trois axes de réflexion s'imposent : comment améliorer les conditions du maintien à domicile, comment repenser les institutions pour qu'elles répondent aux besoins nouveaux de leurs pensionnaires, quelles solutions proposer aux personnes dont la qualité de vie n'est plus satisfaisante à domicile mais qui n'ont rien à faire en institution ?

Le maintien à domicile

Que ce soit dans le milieu familial pré-existant ou dans une cohabitation (intra ou intergénérationnelle) le maintien à domicile peut être facilité par l'intervention de « soutiens domiciliaires ».

L'offre de soins à domicile est diversifiée : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens y rejoignent les soins infirmiers et médicaux traditionnels. L'hospitalisation à domicile, d'introduction récente, permet de nombreux soins de nature et d'intensité comparables à ceux dispensés à l'hôpital.

Jadis, ce placement conduisait à « l'hospice », souvent assimilé à un mouroir. Il fallait rester à la maison le plus longtemps possible, fut-ce dans de mauvaises conditions matérielles et morales, et ne lâcher prise qu'en dernière extrémité.

Aujourd'hui se déploie un éventail de possibilités qui permet un choix « de vie » et répond à l'évolution sociale et démographique du « grand âge ». Le nombre de personnes âgées croît sans cesse. Elles sont globalement en meilleure santé que par le passé et leurs capacités diminuent plus graduellement et plus tard. Émerge ainsi une nouvelle population de personnes ayant besoin de peu d'aide ou d'entourage pour continuer une existence autonome pendant une période de plus en plus longue de leur existence. Simultanément, la vie

Souvent, plus que la maladie, ce sont les difficultés de la vie quotidienne qui hypothèquent le maintien à domicile. A ce problème, le développement de services sociaux apporte une réponse technique appréciable, par exemple en proposant coiffeur, pédicure ou repas chauds à domicile. La biotélégilance permet de veiller à distance sur la sécurité et la santé des personnes vieillissantes isolées. Des services de type familial deviennent accessibles. L'aide-ménagère accomplit les tâches lourdes que la personne ne peut plus accomplir, l'aide familiale l'assiste dans les actes de la vie quotidienne ou dans les démarches administratives. Concept nouveau, (expérimenté par exemple au CPAS de Courcelles avec l'asbl Allo-répit), la « remplaçante familiale » permet à l'entourage naturel de se libérer et de souffler.

La multiplication de ces services rend nécessaire une coordination que le politique tente de mettre sur pied, non sans heurter les habitudes d'intervenants déjà sur le terrain et rétifs à des réglementations imposées d'en haut.

Mais offrir des services ne suffit pas : il faut encore que le cadre du domicile permette une qualité de vie satisfaisante. Les initiatives en ce sens ne manquent pas.

Grand âge, grands chiffres

L'espérance de vie moyenne croît d'un an tous les quatre ans.

L'institut national de statistiques estime à 2.233.572 le nombre de personnes de plus de 60 ans en 2002, soit 21,8 % de la population totale.

Pourcentage qui montera, selon les projections, à 26,5 % en 2020, soit plus d'un belge sur quatre.

Actuellement, la population soignée par les Centrales de soins à domicile a un âge moyen de 80 ans et montre une nette prédominance féminine.

Les personnes résidant en institution représentent 1,2 % de la population totale et 6,4 % des plus de 65 ans.

Depuis 1967 existe dans chaque département de France le **PACT-ARIM**, acronyme de protection, amélioration, conservation et transformation de l'habitat - association de restauration immobilière. Ces organismes sans but lucratif regroupent des associations au service des personnes qui souhaitent réaménager leur logement, qu'elles soient propriétaires ou locataires, en vue d'en assurer la salubrité, la sécurité et le confort pour les personnes âgées. Le PACT-ARIM, en accord avec la personne, étudie les transformations nécessaires pour son maintien à domicile, contacte les professionnels, surveille les travaux et apporte son aide quant au volet financier dans l'intérêt de la personne (recherche de devis avantageux, de subventions aux travaux, de prêts).

En Hollande se développe l'**habitat adaptable**. Le Nationale Woningraad rénove et construit les habitats en fonction des besoins actuels et potentiels de leurs occupants, tenant compte d'aménagements ultérieurs en cas de handicaps éventuels. La largeur des portes et des halls,

l'accès aux sanitaires et aux placards, la hauteur des interrupteurs et des sonnettes, l'adaptabilité des espaces à la circulation d'un fauteuil roulant ou à l'installation d'ascenseurs, tout est étudié pour permettre en toutes circonstances l'accès et l'usage du logement pour une personne âgée. Ces réalisations bénéficient d'une volonté politique de promouvoir l'habitat adaptable et sont immédiatement rentables : le coût de la construction des logements adaptables n'est pas plus élevé que celui des autres (« option zéro »). Il s'agit en effet de garder les mêmes dimensions et équipements en les modulant autrement.

Autre optique, celle de l'**habitat évolutif**, conçu pour s'adapter dans le temps à ses habitants. L'organisation des espaces, la conception des gaines techniques et des systèmes de cloisons amovibles permettent de moduler l'habitat en fonction de l'arrivée d'enfants, de leur départ, de la location des pièces inutilisées ou de l'accueil de parents âgés. Des appartements évolutifs construits à Molenbeek se composent de deux logements superposés, un grand et un plus petit, disposant chacun d'une salle de bain et d'une cuisine. Un jeune couple d'acheteur peut mettre le petit en location pour rembourser son prêt, relier les deux parties quand la famille s'agrandit, et plus tard se replier dans le petit pour louer le grand et s'assurer un nouveau revenu.

Des formules plus communautaires se développent. Dans l'**habitat kangourou**, une même porte de rue conduit à deux appartements occupés par des habitants que lie un contrat mutuel. Exemple d'un logement à Molenbeek, propriété de l'asbl Dar Al Amal, dont le rez-de-chaussée, aménagé pour une vie indépendante, est loué à une personne âgée et l'étage à une famille qui, en échange d'un loyer réduit, veille contractuellement à l'entretien général de la maison (escaliers, couloirs, poubelles, vitres) et surveille la personne âgée.

Du Québec nous vient la **coopérative d'habitation locative**. La coopérative est propriétaire de lieux de vie et les loue sans but lucratif exclusivement à ses membres, qui sont donc à la fois copropriétaires et locataires. Cette formule collective assure des loyers modérés, une gestion démocratique de la propriété et



favorise les contacts et l'entraide. Le fait d'habiter une coopérative semble prolonger de plusieurs années l'indépendance physique des personnes retraitées.

Dans la même philosophie, les pays scandinaves développent l'**habitat autogéré communautaire**, constitué de logements conçus de manière active par les futurs habitants, articulés autour d'espaces intérieurs et extérieurs communs (on y trouve souvent une « rue intérieure ») et dont les habitants partagent des services communs (restaurant, garderie, bibliothèque, etc.) et la gestion organisationnelle. Ces projets, communautaires et mêlant les générations, attirent des personnes mues par le désir de s'impliquer et le refus d'être prises en charge, bien avant d'entrer dans le « troisième âge ».

Interfaces domicile-institution et domiciles de substitution

A mi-chemin entre le domicile et l'institution, les **centres de jour** et les **structures d'accueil temporaire** accueillent la personne vieillissante à certains moments de la journée ou pendant de brèves périodes. Jusqu'il y a peu, ces structures étaient envisagées comme une préparation à une institutionnalisation prévisible ou comme un moyen d'en retarder quelque peu l'échéance. C'est pourquoi ces services sont organisés dans les maisons de repos pour personnes âgées ou les maisons de repos et de soins, ou en liaison avec elles.

A cette conception classique viennent maintenant s'ajouter d'autres visées. Ces structures peuvent en effet être considérées comme une aide pour l'entourage naturel et professionnel des personnes vieillissantes : il ne s'agit plus ici d'une étape vers le placement en institution, mais d'un soutien aux intervenants du domicile, de l'offre d'un temps pour souffler, et pour la personne vieillissante d'un entr'acte avant un retour chez elle. Dans cet esprit, on voit se créer des centres d'accueil de nuit ou des hébergements d'été.

D'autres structures se mettent en place. Sur le modèle des placements d'enfants, s'organise un

accueil familial pour personnes âgées qui peut être à temps complet ou partiel (jour ou nuit, semaine ou week-end, selon les impératifs de la famille d'origine). Cette formule, intéressante par sa souplesse, nécessite un encadrement sérieux. Il faut en effet assurer une qualité d'accueil (sélection et formation des familles) et une rémunération convenable de la famille d'accueil tout en évitant les abus et l'exploitation de la personne accueillie. Une initiative en cours dans la province de Namur semble ne pas rencontrer un gros succès : manque de cautionnement légal, de moyens financiers, difficultés à faire coïncider les exigences des accueillants et des accueillis ou à trouver suffisamment de familles dont l'appât du gain n'est pas le *primum movens*...

Depuis quelques dizaines d'années, une nouvelle offre élargit la palette des possibilités à l'interface du domicile et de l'institution : la **résidence service** (la plus ancienne en Belgique est le Vert Galant, née en 1971 à Gembloux). Il s'agit d'un ensemble de logements particuliers, véritables domiciles privés, permettant aux personnes âgées de mener une vie indépendante et offrant des équipements communs et des services (repas, nettoyage, soins...) auxquels ces personnes peuvent faire librement appel. La résidence service s'adresse au départ à des personnes âgées encore valides mais leur assure la possibilité de finir leurs jours dans leurs murs quelle que soit l'évolution de leur état. Elle est reliée fonctionnellement à une maison de repos et de soins ou à une maison de repos pour personnes âgées, mais le locataire ou copropriétaire garde sa liberté de mouvement et de pensée et le choix de ses soignants. Séduisante, cette option est onéreuse. Seule une politique budgétaire concertée assurera la viabilité économique des résidences service tout en ouvrant leurs portes aux faibles revenus.

En plein centre de Rotterdam, deux grands blocs d'habitation reliés par une coupole en verre surplombent un atrium où l'on trouve restaurant, shopping et cafés. A la différence de la résidence service, l'ensemble est largement ouvert sur le quartier et les services qu'on y trouve sont accessibles à la population des environs. C'est le complexe Humanitas, qui regroupe cent nonante cinq appartements adaptés pour les personnes âgées (dont soixante

de type maisons de repos et de soins et soixante de type maisons de repos pour personnes âgées). Une coordination de soins est organisée mais cette fonction est séparée du complexe : les locataires peuvent en bénéficier selon leurs besoins tout en conservant leur logement jusqu'à la fin de leur vie. Cet « **habitat intégré** » est axé sur le maintien de l'autonomie des personnes âgées et le refus de les isoler du milieu. La devise des soins en vigueur est significative de cet esprit : elle suggère d'aider « les mains dans le dos », c'est-à-dire de stimuler les gens à effectuer le plus possible les tâches de la vie quotidienne, à employer leurs muscles et leur cerveau (*use it or lose it*) et de ne réaliser les tâches à leur place qu'en dernier recours.

Le groupe Saumon, ainsi nommé parce qu'il entend susciter des projets allant à contre-courant des conceptions dominantes, est né en 1993, année européenne des personnes âgées et de la solidarité entre générations. La philosophie générale du groupe tient que, quelles que soient ses déficiences, la personne âgée demeure responsable de sa vie et de ses choix. Il faut renoncer à définir à sa place ce qui est bon pour elle, examiner avec elle ses marges de manœuvre en vue de l'exercice de son autonomie et lui reconnaître le droit au risque. Le groupe appuie des réalisations qui se reconnaissent autour du concept de « **petites unités de vie** », caractérisées par leur petite taille, leur insertion dynamique dans le quartier ou le village, la combinaison du chez soi intimiste et du chez nous sécurisant, la responsabilisation des habitants et leur articulation autour d'un projet de vie. Les personnes âgées y disposent de leurs domiciles, conçus avec elles comme un véritable chez soi, intégrés dans le quartier, sécurisés par le phénomène de groupe et l'appui de professionnels. Les règles de fonctionnement sont discutées par les résidents dans une logique citoyenne et ne sont jamais établies de manière définitive. Cela permet de s'adapter à l'évolution du profil des personnes accueillies qui change avec les années et de répondre (quand c'est possible) à leurs besoins nouveaux. Des unités de ce type fonctionnent dans plusieurs pays et semblent économiquement viables. A Bruxelles, « l'antenne Andromède », créée en 1981 sur ce modèle, parvient à

s'autofinancer par la participation des habitants (l'INAMI verse un forfait de 45 BEF par jour et par habitant).

Dans le même ordre d'idées, l'association **Abbeyfield**, implantée dans quatorze pays, regroupe des petites maisons familiales (huit à douze personnes) destinées en priorité à des personnes isolées ou fragilisées. Solidarité et volontariat constituent les fondations de ces maisons. Dans la maison chacun a son chez soi tout en acceptant un certain partage de vie dans l'accomplissement de tâches communes et l'exercice de responsabilités. Des volontaires prêtent main forte aux habitants et une personne engagée au titre de « maîtresse de maison » veille à l'organisation de la maison et des services communs, non pas à titre de responsable mais sous les directives des habitants constitués en assemblée générale. L'association Abbeyfield avance que 90 % des locataires restent chez eux jusqu'à la fin de leur vie et que leur longévité moyenne atteint nonante ans.

Toutes ces réalisations comportent un aspect intergénérationnel, ne fut-ce que par la présence de professionnels ou de volontaires d'une autre génération que les bénéficiaires. Certaines initiatives font du principe **intergénérationnel** leur objectif central. Il en est ainsi de Melo en Italie et le Centre de rencontre des générations de Mont-Evray en France ont développé des architectures et des fonctions qui mêlent des structures d'accueil pour personnes âgées avec des salles de conférences ou de concert, des infrastructures sportives, des parcs, des ateliers conçus pour favoriser les rencontres et la collaboration des âges, la transmission de la mémoire et des savoirs.

En Belgique aussi l'intergénérationnel fait son chemin. A Habay-La-Neuve, l'auberge du Vivier qui accueille des aînés est couplée au centre Saint-Aubin, structure d'accueil pour enfants de familles en difficulté. Séparés pour éviter que les uns et les autres ne se dérangent, l'auberge et le centre rendent les rencontres possibles sans les imposer. Les relations entre enfants et aînés s'avèrent mutuellement enrichissantes : par leur savoir et leur expérience, les aînés éveillent l'esprit des jeunes et représentent un modèle structurant pour ces



enfants ayant souvent connu des situations familiales éclatées ; en retour, les aînés voient leurs potentialités valorisées, maintiennent leurs capacités propres et peuvent réinvestir des projets.

A Liège, en bord de Meuse, le Balloir rassemble une maison d'accueil pour enfants, un atelier de jeunes mamans en difficultés et un lieu d'habitation pour personnes âgées.

Aux Trois Pommiers à Etterbeek cohabitent des familles en difficulté, des jeunes femmes marginalisées et leurs enfants, des personnes handicapées légères et des personnes âgées et démunies. On imagine sans peine la masse d'énergie que doivent déployer les porteurs du projet, énergie dont une partie est absorbée par les complexités administratives (quatre niveaux de pouvoir sont compétents pour les agréments).

D'autres communautés, intragénérationnelles, se rassemblent autour d'une **valeur fondamentale**.

Dans le village de Laren, en Hollande, la harpiste Rosa Spier a fondé la maison qui porte son nom où vivent et travaillent des personnes âgées pratiquant l'art ou la science. On y trouve des ateliers individuels, des studios de musique, un hall d'exposition, une salle de concert et de nombreux événements culturels y sont organisés.

Le centre Felixoord, également en Hollande, accueille des végétariens âgés ; il est serti dans un parc de six hectares où l'on trouve un superbe jardin biologique qui fournit la base de l'alimentation des locataires.

A Louvain-la-Neuve, les promoteurs du Petit Béguinage se sont inspirés des béguinages jadis florissants dans nos contrées. Pierre Huvelle, l'un des initiateurs du projet le définit comme, et chaque mot est pesé dans son expression, un petit habitat groupé participatif habité par

des retraités réunis autour de valeurs communes, notamment évangéliques. L'approche est « préventive » : l'habitat et le projet de vie sont pensés par les futurs occupants retraités avant qu'ils n'intègrent leur logement.

Du côté de l'institution

Une remarque d'abord. Nous aurions pu placer cet intitulé « Du côté de l'institution » beaucoup plus haut dans l'exposé, car les expériences que nous venons de décrire se rapprochaient davantage l'une après l'autre de l'institutionnel au sens large. Ce qui les en différencie est peut-être la volonté prioritaire de soutenir au maximum l'autonomie des personnes âgées et leur ouverture sur le milieu de vie extérieur, volonté qui n'est pas forcément absente dans l'institutionnel classique qui se centre cependant davantage sur l'hébergement et les soins.

Pension, home, maison de repos, maison de retraite, résidence, seniorie, seigneurie sont autant de prénoms que le législateur a choisi d'appeler d'un seul nom : maison de repos pour personnes âgées (MRPA), c'est-à-dire établissement pour personnes de soixante ans

au moins qui y ont leur résidence habituelle et y bénéficient des services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière et, s'il y a lieu, de soins. Cette définition implique que seules des personnes ayant un certain degré de dépendance y sont admises, même si elles ne nécessitent pas de surveillance médicale particulière.

Le blues des maisons de repos

Les listes d'attente pour entrer en maison de repos ont atteint une durée maximale en 1994 et se raccourcissent actuellement.

En Wallonie, seulement 27 % des personnes font appel à des soins à domicile avant leur entrée en institution. Ce chiffre tombe à 12 % en Flandre, ce qui pourrait expliquer que les listes d'attente y demeurent plus longues.

Infor-home Bruxelles, dans son rapport annuel 2000, déplore la baisse continue du nombre de maisons de repos bruxelloises : de 312 en 1994 à 228 en 2000, représentant 17.356 lits, soit une capacité moyenne d'hébergement de 13,6 lits pour 100 personnes âgées de plus de 70 ans. Deux tiers des pensionnaires entrent en maison de repos après l'âge de 80 ans ; 71 % sont des femmes. Un quart des entrants viennent directement de l'hôpital.

L'accès financier est problématique. Plus de 70 % des seniors disposent d'un budget inférieur à 45.000 BEF par mois, et 13,6 % n'atteignent pas 30.000 BEF. Dans le même temps, les prix pratiqués sont en hausse régulière, largement justifiée par les exigences de plus en plus pointues pesant sur le secteur. L'écart entre le budget des personnes âgées et le prix demandé en maison de repos se creuse.

L'attente des pensionnaires est double : à la dispensation de soins de qualité s'ajoute le désir que la maison de repos réponde à leur besoin de sécurité affective. Difficile pourtant de concilier humanisme et rentabilité dans un secteur où l'activité est en grosse partie de type commercial. Infor-home en appelle au développement urgent de nouvelles formes d'accueil pour les seniors, s'inspirant de principes tels que l'autonomie, l'intergénérationnel, l'interculturel, l'autogestion...

La dénomination commune maison de repos pour personnes âgées ne réduit pas l'extrême variété d'institutions qu'elle recouvre. Certaines sont spécialisées dans l'accueil des personnes handicapées mentales, motrices ou sensorielles alors que d'autres mêlent des personnes ayant des degrés de dépendance fort divers. La différence des standings se lit dans la large fourchette de prix en vigueur (en 1999 : de moins de 25.000 BEF par mois à plus de 120.000 BEF). On y retrouve aussi des clivages traditionnels : entre secteurs publics (maisons de repos pour personnes âgées dépendantes du CPAS, d'intercommunales ou de parastataux) et privé, entre secteurs commercial ou non commercial (asbl, fondations), entre options confessionnelles (catholique, protestant, israélite...), recoupées éventuellement selon les mutualités. A côté de petites maisons où vivent parfois moins de dix personnes se développent des mammoth de plus de cent pensionnaires. Les projets de vie sont tout aussi variés : on trouve par exemple des maisons « intergénérationnelles » ou pratiquant la cogestion.

Les maisons de repos et de soins (MRS) diffèrent des maisons de repos pour personnes âgées en ce qu'elles accueillent des personnes sans limite d'âge mais fort dépendantes et répondent à des normes d'encadrement plus sévères. Elles proviennent de la reconversion d'un hôpital ou d'une maison de repos pour personnes âgées (il existe des formes mixtes, des lits maisons de repos et de soins en maisons de repos pour personnes âgées). Ce sont les régions qui agrément les maisons de repos et de soins sur base de normes fédérales. On les distinguera des maisons de soins psychiatriques, qui s'adressent aux personnes présentant un trouble psychique chronique stabilisé ou un handicap mental, ayant besoin d'un accompagnement mais pas d'une surveillance hospitalière continue.



L'éventail institutionnel comporte encore un volet hospitalier : service Sp pour les patients atteints d'affections chroniques, service VP/TG pour les patients âgés atteints de démence, service G destinés aux patients de 75 ans au moins.

Même dans un cadre plus classique, l'institutionnel pour personnes âgées est en recherche. Intégrés dans certaines maisons de repos, les **Cantous** (Lou Cantou : le coin du feu, en langue d'Oc) organisent l'accueil des personnes âgées désorientées (confusion, démences). Trop souvent on voit ces personnes mises à l'écart, abandonnées dans leur chambre. L'objectif des Cantous vise à leur rendre une autonomie collective face à la perte d'autonomie individuelle, et ce dans un environnement protégé et démedicalisé. Stimulée par les membres du personnel et par sa famille à laquelle il est demandé de s'impliquer, la personne âgée désorientée est incitée à exploiter ses potentialités, à participer à la vie du groupe dans les espaces communs et à assumer des tâches quotidiennes. On constate que dans ce type d'accueil, elles demeurent effectivement plus actives et conservent mieux leur validité (l'aptitude à la marche par exemple). Le degré de satisfaction des familles est meilleur, elles se sentent écoutées et soutenues et visitent leur proche avec beaucoup moins de stress.

Conclusion

Les nombreuses formules citées montrent que se développe un réel continuum entre domicile et institution, qu'il est possible de dépasser l'ancienne conception où le maintien à domicile était la priorité à n'importe quel prix et que l'on n'abandonnait que dans la résignation.

Le thème du chez soi et du chez nous domine les expériences novatrices, la liberté et l'autonomie en constituent des objectifs majeurs. Le chez soi permet à l'habitant de s'intérioriser identitairement et le chez nous rompt l'isolement et l'enfermement où s'enfoncent souvent les personnes âgées. Garder l'ouverture au monde, retarder la

dépendance, en assumer les contraintes soi-même tant que faire se peut et en toute circonstance maintenir sa dignité sont autant de buts vertueux que ces expériences rendent possibles de poursuivre.

Mais tout cela semble réservé à un petit nombre. Il reste beaucoup à faire pour que chacun puisse vivre la fin de sa vie selon ses vœux.

Il y a un déficit d'information. Une grande partie de la population ignore que la ligne directe domicile-home n'est pas inéluctable. A fortiori, les options où il importe de préparer encore jeune les conditions de son grand âge doivent bénéficier d'une diffusion large. Cette information devrait s'accompagner de commentaires d'évaluation des différentes formules afin que chacun puisse faire ses choix en connaissance de cause.

Il y a un problème de places. Les expériences innovantes représentent un faible volume dans l'offre d'accueil du grand âge.

Il y a la question du financement. La majorité des personnes âgées disposent de petits revenus qui réduisent leurs choix. Dans un contexte où l'on déplore chaque année des dépassements budgétaires dans le secteur des maisons de repos, le fait que nombre d'expériences novatrices se targuent de générer des économies ne semble pas éveiller à suffisance l'attention des décideurs publics. Récemment, des projets de « fonds gris » ou d'assurance-dépendance ont été lancés. Il est permis de se demander si ces initiatives apportant une aide individuelle suffiront à dynamiser ce secteur en pleine mutation. ●

Vous trouverez des descriptions détaillées des initiatives esquissées ici, des évaluations critiques, un aperçu des contextes légaux ainsi qu'un carnet d'adresses et une bibliographie très étoffée et actuelle sur le sujet dans *Où vivre vieux ?* un document rédigé par Alexandre Carlson et publié en 1998 par la fondation Roi Baudouin.

Conclusion

*Françoise Noël,
directrice du
centre de
recherche
urbaine à
l'université libre
de Bruxelles.*

*Extrait du Cahier
Santé de la
Commission
communautaire
française n°10.*

Les conditions dans lesquelles se déroule la vie domestique influencent de manière non négligeable la santé et le bien-être des habitants. On sait qu'il y a des interdépendances fortes entre la santé des populations et leur environnement biochimique, matériel et social. On sait également que le niveau socio-économique ou encore l'appartenance sociale des individus détermine leur état de santé par l'intermédiaire d'une série de facteurs combinés d'ordres comportementaux, culturels, sociaux, psychologiques et matériels. Mais la nature et le poids de toutes ces interactions restent très complexes à déterminer et ne font pas encore l'objet de consensus, malgré le développement croissant des recherches dans ce domaine.

Ainsi, l'influence des conditions de logement sur la santé relève tant à la fois de relations directes et indirectes dans lesquelles jouent tout autant des facteurs globaux - liés notamment aux profondes mutations des villes - que des facteurs plus individuels liés aux modes de vie et aux conditions d'existence. L'importance du facteur « logement » transparait tant au niveau de la santé physique que de la santé mentale.

De la santé physique à la production de sens

Sur le plan de la santé physique, on retiendra notamment :

- que les accidents (blessures accidentelles, intoxications, noyades, etc.) sont, selon un rapport établi par l'Organisation mondiale de la santé en 1995, les premières causes de décès chez les enfants de quatre à quatorze ans et que la majorité d'entre eux surviennent dans l'espace du logement ;
- que des taux élevés d'occupation des logements, c'est-à-dire leur degré de surpeuplement, accentuent le risque des accidents domestiques et accroissent les infections transmises par l'air, les maladies respiratoires, la pneumonie et la tuberculose ;
- que certains composants matériels du logement agissent défavorablement sur la santé. On pense à l'exposition à l'amiante présente dans certains matériaux, au formaldéhyde provenant de certains

matériaux isolants et de meubles en panneaux de particules, à l'exposition au plomb dont les vecteurs de contamination sont, entre autres, l'eau de distribution qui dissout le plomb des canalisations, mais aussi les anciennes peintures ;

- que la pollution de l'air à l'intérieur du logement - qui n'est pas indépendante de la pollution de l'air extérieur - est favorisée par l'utilisation de certains combustibles, l'usage de certains revêtements de sol (moquette), la présence d'animaux domestiques et qu'elle favorise les risques d'allergies et la fréquence des maladies respiratoire ;
- que certaines pratiques d'appropriation et d'entretien du logement aggravent le risque d'exposition à certains polluants chimiques ou biologiques (par exemple, l'excès d'isolation, le manque de ventilation).

Ces facteurs de risque apparaissent plus fréquemment dans l'habitat ancien dégradé occupé par des populations défavorisées sur le plan socio-économique et souvent locataires. Cet habitat se situe, en outre, dans les parties du territoire urbain les plus exposées aux risques environnementaux extérieurs : quartiers industriels, quartiers centraux à forte circulation automobile, etc. L'accroissement de la pauvreté et de la précarité dans les villes, en limitant l'accès au parc résidentiel de bonne qualité et en assignant certaines populations à résidence dans les logements les plus obsolètes, accentue les risques de certains groupes sociaux.

Sur le plan de la santé mentale et du bien-être psychologique, le logement constitue aussi un élément clé. En fin de compte, parler de son logement, c'est parler de soi. Il n'est donc pas surprenant que des personnes expriment leur mal-être via des permanences logement. Dans notre société qui privilégie fortement les valeurs d'intimité et d'épanouissement personnel, le logement joue de plus en plus le rôle d'un camp de base et est devenu le lieu privilégié du déploiement de la vie privée. Dans les grandes villes en tous cas, caractérisées par une très forte mobilité et par la fragmentation des relations sociales du fait de l'appartenance des individus à des groupes multiples, le logement devient le seul point fixe où l'individu peut se ressourcer collectivement ou individuellement. Un



affaiblissement des liens communautaires avec pour corollaire l'individualisation croissante de la vie sociale donnent au logement personnel une importance accrue pour le développement des réseaux de sociabilité et la construction de la personnalité sociale. Il est donc, à cet égard un élément important de l'identité sociale. Il n'est donc pas étonnant non plus que les malaises vécus s'expriment au travers d'un « droit à » la tranquillité, au repos,...

Avoir son chez soi, c'est s'accepter comme quelqu'un, c'est donc maintenir ou renforcer son identité. Être chez soi implique exercer un contrôle sur un espace privatif. Ce contrôle constitue un facteur critique pour l'équilibre et le bien-être. Il permet d'établir une séparation physique ou psychologique du monde existant. Cette séparation est nécessaire pour atteindre l'équilibre complexe entre le besoin de communiquer avec les autres et le besoin de se protéger des autres. Certes, ce processus peut varier en fonction de caractéristiques telles que le sexe, l'âge, les ressources, la culture et en fonction de circonstances diverses, mais l'élément déterminant dans le sentiment de posséder un espace privé est bien le contrôle : contrôle des stimulations, contrôle des choix, contrôle des accès qui permettent de gérer les relations avec l'extérieur (par exemple, choisir de se protéger ou non du bruit des voisins, des vues directes,...)

On voit ainsi combien le logement apparaît

comme un lieu pluridimensionnel, un lieu de synthèse, un lieu producteur de sens. Paradoxalement, sa conception, sa production et sa gestion restent fortement sectorialisées et font l'objet de professionnels très différents qui se rencontrent rarement et qui échangent encore plus rarement avec des chercheurs en sciences humaines ou des spécialistes de la santé.

Une fois produit et mis sur le marché, le logement devient exclusivement une affaire individuelle. En fait, ce qui se passe à l'intérieur du logement relève un peu de la « boîte noire ».

La recherche d'une meilleure qualité de l'habitat passe quasi exclusivement par l'application d'un certain nombre de normes techniques et le souci d'un certain look ou d'une certaine esthétique. Par contre, elle délaisse la réflexion critique sur la conception interne du logement, du plan ou du programme et sur les possibilités d'appropriation. L'architecture urbaine en tant que mise en forme de la ville est largement privilégiée au détriment d'une remise en question de la conception du plan.

A système complexe, approche systémique

Comment faire avancer la réflexion sur cette question et amorcer des pistes de solution ? Tout d'abord, approfondir la connaissance et multiplier les recherches pluridisciplinaires pour mieux saisir la nature des liens entre le logement et la santé. Il faudrait notamment recentrer la réflexion sur l'habitat vu de l'intérieur, du point de vue de l'habitant, pour remettre en perspective les notions d'intimité, de préservation de la personne, de confort, de production et de consommation domestique. On retiendra, à ce propos, qu'à côté des chercheurs, les travailleurs du terrain, de l'associatif - qu'ils soient du secteur médical ou du secteur logement - disposent de savoirs importants pour nourrir la réflexion et mieux appréhender les demandes. Ils se situent, en effet, dans des lieux

stratégiques d'observation de la demande. Il importe donc d'établir des relations plus étroites, des lieux d'échanges entre l'associatif, les spécialistes du logement et de la santé, les chercheurs, les producteurs de logement et les responsables politiques.

Une centralisation ou une meilleure circulation de l'information devrait également être organisée de même que la constitution de banque de données sur les risques sanitaires. Ceci implique le développement de collaborations entre partenaires institutionnels, par exemple, entre des services d'incendie, des services de secours ou de soins, etc. Ces nouvelles relations entre les acteurs concernés doivent aussi s'établir lors de la conception et de la conduite de projets. Des partenariats doivent être créés.

Dans les politiques de prévention, il importe de mettre en place une démarche globale comportant à la fois des actions de sensibilisation aux risques, des actions de formation, de dépistage - surtout dans les zones à risques - et des enquêtes environnementales.

Peut-être pourrait-on également réfléchir davantage aux alternatives entre logements spécifiques et logements pour tous, en prenant distance, par exemple, vis-à-vis de conceptions dominantes du logement moyen. De nouveaux types de services pourraient être envisagés, par exemple des services résidentiels ou des gérances de proximité. Il importe toutefois de prendre garde à toute normalisation excessive. La production, l'aménagement et la conception du logement sont très influencés par ce l'on pourrait appeler les normes de la classe moyenne. Les pratiques d'appropriation du logement les plus valorisées socialement sont rarement celles des classes populaires ! La généralisation de ces normes peut, par conséquent, exclure davantage des familles qui adoptent des façons de vivre considérées comme marginales. Sans doute est-ce là une des limites des règles de droit. Celles-ci sont indispensables pour garantir le droit à occuper un logement décent et pour faire davantage reconnaître la valeur d'usage du logement ; elles imposent en revanche une certaine manière d'habiter au détriment d'autres. Or, choisir sa

manière d'habiter fait partie du droit au logement.

L'amélioration de la santé passe également par des changements de comportements individuels. Mais les programmes d'éducation à la santé ont des limites dans la mesure où nombre de recommandations peuvent paraître illusoires parce qu'inaccessibles, trop chères, trop compliquées ou trop normatives. Ces actions éducatives n'auront également des effets qu'à long terme, alors que l'action médicale relève plutôt du maintenant, ici et tout de suite.

La question des relations entre le logement et la santé doit être abordée par une démarche qui privilégie la notion d'écosystème, notion englobante qui favorise l'interdépendance complexe entre les éléments. Dans les systèmes complexes, il est concrètement impossible d'agir sur tous les éléments, tous les facteurs à la fois et l'on sait aussi que l'action sur certains facteurs peut induire des effets pervers sur d'autres. Par exemple, on ne peut réduire les normes de plomb dans l'eau sans se poser la question du risque d'augmenter le prix de celle-ci à la consommation ou de privilégier des rénovations coûteuses dans les logements réservés aux populations démunies. La question des normes de salubrité des logements pose le même type de problème.

On ne saurait oublier dans ce débat que les inégalités de santé sont le reflet, le résultat des inégalités sociales. Les moyens que la société peut accorder aux politiques de santé dépendent beaucoup de son économie, de sa prospérité. Il ne peut y avoir de développement de politique de santé sans développement économique, mais celui-ci est en même temps générateur d'inégalités et de nuisances diverses. On voit bien que dans de tels domaines, un optimum généralisé entre les différents objectifs n'existe pas. Seuls sont possibles des optimums partiels qui découlent des priorités que l'on se donne et de la manière dont on hiérarchise les objectifs. Il est donc nécessaire de faire des choix, d'arbitrer selon des priorités. Cette mission d'arbitrage incombe aux responsables politiques plus qu'aux experts et implique que ceux-là soient informés et à l'écoute des demandes nouvelles. ●