



SOMMAIRE

- p. 2 *En direct de...* Le réseau santé du vieux Sainte Anne à Auderghem
- p. 5 à 7 *Autant le savoir* - Le contrat de gestion de la Société des Transports Intercommunaux de Bruxelles (STIB)
- p. 8 à 15 Dossier - Les déterminants de la santé
- p. 16 *A la recherche de...*
Mortalité cardio-vasculaire et pollution atmosphérique
- p. 17 à 18 *Initiatives*
- L'enfant dans la ville
- Le centre de traumatologie et de réadaptation
- p. 19 *A propos de...*
L'ozone, un problème préoccupant pour la santé
- p. 20 *Documentation*
Sélection de documents récents

EDITORIAL

Bruxelles, en tant que métropole européenne, se voit aujourd'hui confrontée à une forte croissance de l'intensité du trafic, ce qui engendre des problèmes de congestion, de pollution atmosphérique et de bruit en ville.

Cette évolution a pour effet tant de dégrader le milieu urbain que d'affaiblir l'activité économique et risque également d'affecter la santé des citoyens.

Afin de répondre à ce double défi, il s'agit d'encourager les usagers à recourir de plus en plus souvent aux transports en commun, en rendant ceux-ci plus performants.

Dans cette perspective, le contrat de gestion conclu avec la STIB le 22 mai dernier renforce les transports en commun bruxellois, et ce à plusieurs titres : il assure leur viabilité en créant un dispositif budgétaire rigoureux, il les responsabilise en leur accordant plus d'autonomie de gestion, il place le client au centre de leurs préoccupations en permettant notamment à ce dernier d'exprimer son opinion sur la qualité du service qui lui est offert,...

Je veillerai donc au respect des engagements que recèle le contrat de gestion, garantie plus que jamais de l'amélioration des conditions de circulation et d'habitabilité de la Région.



Hervé HASQUIN,
Ministre de l'Aménagement du
Territoire, des Travaux publics et des
Communications de la Région de
Bruxelles-Capitale.

En direct de...

«Le réseau santé du vieux
Sainte Anne à
Auderghem»



Comment aller chercher les médicaments, lorsqu'on est incapable de se déplacer? Comment se faire accompagner quand on est seul pour prendre l'air? Comment faire pour s'occuper des enfants lorsqu'une maman est seule et malade? La réponse, le Réseau Santé à Auderghem l'a trouvée par une idée originale teintée de solidarité et d'entraide. C'est un système où celui qui est aidé aujourd'hui, peut aider à son tour demain. Tout le quartier en parle: les personnes isolées, les malades, souvent âgés, sont sûrs d'avoir de l'aide à toute heure. Du déménagement à la relation de compagnie, tout le quartier peut profiter de ces petits services qui paraissent immenses pour ceux qui les reçoivent.

Petite histoire du quartier

C'est dans les années '70 qu'un comité de quartier, est né dans le vieux Sainte-Anne, pour contester des projets de démolition de maisons ouvrières, dont la motivation était la construction de grands blocs d'appartement. Finalement, le projet d'immeubles est abandonné. Mais la cohésion du comité ne s'éteint pas. Le groupe s'engage vers la prise en charge des problèmes de santé et de solitude. Comment améliorer la situation des habitants dans ce nouveau paysage? Un médecin lança l'idée de créer une maison médicale. Après des discussions au sein du comité, on envisagea la création du réseau de solidarité pour combler le vide laissé par les services d'aide à domicile. Le réseau santé, dont le groupe fondateur est toujours en action aujourd'hui, est géré par Michel Beckers qui nous raconte l'évolution du projet.

«C'est un projet qui concerne tous les habitants du quartier du Vieux Sainte-Anne situé autour du carrefour chaussée de Wavre et Boulevard du

Souverain, plus précisément entre Val Duchesse et le viaduc Hermann-Debroux, entre le Rouge Cloître et le Kalkhoven».

Le réseau santé est composé de membres du quartier, de personnes qui peuvent se libérer quelques heures pour aider les malades. Il s'agit de bénévoles.

Ils désirent soulager la détresse et pallier à la fragilité de ceux qui souffrent, des habitants qui savent combien un petit coup de main peut dépanner. Plusieurs membres ont suivi une formation de «soins et confort au foyer» donnée par la Croix Rouge, bien utile lorsqu'on doit s'occuper de grands malades à domicile.

Les membres sont de tous âges et conditions sociales. Le principal atout : être du quartier. «L'organisation des tâches est fonction des disponibilités de chacun; il faut respecter son engagement et participer à la vie de quartier». La gestion de l'association est assurée par un conseil d'administration qui compte actuellement des médecins, un pharmacien, une kinésithérapeute, des infirmières, une ergothérapeute, un dessinateur, un conducteur de métro, des ménagères et une assistance sociale. L'équipe se compose d'une trentaine de personnes, toutes bénévoles, couvrant un quartier de plus de 3000 habitants. Parmi les membres, il y a beaucoup plus de femmes (en général, des femmes au foyer ou des pensionnées) que d'hommes. Les membres se sont engagés à respecter le secret médical.

Pourquoi se limiter à un seul quartier?

Certains habitants venant d'autres quartiers ou de communes limitrophes sont déçus de ne pas pouvoir profiter de ces avantages. Michel Beckers nous dit «qu'il n'a jamais été question d'extension, nous privilégions le travail en profondeur dans un quartier bien délimité. Avec nos moyens, nous pouvons couvrir ce quartier avec efficacité et assurer une approche plus intime avec les habitants du quartier. A ma connaissance, il existe deux expériences similaires à notre réseau, c'est l'Antenne-Wezembeek qui fonctionne aussi selon les demandes des habitants et une deuxième association, Contact Santé, dans le quartier du Blankedelle, également à Auderghem».

La santé du quartier prise en charge par ses habitants

C'est une pratique qui date d'une quinzaine d'années : aider les malades par de petites aides pratiques à domicile. Cela peut concerner n'importe qui, par exemple un malade grippé ne pouvant se déplacer, ou une personne souffrant de solitude, de dépression. Les personnes âgées sont les plus touchées. Il faut par exemple les accompagner pour leur promenade extérieure ou faire leurs courses...

Le Réseau Santé intervient à la demande, quand les «aides naturelles» font défaut.

C'est le cas quand la famille, les amis et les voisins ne peuvent apporter une aide, parce qu'ils sont absents, éloignés, indifférents, quand les services officiels ne suffisent pas, ou encore quand les services privés sont trop onéreux. Le Réseau Santé travaille souvent avec la collaboration des travailleurs sociaux, des médecins et des institutions sociales existantes.



De l'époque de l'hospitalisation à l'époque des soins à domicile

Avant, on poussait les malades à l'hospitalisation. Aujourd'hui, avec les restrictions budgétaires, une démarche de soins à domicile est privilégiée pour éviter les surcoûts dans les soins de santé.

«On renvoie les gens chez eux de plus en plus tôt, ce qui fait qu'on est souvent confronté à des grands malades. C'est pour cela qu'une formation s'impose

pour l'accompagnement. Le rôle d'interface que doivent jouer nos membres entre les malades et les intervenants médico-sociaux est important. Il s'agit bien sûr de gens de bonne volonté, mais qui n'ont pas des connaissances spécialisées en la matière.»

Le réseau collabore au maintien à domicile de grands malades, en étroite relation avec le médecin traitant, la famille, les intervenants médico-sociaux et les autres services concernés (infirmières, kinésithérapeutes, aide-ménagères, service social, etc...).

Il souhaite veiller tout autant au bien-être physique que psychique et social.

«Les membres sont souvent confrontés aux problèmes de santé et de solitude chez les personnes qu'ils visitent. Il y a un véritable problème de désarroi chez les personnes visitées. Ce sont des personnes très sensibles qui ont besoin d'être écoutées.»

A ce stade, seule la motivation pousse les membres à consacrer leur temps à répondre au besoin d'aide des autres. Certaines personnes du quartier ont été dépannées et ont eu recours à ce genre d'aide. Certaines ont constaté la faiblesse des moyens des services publics et une solidarité est née pour combler ce vide.

«Répondre aux urgences par des actions spécifiques et immédiates est très complexe.

Une aide offerte par un bénévole est mieux appréciée car le temps consacré aux malades n'est pas comptabilisé à la minute près. C'est une autre manière d'appréhender le malade. Une aide offerte par un bénévole est donc accessible à tous. Mais, il n'est pas question de se substituer au médecin ou à l'infirmière».

Aujourd'hui, les bénévoles se rendent aussi dans les homes où beaucoup de personnes souffrent paradoxalement de solitude. Le réseau s'attache à combler le vide familial et affectif par la visite régulière de ces patients, souvent en quête d'amitié et de présence...

«La solitude est un problème très grave mais qui peut être solutionné de manière très simple avec comme ingrédients le sourire et l'effacement de toute forme d'indifférence. Pour moi, la solitude est la rupture de contacts entre les personnes. Dans le cas d'une maladie, les besoins propres ne sont malheureusement pas supportés par l'entourage spontané ou naturel.»

Un débat au sein de l'association: la gratuité des aides reste-t-elle un principe de base ?

Il y a ceux qui pensent que le réseau santé ne doit pas être une association de services, mais qui tiennent à rester un groupe d'entraide car ce qui compte, au-delà du dépannage, c'est l'échange d'amitié, la camaraderie. Il y a beaucoup d'exemples d'aidants et d'aidés qui continuent à se voir bien longtemps après la fin de l'aide demandée.

Les interventions sont gratuites donc, mais cela n'empêche pas les malades d'exprimer leur satisfaction par un don ou une autre aide. Le système de solidarité peut demain devenir un système de services et une partie du travail peut ne plus s'appeler «bénévolat».

Nouveau projet, nouveau tournant pour le Réseau Santé?

«Après plus de 15 ans de pratique, on constate un vieillissement de notre équipe. Une restructuration est en cours. Pour des tâches administratives, certaines personnes pourront quitter le statut de bénévoles et obtenir une certaine rémunération.

Pour pouvoir concrétiser notre nouveau projet, nous avons fait pour la première fois une démarche de subsidiation auprès de la COCOF, afin de couvrir un achat de matériel pour les urgences.

Nous sommes partis du constat que pour pouvoir bénéficier de télé-vigilance, il fallait attendre quelques jours, voire une semaine dans certains cas. Notre but : équiper le malade d'un appareil d'urgence dans l'heure et ce 24 h/24 et 7 jours sur 7. Il faudra former un «technicien» pour programmer l'émetteur. Ainsi, le médecin peut quitter son patient quand l'urgence est passée».

L'évolution de cette expérience s'adapte aux nouvelles demandes du quartier. Gageons que l'ambiance villageoise de ce quartier ne se noiera pas dans la caractéristique d'une ville bien souvent impersonnelle. ■

Personne contact : Michel Beckers, président du Réseau Santé du Vieux Sainte-Anne.

Tél.: 657.06.66

Autant le savoir

LE CONTRAT DE GESTION DE LA SOCIÉTÉ DES TRANSPORTS INTERCOMMUNAUX DE BRUXELLES (STIB)

Pourquoi aborder le contrat de gestion passé entre la STIB et la Région de Bruxelles-Capitale dans Bruxelles Santé ? Il représente un axe essentiel de l'amélioration des déplacements dans la Région. Une meilleure mobilité favorise certainement le bien-être des habitants. Le contrat de gestion intègre en un tout cohérent des aspects trop souvent fragmentés, voire situés comme antagonistes: efficacité, logique économique, rôle participatif des usagers et du personnel, objectifs régionaux (bien-être collectif, économie...).

L'entreprise se voit conférer un statut d'acteur social autant qu'économique. Sa finalité ne se définit pas uniquement en termes financiers: elle s'ouvre à sa responsabilité comme partenaire de la société qui la fait vivre.

Les objectifs en terme d'assurance de qualité sont inscrits dans les priorités d'organisation: écoute et participation des clients et du personnel deviennent des moteurs de la gestion et de l'évolution de la société. Enfin, la notion de service public retrouve ici son sens noble: mettre à la disposition de la population un ensemble cohérent de services répondant aux besoins, à des critères de qualité, s'intégrant dans une vue globale des problèmes liés aux déplacements et à la pollution urbaine. En ce sens, le contrat de gestion peut être considéré comme une démarche de promotion de la santé: le citoyen et son bien-être retrouvent droit de cité, les objectifs de l'acteur économique rejoignent l'intérêt général qu'est l'amélioration de l'environnement urbain. Le principal reste à faire maintenant : mettre ce contrat en œuvre sur le terrain.

Ce contrat de gestion définit la politique générale dans laquelle la STIB va inscrire ses activités dans les quatre prochaines années.

La STIB représente environ 20% du budget régional, elle a vu croître de 8,8% par an son coût pour la Région, et son endettement global est passé en quelques années de 12 à près de 20 milliards.

Cette évolution était inquiétante. Dans l'objectif d'un assainissement financier, la STIB recevra une dotation unique, globalisée, indexée pour tenir compte du coût de la vie. Quant à son endettement, un plafond sera fixé, soit 19 297 millions. Ce montant ne sera pas indexé, de sorte que, peu à peu, l'endettement réel diminuera à concurrence de l'inflation, soit plusieurs centaines de millions par an. Un dispositif budgétaire confère à la STIB une dotation globale actualisée fixée à 10,667 milliards en 1996 et lui impose de réduire ses frais de fonctionnement de 400 millions par rapport au contrat précédent.

D'ici l'an 2000, la STIB devra rester une entreprise saine dotée d'un outil renouvelé et modernisé, dans laquelle les travailleurs peuvent envisager leur avenir professionnel avec confiance.

Le nouveau contrat de gestion se doit d'être le moteur d'une amélioration des transports en commun bruxellois dans les prochaines années.

Le développement de la mobilité par le biais des transports en commun est une des conditions de la

prospérité régionale et de l'amélioration de l'environnement urbain.

Ce contrat place le client au centre des préoccupations de la société de transports en lui permettant, notamment, d'exprimer son opinion.



Photo Peter Verbruggen STIB © MIVB

Historique

Le premier contrat de gestion entre la STIB et la Région a été conclu le 19 mars 1991 et venait à échéance le 31 décembre 1995.

Dès lors, afin de permettre la négociation du

nouveau contrat, la Région et la STIB ont, en décembre 1995, élaboré un nouveau contrat de gestion. La STIB et le Gouvernement régional ont marqué leur accord sur ce projet.

Le nouveau contrat

- Un des axes prioritaires est le renforcement de la part des transports publics dans les déplacements régionaux. Il faut savoir que quotidiennement, près de 300.000 navetteurs déferlent sur la région, dont près de 50% en voiture.

Bruxelles connaît trois évolutions majeures:

- un accroissement de la motorisation de la population;
- une dispersion de l'habitat;
- une dispersion de l'emploi.

Cette triple évolution entraîne un accroissement important des déplacements à Bruxelles. En l'absence d'un transfert marqué de la voiture vers les transports publics, Bruxelles connaîtrait, à l'horizon 2005, un doublement des durées de trajet automobile aux heures de pointe. Cette détérioration des conditions de circulation serait éprouvante pour les habitants: pollution atmosphérique, consommation d'énergie renforcée, nuisances acoustiques, insécurité routière, entraves de toutes sortes à la mobilité. Cette évolution les inviterait à l'exode et menacerait la survie des acteurs économiques urbains. Les répercussions sur l'emploi entraîneraient une dégradation du bien-être global de la population.

- Le nouveau contrat innove de différentes manières:

- il crée un dispositif budgétaire rigoureux;
- il responsabilise la STIB en lui accordant plus d'autonomie de gestion et un pouvoir accru d'initiative pour adapter l'offre de transport;
- il place le client au centre des préoccupations de la STIB;
- il vise à développer un système de qualité totale au sein de l'entreprise;
- des services innovateurs sont introduits;
- la démarche "managériale" au sein de la STIB est renforcée en vue d'atteindre à tout moment le niveau de qualité souhaité par les Bruxellois;
- des relations privilégiées avec la Région et les Communes sont mises en place, notamment au travers de contrats de mobilité;
- un volet social étendu se voit largement développé de manière à lutter contre les fractures sociales.

Politique des déplacements: quelles priorités ?

La politique régionale des déplacements fait l'objet de débats animés: si tout le monde tombe d'accord sur l'objectif d'une meilleure mobilité, les stratégies proposées divergent.

Dans une logique de promotion de la santé, il apparaît évident qu'il faille privilégier les approches qui, pour le meilleur rapport coût/bénéfice, favorisent un environnement sain dans la ville et s'inscrivent dans le temps, tant par leurs objectifs que par leur faisabilité et leur permanence d'effet.

Le plan de gestion de la STIB fait partie d'un dispositif visant à mieux maîtriser les déplacements urbains: le Plan Iris des déplacements. Celui-ci envisage un ensemble cohérent d'actions, portant par exemple sur les transports en commun, la circulation et le stationnement automobile, la marche à pied, la circulation des vélos, le transport des marchandises et l'aménagement de l'espace public.

Certains de ces aspects sont d'ores et déjà à l'étude. Ainsi, le concept de Réseau Express Régional (RER) est à l'étude; il s'appuie sur l'actuel réseau ferroviaire géré par la SNCB et les améliorations envisagées permettront une meilleure desserte de Bruxelles.

Les contrats de mobilité, conclus avec des communes, ont pour but d'assurer la fluidité des transports en commun et des automobiles. Ils impliquent d'assurer une présence plus importante de policiers aux points stratégiques des axes de communication, le matin et en fin d'après-midi, de lutter contre le stationnement en double file, d'intervenir pour dégorgier les arrêts de tram et de bus, d'assurer la sécurité des piétons et un passage optimal des transports en commun.

Enfin, l'extension du réseau de métro «Bizet-Erasme» fait couler beaucoup d'encre. Certains regrettent ce choix d'un investissement lourd et défendent plutôt un renforcement de mesures plus légères comme la création de sites propres pour les transports en commun. Les budgets ainsi économisés pourraient être attribués à d'autres mesures d'amélioration des déplacements régionaux. ■

I. Le dispositif budgétaire

Il comprend: une dotation globale actualisée fixée à 10, 667 milliards de BEF en 1996, une stabilisation de l'endettement au niveau de 19,297 millions BEF, un programme d'investissements garantissant le maintien de la valeur de l'outil et la rencontre de nouveaux besoins comme l'achat de matériel roulant (métro). Le montant minimum d'investissements que la STIB consentira au cours des prochaines années évolue comme suit :1996 : 1,8 milliards BEF, 1997 : 2,7 milliards BEF, 1998 : 2,6 milliards BEF, 1999 : 2,7 milliards BEF.

II. L'autonomie de la STIB

La responsabilité de la STIB quant aux résultats de sa propre gestion est accrue. Désormais, son pouvoir d'initiatives pour adapter l'offre de transports publics lui est rendu. La Région a accru l'autonomie de la STIB afin de lui permettre de se restructurer et de se développer pour qu'elle soit en mesure de s'inscrire dans un contexte de concurrence qui se dessine au niveau européen.

Cette autonomie s'inscrit aussi dans une série d'obligations, tant vis-à-vis de la Région qu'envers le client.

III. Le client

Le client est considéré comme un partenaire véritable car : il influence la qualité des prestations de la STIB, il jouit d'une position privilégiée lui donnant notamment le droit à une information, à une participation, à la détermination des services, à des processus de médiation en cas de difficulté dans ses relations avec l'entreprise publique; le client exprime son opinion sur la qualité des services, au travers d'associations d'usagers, d'un service téléphonique, et surtout d'enquêtes périodiques dont les résultats seront formalisés dans un " baromètre clients ": une enquête bisannuelle menée auprès des usagers.

IV. La qualité du service

L'amélioration de la qualité du service au client passera par une amélioration du service de manière visible, une amélioration des conditions de circulation des véhicules, un accroissement de la fréquentation des services par les clients, le développement d'une dynamique interne trouvant ses fondements au sein d'un plan de gestion de la qualité.

V. La Charte du client

La STIB a élaboré une "Charte du client" pour concrétiser ses relations avec ses clients, et ce au travers d'un processus participatif avec les représentants du personnel. Cette Charte décrit tant les comportements que la STIB entend développer en matière de qualité et d'adaptation des services que ses propres attentes sur le comportement même de la clientèle (respect de l'hygiène, de la sécurité, de la convivialité...).

VI. Des objectifs-cibles

Des objectifs-cibles sont définis afin : de renforcer la qualité de l'environnement urbain, en réduisant le niveau sonore, les vibrations et la pollution de l'air, en participant aux plans d'urgence régionaux qui pourraient être lancés en cas de pollution grave de l'air; d'assurer la continuité du service qui devra être prévisible, c'est-à-dire ponctuel, suivre les itinéraires officiels, offrir des services de substitution en cas de problème; de renforcer l'accessibilité du réseau; l'information doit permettre au client de comprendre facilement le fonctionnement du système de réseau; d'accroître les performances: le temps global de déplacement doit être amélioré sur les axes parcourus par plusieurs lignes; les véhicules seront espacés régulièrement à toute heure; les correspondances sont assurées dans de bonnes conditions de sécurité, de confort, de délai; d'ajuster l'offre à des demandes spécifiques; de viser à renforcer le climat de sécurité; d'adapter les services aux besoins en terme de capacité des véhicules, de services nouveaux; de faciliter l'utilisation des services en améliorant l'information des clients. Ces objectifs-cibles décrits devront être atteints progressivement pour 1999.

L'autonomie accrue de la STIB lui permet d'adapter l'offre, y compris les lignes de son réseau. Une offre de référence minimale doit être respectée pour chaque mode de transport: tram, bus, métro. Cette approche est destinée à garantir aux usagers que les fréquences ne baisseront pas et qu'un équilibre entre les différents modes sera maintenu au moins à son niveau actuel.

VII. Les services innovateurs

Un plan de restructuration vise à implanter de nouvelles expériences pilotes sur le terrain dès 1996 et a pour objectif de répondre à des besoins latents qui ne sont pas satisfaits actuellement par les transports publics.

VIII. Le plan d'entreprise de la STIB

La réussite du contrat de gestion repose sur la poursuite de la démarche d'anticipation au sein de la STIB. La réalisation des objectifs qui précèdent implique une dynamisation du fonctionnement interne de la STIB dans la continuité des efforts en cours.

Trois domaines à mettre en exergue:

- 1) le plan de qualité. Il consiste à mettre en place un processus auprès des clients, du personnel et des autres parties prenantes afin de répondre aux attentes de tous.
- 2) la gestion des ressources humaines. Elle vise à: renforcer la formation du personnel, mettre en place un système d'évaluation du personnel, développer la mobilité interne du personnel et la gestion prévisionnelle des effectifs, développer la direction par objectifs et la gestion participative, accentuer la communication interne.
- 3) l'adaptation des structures de l'entreprise. La STIB recherche des modes d'organisation qui la mettent à l'écoute de son environnement, confirment l'approche client et l'accroissement de la sécurité, favorisent l'innovation.

IX. Rôle de la Région et des Communes

La Région s'engage, outre le paiement de la dotation globalisée et la garantie de l'emprunt à: conclure les contrats de mobilité avec les Communes en vue de gérer la fluidité sur les axes parcourus par les transports en commun, promouvoir les plans de transport d'entreprises, réaliser les infrastructures.

X. Insertion sociale

La STIB est une des principales entreprises de Bruxelles. Elle peut contribuer activement à la lutte contre les fractures sociales, dans le cadre de son budget ordinaire. Ses activités, pourvoyeuses d'emplois, peuvent aussi s'inscrire dans l'économie sociale, au travers des actions d'insertion socio-professionnelle et de formation des jeunes (stages...). A partir de 1997, elle s'engage à dégager à cet effet un minimum de 50 millions BEF par an.

DOSSIER

Les déterminants de la santé

Nous entamons dans ce numéro 4 de Bruxelles Santé une série de dossiers consacrés aux déterminants de santé.

Après une brève introduction sur le concept général, nous illustrerons plus spécifiquement deux aspects de l'environnement urbain: la pollution atmosphérique et la politique des déplacements.

Les déterminants : concepts

Déterminer. Synonyme: préciser, caractériser, définir, évaluer...

Pour aborder le concept «santé», on a pris l'habitude de faire référence à la définition proposée par l'OMS en 1946: « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». Par après, en 1978, la **Conférence d'Alma-Ata** demandait que soit lancée d'urgence une action efficace pour développer et mettre en oeuvre les soins de santé primaires, afin de permettre l'accès de tous à un niveau de santé acceptable.

En 1986 fut présentée la **Charte d'Ottawa**. Elle évoquait plusieurs principes indispensables à une démarche de promotion de la santé. On y soulignait, entre autres, que peuvent intervenir en faveur ou au détriment de la santé des facteurs aussi variés que politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques. On y indiquait que la santé est multifactorielle, qu'elle dépend de plusieurs facteurs déterminants. Cela semble une évidence.

Et pourtant, d'une part, les messages relatifs à la santé, en ce compris les messages encourageant la prévention, continuent pour la plupart à mettre en avant que la maladie est un dysfonctionnement biologique. Et que pour préserver la santé, il faut encourager l'individu à modifier son comportement. D'autre part, on constate que la majeure partie des dépenses relatives à la santé est investie dans le système des soins de santé.

Déterminants: plusieurs modèles

On peut préciser les facteurs déterminants de la santé de diverses manières.

Ainsi, le Dr. Berthet du Centre international de l'enfance à Paris, cite comme influençant la santé de l'homme six groupes de déterminants.

- Les facteurs sanitaires : l'état des connaissances médicales et leurs possibilités d'application, en terme de personnel et d'équipement.
- Les facteurs géographiques : richesses naturelles, climat...
- Les facteurs démographiques : p.e. répartition des populations par âge, planification familiale, concentration urbaine...
- Les facteurs politiques : planification économique et sociale
- Les facteurs socio-économiques : habitat, modes de vie, emploi...
- Les facteurs psychoculturels (scolarisation, coutumes, croyances, traditions).

Une autre manière de mettre en évidence les déterminants de santé est celle qui s'inspire du modèle écologique. Dans cette approche, les déterminants de santé sont regroupés en quatre catégories.

- Les déterminants biologiques ou endogènes;
- Les déterminants reliés à l'environnement (social, économique et physique);
- Les déterminants reliés aux habitudes de vie;
- Les déterminants reliés aux systèmes de soins.

D'après H. Noack, consultant pour l'OMS, on peut classer les déterminants en quatre sous-systèmes.

- La personne : incluant le biologique et le psychologique;
- L'interaction personne-environnement: on y distingue la pratique sanitaire individuelle, le travail et les loisirs;
- L'environnement social, culturel et économique : en font partie la culture sanitaire, le réseau social, l'organisation du marché du travail, les services de santé, les écoles et les institutions sociales;
- L'environnement naturel et technique : s'y retrouvent

les ressources physiques (on pense ici aux installations techniques, à l’approvisionnement alimentaire et en biens de consommation), le micro-environnement (on peut citer, entre autres, comme ressources positives, le logement et les communications adéquats...), et le macro-environnement (incluant par exemple la pollution comme facteur défavorable).

Comme on le voit, même si la classification et les dénominations sont différentes, les déterminants mis en évidence se recouvrent.

Les approches: individuelle et communautaire

On peut préciser les actions à entreprendre par rapport aux facteurs déterminants de la santé, selon une approche individuelle et/ou une approche communautaire.

L’approche individuelle met en évidence que les facteurs favorables à la santé sont de plusieurs ordres. Elle cherche à permettre à l’individu de faire d’autres choix relatifs à la santé. Cette possibilité de choix sera favorisée par une information adéquate, tenant compte des croyances et des connaissances déjà acquises. On visera aussi à permettre une prise de conscience et une autre perception critique de son état de santé. La participation à la politique de santé et de protection de l’environnement sera encouragée, ainsi que l’usage approprié des services.

L’approche communautaire vise la mise en place de stratégies politiques et organisationnelles. La troisième conférence internationale pour la promotion de la santé convoquée sur le thème «des milieux favorables à la santé» (conférence de Sundsvall organisée en 1991), reconnaissait déjà que chacun, des responsables politiques aux citoyens en passant par les relais communautaires, avait un rôle à jouer dans cette entreprise.

C’est ainsi qu’au niveau de l’environnement naturel et technique, l’approche communautaire indique qu’on devrait mettre en place des politiques et législations incluant le souci de la promotion de la santé, notamment en matière de production et distribution alimentaires, de planification urbaine, en ce compris la politique des transports, d’offre de logements et de contrôle de la pollution.

Les déterminants de santé dans un contexte urbain

Comme l’OMS, on peut utiliser la notion de bien-être comme indicateur des relations entre l’homme et son milieu urbain.

Agir sur les déterminants de la santé dans un contexte urbain, c’est agir entre autres sur des mécanismes politiques, économiques et sociaux.

Ceci implique notamment de rechercher des moyens en vue de réduire les inégalités en matière d’accès au système de santé (y compris à la «culture» préventive), d’approcher globalement les situations de bien-être et de mal être, en prenant en compte les variables socio-économiques et culturelles. Cette culture préventive trouve sa place dès l’enseignement fondamental.

Pour permettre d’améliorer le bien-être collectif, il faut veiller à la promotion des droits de la personne dans le domaine de la santé et donner une place aux habitants, autre que celle de «sujets» du système de santé. La santé est ainsi un domaine important de l’exercice de la citoyenneté.

En effet, le concept de santé déborde celui de la morbidité objective et intègre celui de la perception de l’état de santé. Il est important de prendre en compte les besoins des personnes. Pour cela, nous serons attentifs aux paroles des habitants.

Paroles d’habitants

Les déterminants de la santé: pour certains, l’appellation évoque irrésistiblement une invention de technocrates. D’autres ne peuvent s’empêcher d’estimer que ces mêmes technocrates enfoncent des portes ouvertes.

Mais qu’en pense donc le citoyen ? Rares sont les publications qui relatent des processus de consultation directe. A titre exemplatif, voici deux éclairages complémentaires.

La santé individuelle, telle que définie par des citoyens

Alphonse d’Houtaud, dans son ouvrage «Image de la santé» (collection Santé Publique et Communautaire, Presses Universitaires de Nancy) s’appuie sur plusieurs enquêtes menées en Lorraine.

S’il fallait un témoignage de la diversité et de la richesse du concept, sachez qu’une des enquêtes, ouverte, a permis de relever 41 définitions spontanées de la santé. Une autre étude proposait aux 11.000 répondants dix-huit définitions de la santé regroupées en 4 questions fermées (voir tableau page suivante).

On constate que ces représentations sortent largement du champ biomédical. L’auteur souligne aussi que l’individu a une certaine méfiance par rapport à la collectivité, à laquelle il impute les maladies, celles-ci lui apparaissant comme le produit des modes de vie imposés par elle.

L'individu ressent la santé comme une donnée émanant davantage de lui: il doit la protéger contre les atteintes venant de l'extérieur, de cet environnement humain qui compromet ce qu'il a eu pour fonction de favoriser. L'individu s'insurge aussi contre les disparités trop importantes, p.e. en terme d'espérance de vie, soit entre strates sociales, soit entre régions du monde.

- être bien-portant, c'est pour 42% se sentir bien dans sa peau, 25% ne pas être malade, 14% affronter les problèmes, 10% se bien connaître;
- définition de la santé: 30% citent l'équilibre, 25% la pleine forme, 20% le bon moral, 15% la joie de vivre;
- avoir une bonne santé, c'est pour 43% avoir de bonnes conditions de vie et de travail, 21% avoir de la résistance physique, 20% prendre des précautions;
- rester en bonne santé provient pour 55% de l'hygiène, 20% de la médecine, 10% du travail, 7% des loisirs.



Photo Peter Verbruggen STIB © MIVB

La notion de «ville saine»

Le programme des grandes villes saines dans la communauté autonome basque concerne 20 grandes villes. Une enquête a été effectuée auprès de 2188 habitants des 8 plus grandes villes.

Quelle est pour les habitants la définition d'une grande ville saine ?

- un endroit complètement exempt de pollution, en particulier pollution de l'eau, atmosphérique et bruit (88% des personnes interrogées);
- l'existence de zones publiques pour des activités de loisirs, ainsi que de services médicaux adéquats (50% des personnes interrogées). Parmi les personnes interrogées, les plus jeunes accordaient plus d'importance à la mise à disposition d'infrastructures de sports et loisirs, les plus âgées à un système de soins médicaux adéquats;
- l'amélioration du réseau des transports en commun,

de bonnes conditions de travail et des démarches d'information des citoyens (éducation environnementale et campagnes éducatives) (30% des personnes interrogées);

- le désir que les opinions des habitants soient prises en considération (30% des personnes interrogées)

A partir de ces sondages, une autre approche a été mise au point, basée sur deux indicateurs: l'indicateur général pour la perception de la ville et l'indicateur des exigences des citoyens.

Le premier se rapporte à la situation environnementale objective de la ville (propreté, pollution, bruit, surpeuplement, urbanisme, équipements...) et le deuxième approche les besoins ressentis par la population.

Un outil utile pour mieux appréhender la situation bruxelloise ?

Une ville en bonne santé ?

On peut tenter d'établir le diagnostic de santé d'une ville sur base de multiples déterminants.

On peut relever:

- les facteurs liés à l'environnement: pollution de l'eau, du sol, de l'air, la vie végétale, la gestion de l'énergie, le logement et l'urbanisme, le développement socio-économique;
- les indicateurs tels que la morbidité et la mortalité;
- les indicateurs subjectifs (que pensent les habitants de leur milieu de vie): perception générale de la ville et de sa gestion par les pouvoirs publics, sentiment d'intégration dans la ville, satisfaction quant aux espaces publics et aux équipements collectifs, sentiment d'optimisme ou de pessimisme social;
- les interactions de l'individu avec son environnement immédiat: habitat, vie familiale, relations personnelles, satisfaction professionnelle et conditions de travail, facteurs liés à la personnalité;
- l'évaluation de la prévalence des comportements compensatoires problématiques: usage de drogues illicites, d'alcool, troubles du comportement alimentaire, prévalence des pathologies fonctionnelles;
- l'occupation des loisirs et du temps libres (aspects quantitatifs et qualitatifs): occupation active ou passive, occupation intellectuelle, sorties;
- les besoins (priorités d'intervention exprimées): en matière d'environnement, d'urbanisme, d'espaces publics, d'aspects culturels et sociaux. ■

(adapté d'après «Le projet des grandes villes saines», Heather MacDonald, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.)

Faire du vélo à Bruxelles ?

Par tous les temps, de plus en plus de Bruxellois choisissent aujourd'hui le vélo comme mode de déplacement. Avec l'opération «Dring Dring», l'association Pro Vélo attire chaque année l'attention sur les avantages de l'usage de la bicyclette et transmet aux cyclistes néophytes quelques trucs et bons réflexes.

Réhabiliter le vélo dans la ville pour la rendre plus vivable, voilà le crédo de J.L. de Wilde, secrétaire général de Pro Vélo.

Améliorer l'image du vélo

Faire référence à l'augmentation de la pollution et à la qualité de vie médiocre qu'elle génère, est devenu un lieu commun. Cependant, on doit constater que le cycliste est considéré comme le parent pauvre, le sympathique marginal des déplacements urbains. L'absence d'un milieu favorable aux cyclistes pose problème à tous ceux qui ne possèdent pas de voiture... ou qui voudraient la laisser au garage.

«Il faut améliorer l'image du vélo. La promotion revêt ici toute son importance. Un changement de mentalité et un abandon d'idées reçues peuvent s'opérer. Des activités vélocipédiques multiples y contribuent:

Quelques chiffres

Dans une ville comme Bruxelles, les accidents de circulation routière représentent une source non négligeable de stress. Au delà de cet inconfort, ils sont aussi responsables de lésions corporelles, voire de décès. Nous vous présentons quelques statistiques afin de vous permettre de mieux visualiser l'importance réelle de ce problème.

	1980	1990	1993
nombre d'accidents (*)	5008	4503	3196
nombre de victimes:	6391	5888	4188 (°)

(°) dont 40 décès, 301 blessés graves et 3847 blessés légers

(*) accidents: constatés par la police ou la gendarmerie et ayant entraîné des lésions corporelles

source: INS, dans Indicateurs statistiques de la Région de Bruxelles-Capitale Ed. 1995 - IRIS Editions.

nombre de victimes lors de déplacements en 1993

voitures	piétons	moto	vélo	autobus, car	tracteur
2714	708	385	108	21	2

opération «Dring Dring à Bruxelles», campagnes de sensibilisation, des promenades et balades à la découverte de la ville, système de location».

Pour quelles raisons choisir le vélo plutôt que la voiture?

«Nous partons du constat que le vélo ne génère aucune pollution atmosphérique ou sonore. En outre, il est rapide, peu coûteux et bon pour la santé.

On parle souvent de sécurité routière. Elle est axée sur la diminution du nombre de morts sur la route. Pourtant la promotion du vélo n'est pas visée, alors que le vélo ne génère pratiquement aucun risque pour les autres usagers, tout en étant souvent plus rapide que la voiture en ville.



On peut comparer le nombre d'années de vie perdues dans les accidents mortels impliquant des cyclistes, au nombre d'années gagnées grâce à l'amélioration de la santé des cyclistes réguliers. L'étude Hillman, réalisée en Grande-Bretagne, a mis en relation le nombre de cyclistes réguliers et les avantages qu'apporte la pratique régulière de la bicyclette. Cette étude démontre un gain d'années de vie. Un calcul basé sur cette analyse fait ressortir un rapport de 20 contre 1. La marge serait encore plus favorable avec des infrastructures cyclistes adaptées à la ville. La publicité concernant de telles analyses pourrait avoir une influence importante sur le développement d'une politique de mobilité basée sur le vélo».

Quel est l'impact de la pratique du vélo sur la santé ?

«De nombreuses études ont mis en évidence le rapport entre l'exercice physique et une bonne ou mauvaise santé. Les personnes qui font régulièrement des exercices physiques, environ une demi-heure par jour et trois fois par semaine, sont en meilleure condition et tombent moins souvent malades.

L'avantage du vélo est bien sûr l'effort physique que celui-ci procure à l'occasion d'un déplacement qui doit de toute façon être effectué. Les conséquences sont une amélioration ou un entretien des capacités respiratoires et cardiaques.

Il diminue aussi le stress: le véhicule motorisé n'est pas toujours le moyen de transport le plus sensé! Si pour les déplacements quotidiens, professionnels ou non, la voiture n'était utilisée que pour les longs trajets, les rues seraient moins encombrées. Les automobilistes seraient moins énervés. La circulation serait plus fluide. Les personnes qui doivent absolument utiliser leur voiture, et qui sont aujourd'hui souvent bloquées dans les files, gagneraient du temps et de l'argent».

Quels sont vos propositions pour faciliter la vie du cycliste ?

"Il faudrait commencer par:

- un aménagement qui faciliterait la vie du cycliste. Par exemple, rétablir la continuité entre les petites voiries, en aménageant les ponts sur le canal, en nivelant les rues...
- l'ouverture de sens uniques réservés aux cyclistes;
- le fléchage des parcours dans la ville, en respectant les itinéraires inscrits dans le Plan Régional de Développement (PRD);
- la prise de mesures fiscales incitatives qui proposeraient une déductibilité fiscale à l'employeur pour l'achat d'un vélo et l'entretien de celui-ci;
- l'éducation au vélo dans les écoles.

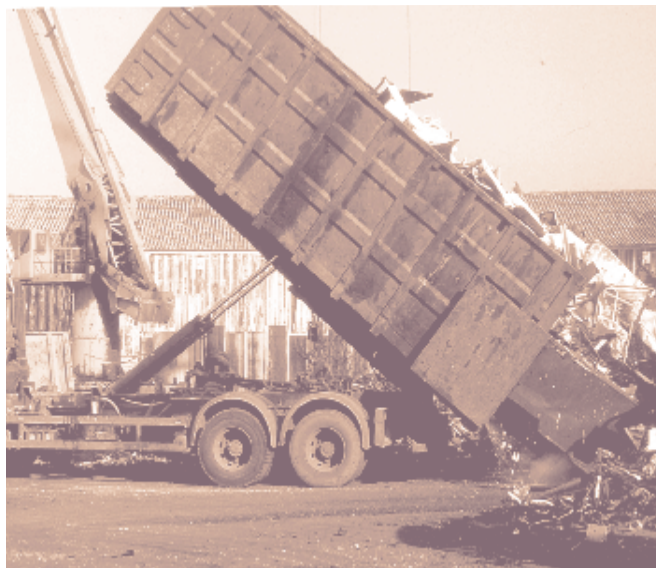
On connaît la place qu'occupe la voiture dans notre société. Mais les exemples étrangers montrent que ces mesures combinées rencontrent un vif succès auprès de la population, qui en fait les attend».

Contact: Monsieur Jean Luc de Wilde, secrétaire général; Pro-Vélo asbl, rue Ernest Solvay 32, 1050 - Bruxelles.

Tél. 02/502 73 55 - Fax 02/502 86 41

Le médecin généraliste et l'environnement

A la fin des années 80, Mellery, petit village un peu au sud de Bruxelles, fut exposé à des émanations toxiques provenant d'une décharge. A cette occasion, il est apparu clairement que les différents acteurs sociaux étaient incapables de gérer le problème. Les discordances d'avis entre les experts, l'absence de stratégie médicale et de décisions politiques entraînaient des pertes de temps et des tensions sociales. Il fut impossible d'estimer l'extension géographique de la pollution en temps opportun. Un groupe de défense de l'environnement se créa à cette occasion. Le rôle social des médecins consista à interpellier le monde politique et scientifique. Leur autre souci fut de déterminer le niveau d'exposition et le risque pour la santé, pour ensuite proposer un suivi à long terme.



Un médecin généraliste de Mellery a décidé de tirer parti de l'expérience vécue. Il a suivi une formation spécifique pour mieux maîtriser les aspects scientifiques des rapports entre la santé et l'environnement. Parallèlement, il milite pour une meilleure préparation des médecins à la prise en charge des problèmes d'environnement. Nous avons interrogé ce médecin, le docteur John Pauluis.

Pensez-vous que les médecins généralistes ont un rôle spécifique à remplir face aux problèmes de pollution ? Ne sont-ils pas démunis face à l'ampleur du phénomène?

«Bien sûr, il y a des questions d'environnement, comme p.e. la destruction de la couche d'ozone, qui

ont une dimension planétaire. Mais certains problèmes sont régionaux. Leur délimitation géographique place le généraliste, au-delà de son rôle de citoyen actif, en position d'expert local potentiel. Par ailleurs, «l'indoor pollution» (ou pollution du milieu de vie intérieur) quant à elle, concerne au premier chef chaque médecin.»

Sur base de votre expérience, que peuvent proposer des médecins généralistes ?

«Ils ont un rôle potentiel à 3 niveaux: l'information, la détection, la prévention. Mais un des défis sera d'amener les médecins, souvent individualistes, à travailler sur ces sujets en équipe multidisciplinaire.

L'information

L'information du patient est un devoir du médecin. Dans un monde où la profusion d'informations ne permet pas de discerner le vrai du faux, le médecin de famille apparaît comme un «scientifique de proximité» capable de traduire des notions scientifiques complexes, de les répéter, de conseiller des choix de vie et des mesures de prévention environnementale. Le capital confiance dont jouit le médecin de famille auprès de ses patients en fait un acteur principal dans la gestion de l'information.

L'organisation particulière de la Société Scientifique de Médecine Générale, avec son réseau de dodécagroupes, permet une diffusion très rapide d'informations aux médecins, une uniformisation et une validation de leurs sources. Chaque dodécagroupe rassemble 10 à 20 médecins, qui se réunissent une fois par mois dans le cadre de leur formation continue. Cette structure pourrait être utile en cas de crise. Elle permet de nuancer les interprétations superficielles de certains médias, d'adapter la communication au niveau de compréhension des gens et surtout d'éviter des discordances dans les informations (sources d'anxiété et de réactions de panique).

Néanmoins, une formation spécifique en communication et psychologie des groupes serait nécessaire pour ceux des généralistes qui dépasseraient le niveau du travail individuel, ceci afin d'éviter un risque de dérapage du processus de communication et les perceptions inadéquates du public.

La détection

L'apport des médecins généralistes repose ici sur le recueil de données épidémiologiques, le suivi sanitaire permanent de zones à risque ou exposées à une pollution accidentelle, la participation à une approche multidisciplinaire -notamment dans le cadre de

recherches: détection chimique (air, sol, eau), exposition de sentinelles biologiques, plantes...-

La prévention

La prévention constitue probablement un des futurs grands domaines de la médecine générale.

Le phénomène de l'indoor pollution en est un bel exemple: c'est la pollution qui sévit dans les maisons. Elle est largement sous-estimée en Belgique. Sa responsabilité comme facteur aggravant de diverses pathologies est évidente principalement au niveau pulmonaire. Ainsi, la fréquence d'apparition de crises d'asthme peut être diminuée par des dispositions simples: ventilation régulière des chambres, aération des matelas, détection et suppression de certaines substances chimiques (formaldéhydes...).

Une initiative intéressante a vu le jour récemment, grâce au Professeur Kummer, de l'École de Santé Publique de l'U.L.B. Une vingtaine de techniciens de laboratoire mis au chômage ont suivi une formation d'un an à la détection d'une dizaine de polluants classiques d'une maison (moisissures, pentachlorophénol, formaldéhyde...). Un médecin pourrait faire appel à ces techniciens en cas d'apparition fréquente et inexplicquée de crises d'asthme. Le bénéfice potentiel en terme de bien-être et d'économie de soins curatifs semble évident. Malheureusement, faute de sensibilisation des médecins et des structures officielles, ce système ne fonctionne pas encore.»

Comment pensez-vous que les médecins pourraient être préparés à ce nouvel enjeu ?

«L'Institut de Médecine Préventive de la Société Scientifique de Médecine Générale a mis en place une Commission «environnement». Son objectif est de préparer les médecins à cette nouvelle approche, à cette implication dans une gestion de la santé tenant compte des pollutions de l'environnement.

La SSMG peut organiser pour ses membres (2500) et d'autres associations des séances de sensibilisation, puis de formation à la relation Santé-Environnement. Les thèmes environnementaux qui peuvent être abordés sont nombreux et complémentaires: à côté d'aspects spécifiquement médicaux, la sensibilisation peut porter, par exemple, sur des particularités comme la proximité d'une décharge ou d'un site industriel, la présence d'un microclimat,...

Nous avons déjà pu organiser, en collaboration avec «Inter-environnement Wallonie» une journée de formation; un colloque sera prochainement proposé, en partenariat avec divers organismes (ACC, SSMG,...)»

Résumé de quelques effets de la pollution

Les effets de la pollution sur la santé ne sont pas encore tous connus. Voici, pour les principaux polluants, quelques éléments indicatifs.

Pollution de l'air			
Polluants	Sources principales	Effets(de gravité variable) sur la santé	Remarques
Monoxyde de carbone (CO) *	Trafic routier. Incinérateurs de déchets, raffineries de pétrole...	Maux de tête, fatigue, aggravation de la gêne causée par certaines affections pulmonaires. Favoriserait l'athéromatose	Dangereux aux heures de pointe, dans les tunnels, s'il n'y a pas de vent. Attaque la couche d'ozone stratosphérique
Dioxyde de carbone (CO ₂)	Pays industrialisés : trafic routier, industries A l'échelle planétaire, les incendies de forêts.		Gaz à effet de serre (contribuerait pour une part importante au réchauffement de la terre).
Les hydrocarbures	Combustion à haute température des combustibles fossiles.	Irritations des yeux et des voies respiratoires. Potentialité cancérogène pour certains (benzène).	Contribue à la formation du smog photochimique.
Le dioxyde de soufre (SO ₂)	Production industrielle, incinération des déchets, brûlis agricoles, utilisations domestiques de combustibles.	Irritations des voies respiratoires. Augmentation de la mortalité par affections cardio-pulmonaires.	Joue un rôle important dans la formation du smog et contribue aux pluies acides. La teneur de l'air en SO ₂ diminue en Belgique depuis 1979.
Le plomb	Essence plombée, certaines industries et peintures.	Toxicité, même à faibles doses (troubles du développement intellectuel chez l'enfant, atteintes neurologiques, rénales, anémie...)	Diminution de cette pollution grâce à l'introduction de l'essence sans plomb.
Les oxydes d'azote (NO _x)	Trafic routier.	Diminution de la fonction pulmonaire. Aggravation des maladies respiratoires chroniques.	Joue un rôle dans la formation des pluies acides, contribue à la formation du smog.
Composés chlorés et fluorés (CFC)	Aérosols, réfrigération, mousses synthétiques.		Attaque la couche d'ozone stratosphérique.
Les poussières sédimentables	Industries (carrières, cimenteries, sidérurgie,...)	Atteintes pulmonaire et cutanée.	Diminution considérable au cours des 20 dernières années.

* A forte concentration (intoxication domestique) : perte de connaissance, coma, parfois décès.

Polluants	Sources principales	Effets sur la santé	Remarques
Les particules fines	Fumées noires provenant de combustions (diesel notamment)	Controversés (irritations des voies respiratoires, possibilité de cancérogénèse)	Diminution entre 1970 et 1980. Augmentation depuis lors.
Les micropolluants (métaux lourds, composés organiques)	Trafic routier, processus industriels, foyers domestiques	Toxicité (selon polluant, dosage,...)	
Nuisances olfactives	Industries (papiers, agro-alimentaires,...), installations de traitement ou d'élimination des déchets ménagers, élevages.	Migraine.	
L'ozone	Polluant secondaire. Il se développe suite à la réaction photochimique de l'oxygène et de divers composés: dioxyde d'azote, monoxyde de carbone, hydrocarbures, méthane (provenant de l'élevage intensif et de l'agriculture).	Irritations des yeux et du pharynx. Diminution de la fonction respiratoire. Efforts déconseillés en présence d'une concentration trop élevée.	L'ozone se forme plus particulièrement lors de périodes caractérisées par une augmentation de la température et de l'ensoleillement (tout autant dans les campagnes qu'en ville).

Pollution des eaux

Ce sont essentiellement les grandes industries qui sont à l'origine de la pollution des eaux : rejets de détergents, métaux toxiques et autres polluants, écoulement de chlorures provenant du salage hivernal. Les techniques d'agriculture intensive entraînent une accumulation de nitrates et de phosphates dans les eaux. Des algues minuscules prolifèrent dans des eaux surchargées en sels nutritifs : ce phénomène appelé eutrophisation empêche le développement des autres espèces aquatiques. En l'absence d'épuration avant leur rejet, les eaux urbaines sont également chargées de résidus toxiques. Par exemple, les eaux de lessive seraient à l'origine de 20% des phosphates présents dans les cours d'eau.

Pollution des sols

L'OCDE attire l'attention sur le phénomène de contamination des sols par les métaux lourds (plomb, cadmium, mercure,...) et les organo-chlorés (pesticides,...). Les boues des stations d'épuration sont une source importante de ces polluants. Remarquons aussi que l'imperméabilisation de surfaces étendues (routes, aires de stationnement) entraîne des ruissellements et des crues brutales (inondations).

Pollution par le bruit

Le bruit constitue la première des nuisances en ville. Le seuil de douleur de l'oreille humaine est atteint dès 130 décibels. Le danger de surdité est important pour une exposition à un bruit de 120 décibels pendant 1/4 d'heure. A titre d'exemple, un camion passant dans une rue atteint 90 décibels, un marteau piqueur 110, et un avion à réaction 130. Un environnement inconfortable sur le plan acoustique réduit les capacités de concentration et d'apprentissage, ainsi que la qualité du sommeil. Selon l'OCDE, près de 57% de la population belge vivrait dans l'inconfort acoustique pendant la journée.

Pollution intérieure

La qualité de l'air à l'intérieur des bâtiments est essentielle, car nous y passons 90% de notre temps (60 à 70% à la maison, 25 % au travail). Les effets sur la santé de «l'indoor pollution» sont bien identifiés : l'appareil respiratoire est la première victime, même chez les personnes en bonne santé. Parmi les polluants les plus rencontrés, on peut citer :

- des poussières mises en suspension via le système de conditionnement d'air;
- les émanations provenant des matériaux d'ameublement (pentachlorophénol et dérivés, pesticides, solvants, peintures, formaldéhydes, fongicides)
- les matériaux d'isolation (mousse de polyuréthane, laine de verre)
- fumée de tabac, aérosols ...

La ventilation régulière est la mesure individuelle de prévention la plus efficace.

Mortalité cardio-vasculaire et pollution atmosphérique : un lien établi

Deux études épidémiologiques, réalisées l'une à Lyon et l'autre dans l'agglomération parisienne, s'intéressent à l'impact de la pollution atmosphérique urbaine sur les mortalités d'origines respiratoire et cardio-vasculaire. Au-delà des aspects techniques, la question d'une prise en charge responsable de ce problème par les autorités est clairement posée.

Un bref historique

Au cours des années 1950, les enquêtes épidémiologiques consacrées aux effets de la pollution atmosphérique urbaine ont clairement montré une augmentation de la mortalité pour causes respiratoire et cardio-vasculaire, en rapport avec niveaux très élevés de pollution acido-particulaire. Suite à ces constatations, des mesures réglementaires de contrôle de l'émission de polluants ont été édictées. Elles visaient notamment le dioxyde de soufre (SO₂) et les particules fines en suspension, provenant des installations fixes de combustion (activités industrielles, chauffage domestique).

Si ces polluants ont été réduits, d'autres sources se sont développées en milieu urbain, où le transport automobile représente actuellement la principale source d'émission de particules, de monoxyde de carbone (CO), d'oxyde d'azote (NO_x) ...

L'étude épidémiologique à Paris et à Lyon

Au cours des 10 dernières années, des publications ont attiré l'attention sur les effets néfastes de niveaux, même modérés à faibles, de polluants atmosphériques (inférieurs aux normes limites en vigueur). Si l'impact sur la mortalité reste modeste, il est néanmoins significatif. Les études menées à Paris (de 1987 à 1990) et à Lyon (1985 à 1990) permettent de l'évaluer.

Des relations ont été mises en évidence, dans les deux villes, entre d'une part les variations journalières des indicateurs de pollution acido-particulaire et d'autre part les mortalités respiratoire et cardio-vasculaire.

Dans les deux zones d'étude, c'est pour la mortalité cardio-vasculaire que les associations les plus significatives ont été mises en évidence. La part de la

mortalité cardio-vasculaire prématurée attribuable à la pollution varie entre 4,5% pour l'indicateur particulaire et 6,6% pour l'indicateur SO₂ à Lyon, et respectivement entre 1,7 et 2,2% à Paris. Ceci représente 30 à 50 décès par an pour Lyon et 260 à 350 pour Paris.

Le temps de la réaction

De nombreuses questions liées à l'impact sanitaire de la pollution restent non résolues. Pourtant, actuellement, on peut considérer que:

- les polluants n'agissent pas comme des causes directes de la mortalité à court terme; ils constituent plutôt des facteurs de risques surajoutés contribuant à l'apparition de complications ou de décompensations d'états respiratoires et cardio-vasculaires déjà dégradés.
- l'impact global sur l'état de santé des habitants d'une ville est important

- il n'y a pas de seuil critique en dessous duquel le risque est nul; il y a plutôt linéarité du risque

- il faut tenir compte des effets synergiques, multiplicateurs et négatifs, d'autres sources d'irritation (teneur de l'air urbain en ozone et autres produits chimiques, «indoor pollution», fumée de tabac...).

On peut bien sûr prévoir qu'une baisse de la pollution atmosphérique réduira la mortalité prématurée. Mais quel est le niveau de risque acceptable? Les réponses et solutions ne sont pas uniquement techniques. L'ampleur du problème nécessite des décisions politiques réfléchies, qui intègrent tant les aspects sanitaires qu'administratifs, sociaux et économiques.

Référence : Dr. PH. QUENEL «L'impact de la pollution atmosphérique urbaine de type acido-particulaire sur la mortalité quotidienne à Lyon et dans l'agglomération parisienne», in Santé Publique n°4, décembre 1995.

Et à Bruxelles ?

Le laboratoire de recherche en environnement de l'Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement (IBGE) effectue des mesures permanentes de différents polluants:

- SO₂ et fumées noires provenant des secteurs industriel et domestique (depuis 1968)
- plomb, oxyde d'azote (NO_x) et composés organiques volatils générés principalement par le trafic automobile
- ozone.

Si l'évolution au cours des dernières années est favorable pour les teneurs de l'air en SO₂ et en plomb, on observe par contre une aggravation progressive de la pollution par particules, NO_x et ozone.

INITIATIVES

L'enfant dans la ville

L'Observatoire de l'enfant a fêté son 5ème anniversaire cet été. Créé en juillet 1991 par décision du Collège de la Commission Communautaire française, il s'est vu assigner divers objectifs: offrir une vision pertinente de la situation des enfants de 0 à 12 ans dans la Région de Bruxelles-Capitale et contribuer au développement d'une politique explicite de l'enfance, englobant des aspects qualitatifs et quantitatifs.

Le premier rapport de l'Observatoire, publié dès février 1992, s'était focalisé sur l'accueil et l'accompagnement de l'enfant dans les milieux d'accueil et dans l'enseignement fondamental. Depuis, bien d'autres actions et recherches ont été menées. Nous invitons le lecteur intéressé à se plonger dans la lecture de la publication réalisée par l'Observatoire: «Grandir à Bruxelles» (sous-titré Cahiers de l'Observatoire de l'Enfant). Le deuxième numéro est sorti cet automne.

Nous aborderons ici un des axes de travail développés: l'accessibilité en toute sécurité de l'espace public urbain aux enfants.

La sécurité de l'enfant dans les transports publics

Cet axe de travail a été développé dans le cadre des Contrats «Place de l'Enfant», qui mettent en jeu des partenariats multiples. Il tente de donner une réponse aux difficultés rencontrées par les enfants lors de leurs déplacements urbains, et s'inscrit dans les préoccupations de la STIB, de la Ligue des Familles et des autres partenaires (Ministère de



l'Intérieur, Ville de Bruxelles, Synergie, Gutib, Nomo, Crioc et Fraje).

Une brochure de base, intitulée «Préparation aux voyages», a été réalisée à destination des enfants de 5 à 12 ans.

Elle place l'enfant dans le contexte concret du transport public et détaille judicieusement avertissements, conseils et consignes d'utilisation, sans mettre exagérément l'accent sur les dangers et les contraintes. Une bonne préparation aux voyages limite considérablement le stress qu'il peut présenter et diminue le risque d'accident.

Les principales difficultés relevées par les enfants dans l'utilisation du transport public concernent:

- l'orientation et la signalisation: sonnettes trop hautes, signalisation pas assez visible ou lisible, plans surchargés, fléchages insuffisants, peur de se tromper de ligne;
- l'utilisation de l'espace intérieur du transport public: sensation d'étouffement quand le véhicule est complet, peur d'être noyé dans la foule, peur d'être coincé dans les portes, peur de ne pouvoir monter ou sortir du transport public, difficulté à repérer l'arrêt quand il y a du monde,

peur de difficultés avec les autres passagers, inquiétude de ne pas savoir à qui demander un renseignement;

- la circulation extérieure au transport public: les encombrements, les temps d'embarquement trop courts, le manque de signalisation latérale des numéros des lignes desservies, la circulation des véhicules automobiles à la sortie des transports publics de surface.

Dix ans, l'âge autonome

Globalement, les indications recueillies sur le comportement des enfants font apparaître de fortes différences, en fonction de l'âge de l'enfant, la limite se situant autour de 10 ans. En effet, à 10 ans, les enfants ont peu besoin d'aide du point de vue de l'orientation, ils se repèrent plus facilement sur un plan. Leur attention est, par contre, davantage mobilisée par des aspects liés à des sources d'insécurité (les autres passagers, les longs couloirs, les coins...).

Avant 9-10 ans, l'encadrement par un adulte reste essentiel.

L'évaluation a permis de noter que les principales connaissances acquises par les enfants concernent la sécurité (dangers liés à l'électrification des voies, aux bords coupants des marches d'escalators, existence de téléphones d'urgence gratuits, possibilité de faire appel à des agents de la STIB en cas de difficulté) et des éléments extrêmement pratiques comme: comment entrer dans un bus, comment provoquer l'arrêt d'un tram...

Le travail effectué a montré combien la place spécifique de l'enfant dans les transports publics est peu analysée. Un élargissement de la réflexion permettra de dégager d'autres pistes pour une meilleure mobilité urbaine. ■

Personne contact:
Nadia Dequesne - Responsable des Contrats «Place de l'enfant»
«Préparation aux voyages» est disponible sur simple demande en téléphonant à l'Observatoire de l'Enfant, COCOF, au 02/542.83.57.

Le Centre de Traumatologie et de Réadaptation (CTR)

Depuis sa fondation, le CTR s'est spécialisé dans le traitement des séquelles dues à diverses lésions traumatiques et médicales. La réadaptation est au centre de ses préoccupations et concerne p.e. des personnes amputées ou souffrant de séquelles de lésions nerveuses et/ou de traumatismes crâniocérébraux.

Le docteur Heilporn, médecin-directeur du CTR, nous a tracé les grandes lignes du travail mené au CTR.



Au départ un centre phare

Le Centre a été créé en 1948, pour venir en aide aux personnes handicapées suite à un accident ou une maladie, comme une poliomyélite par exemple. La renommée de cet établissement dépassait nos frontières et des patients de France et d'autres pays venaient se faire soigner au CTR.

Depuis 1950, le CTR se trouve à l'intérieur de l'Hôpital Universitaire Brugmann, qui offre un environnement adéquat et une accessibilité d'une grande qualité à des patients à motricité réduite.

Le CTR se charge essentiellement de la réadaptation fonctionnelle et du reclassement social des personnes handicapées. Aujourd'hui, la capacité d'hospitalisation est de 117 lits

et la patientèle ambulatoire de 30 à 40 personnes par jour.

L'approche spécialisée repose sur l'écoute du patient et de sa souffrance. La personne subitement handicapée doit faire face à un traumatisme psychologique grave. Il lui faut apprendre à maîtriser et gérer un changement soudain de son image corporelle et de ses capacités physiques.

Soigner, rééduquer et intégrer

Le CTR a pour objectif de prendre en charge l'ensemble de la problématique posée par les traitements spécialisés et la réadaptation. Ceci inclut tant les aspects médicaux et psychologiques que fonctionnels et sociaux.

Les services médicaux couvrent des champs très divers: neurologie, urologie, orthopédie... Les techniques, pratiquées dans les conditions les plus modernes, sont médicales, chirurgicales, endoscopiques... Elles touchent aux interventions urgentes ou fonctionnelles à tous les niveaux.

Le CTR assure également des expertises médicales, en collaboration avec d'autres services de l'hôpital Brugmann.

Les services de réadaptation fonctionnelle permettent aux patients de bénéficier de soins variés: kinésithérapie, électrothérapie, logopédie et

rééducation des troubles de la communication, ergothérapie... Le CTR essaye d'assurer la meilleure qualité de vie à ses résidents, dans le respect de leurs besoins. Ainsi, le bâtiment a été rénové; l'aménagement d'une piscine est en projet.

Une des phases les plus importantes après le traitement médical est la réintégration sociale de la personne handicapée.

«Elle s'appuie sur la motivation du patient. Sont également essentiels la prise en charge administrative du patient, la défense de ses droits, le règlement de ses problèmes particuliers. Il faut veiller à mettre en route toutes les mesures propres à assurer au patient ainsi qu'à sa famille, le maximum de bien-être moral, tant à brève qu'à longue échéance».

La réintégration sociale des plus jeunes

«L'outil de base pour une bonne réintégration sociale est l'enseignement à la carte, organisé au sein du CTR par l'Instruction Publique de la Ville de Bruxelles, qui offre deux niveaux, l'un d'études secondaires, l'autre d'études techniques. Ceci permet aux jeunes, hospitalisés pour une longue durée, d'éviter le décrochage scolaire. Au niveau technique, il donne de nombreuses possibilités de reclassement professionnel.

Le sport joue aussi son rôle socialisant. Ainsi le club des sports est l'un des fleurons du CTR; la plupart des activités se déroulent dans son enceinte. Il faut à cet égard rappeler que l'Association Sportive du CTR était à l'origine de la création de la Fédération Sportive Belge des Handicapés. Certaines activités sportives sont d'ailleurs intégrées dans les programmes de réadaptation fonctionnelle (basket, escrime, ping-pong, haltérophilie, tir à l'arc, etc...)».

Contact: Dr Heilporn, médecin directeur;
CTR, place Van Gehuchten, 4
1020 - Bruxelles.

Tél. 02/478 48 50, fax 02/478 28 30.

L'ozone, un problème préoccupant pour la santé

Un air de santé

Dans le cadre des projets de Ville en Santé, l'importance de la qualité du milieu de vie et de l'air ambiant est particulièrement mise en avant.

L'ozone «au ras du sol», si je puis dire, est à ce titre un bon exemple parce que les causes de cette pollution et les remèdes à y apporter sont assez bien connus. Ils impliquent des mesures collectives à prendre par les pouvoirs publics et des changements de comportements individuels en vue d'encourager une citoyenneté solidaire et responsable.

En avril 1995, un rapport alarmant était publié (rapport Céline, 1995) : entre le 26 juin et le 7 août 1994 on a observé un nombre anormalement élevé de décès (+ 1226 par rapport à la moyenne des années 1985 à 1993). Le problème tend à s'amplifier depuis 1979, année où l'on a commencé à mesurer sa concentration en Belgique.

La pollution de l'air ambiant résulte principalement du chauffage domestique, de l'activité industrielle et du trafic routier. A Bruxelles, la part de pollution résultant du chauffage domestique a diminué suite à l'utilisation du gaz naturel et à l'amélioration de l'isolation thermique des bâtiments. La part de pollution due à l'industrie s'est également considérablement réduite suite au départ de certaines entreprises mais surtout, grâce à l'installation de systèmes de dépollution et l'application de normes techniques plus appropriées.

A la lumière de conclusions scientifiques convergentes, il faut rationaliser les choix. On peut dégager les prémisses d'une stratégie de lutte contre la pollution par l'ozone :

1. l'ozone dans l'air ambiant est nocif pour la santé des personnes; sa diminution doit constituer un objectif prioritaire;
2. le transport routier (responsable de 50% à 70% de la pollution) est la source principale d'ozone dans l'air ambiant; il devra constituer la cible prioritaire des mesures de lutte;
3. il faut éviter que ne soient réalisées les conditions de formation de l'ozone et donc diminuer la production de NOx et de COV; seule une action préventive peut être efficace;
4. la diminution de précurseurs doit être importante; une action isolée ne peut être significative, chaque fois qu'une

diminution de précurseurs est envisageable, il faut donc la réaliser;

5. une intervention internationale est indispensable mais des mesures locales sont également nécessaires.

Une politique de mobilité s'impose...

L'étude IRIS nous montre qu'à Bruxelles, à politique inchangée, une augmentation du nombre de déplacements en voitures privées de 30% entre 1991 et 2005 conduira à une diminution de la vitesse moyenne de 48% et à une augmentation corrélative de la consommation de carburants de 103%, ce qui doit mener à une explosion de la pollution atmosphérique.

Les mesures visant à décourager l'usage de la voiture sont présentées comme impopulaires. Malheureusement, pour éviter de demander un changement de comportement, on nous fait encore miroiter (avec succès ?) le mirage de la fluidité sans restrictions importantes du trafic actuel.

Quelques exemples pour protéger la santé collective

Le groupe des verts européens a fait adopter une résolution par laquelle le Parlement européen demande de rendre plus contraignants les seuils d'alerte à l'ozone, d'envisager des interdictions de circulation automobile, de permettre un arrêt du travail en extérieur,...

Le groupe Ecolo du Parlement bruxellois a introduit une proposition d'ordonnance qui prévoit la publication d'un bulletin de la qualité de l'air dans les journaux, à la radio et à la télévision et une réduction minimale de 5% du trafic automobile en cinq ans ainsi que la réalisation de l'objectif du plan régional de développement, qui vise un taux de 10% de déplacements à vélo (actuellement, 2%) en 2005.

C'est cependant à chaque citoyen, chaque habitant, qu'il appartient de contribuer de la manière la plus directe et efficace à l'amélioration de la santé collective en revoyant ses choix de mode de déplacement. Bref, une mobilisation plus importante des citoyens pour l'amélioration des conditions de vie en ville. ■

Paul Galand, député bruxellois
Dominique Junne, attachée parlementaire

Sélection de documents récents

Action sein. - Vander Steichel D. (dr). - Bruxelles. - OBC -
Oeuvre Belge du Cancer. - 26 p. - brochure

Air pollué : la maison aussi. - Paris. - Fondation Nicolas
Hulot pour la nature et l'homme. - Ma planète ça me regarde.
- n° 8. - 1996-10. - pp. 2-3. - 10 ff. - article

Amiante : l'inventaire des problèmes. - Bruxelles. -
Ministère de l'Emploi et du Travail. - n° 23. - 1996-06/07/08.
- pp. 5-43. - dossier

**Bientôt un bébé ? : quels sont vos droits ? : quelles
indemnités aurez-vous ? : quelles démarches
entreprendre?.** - Bruxelles. - FPS - Femmes Prévoyantes
Socialistes. - 1996-06. - 6 p. - dépliant

**Bulles en sandwich : diversification des classes d'âge et
des générations dans le monde de la BD. Vers des
interactions ?** - Pilloy A. - Bruxelles. - Communauté française
de Belgique : Direction Générale de la Culture et de la
Communication : Service de l'Éducation permanente. - 1996. -
103 p. - biblio., ann., ill. - 150 bf. - étude

Contraception en question. - SIPS (Centre de planning
familial de l'Université de Liège). - Bruxelles. - Ministère de la
Communauté française. - 1996-05. - 32 p. - lex. - brochure

Culture et enfant à l'hôpital. - Minet F. (coord), Leurquin
M.-M. - Bruxelles. - CFB - Communauté Française de Belgique
: Ministère de la Culture et des Affaires sociales : Direction
d'Administration de la Jeunesse et de l'Éducation permanente.
- Les Cahiers Dajep - Dossiers Animation Jeunesse Education
Permanente. - n° 27. - 1996-09. - 95 p. - biblio. - 150 bf. -
dossier

Exclus du travail : des pistes d'insertion. - bimestriel. -
Liège. - Revue d'action sociale et médico-sociale. -
l'Observatoire. - n° 8. - 1996. - pp. 17-49. - adres. - 300 bf. -
dossier

Guide des loisirs actifs : 96 : Bruxelles. - Bruxelles. - IDJ -
Association pour l'Information et la Documentation des
Jeunes et du grand public. - 1996. - 366 p. - index, adres. -
guide

L'hôpital, espace de prévention. - Vanves. - CFES - Comité
Français d'Éducation pour la Santé. - (Les dossiers de la Santé
de l'homme ; 24). - La Santé de l'Homme. - n° 324. - 1996-
07/08. - 24 p. - biblio. - 34 ff. - dossier

L'hygiène. - Thiebaut P. - Bruxelles. - Question Santé. - La
Santé... à bonne école. - n° 7. - 1996-10/11/12. - 12 p. -
biblio., adres. - dossier pédagogique

La santé en Belgique. - Bruxelles. - Media Belgium
International. - 1996. - 403 p. - adres. - 1908 bf. - annuaire

**Le diabète et ses complications en Belgique : un aperçu
de la situation.** - Bruxelles. - IBES - Institut Belge de
l'Économie de la Santé. - Économie et Santé. - IBES Briefing.
- n° 14. - 1996-09. - pp. 1-6. - tabl. - article

Le guide de l'hospitalisé. - Corremans B. - Bruxelles. -
Mutualités Libres. - (Profil de la vie). - 1996-09. - 21 p. -
brochure

**Naissances : mortalité périnatale et infantile :
statistiques 1988 et 1989.** - CROSP - Centre de Recherche
Opérationnelle en Santé Publique. - Bruxelles. - IHE - Institut

d'Hygiène et d'Épidémiologie : Service d'épidémiologie,
Communauté française de Belgique : Direction Générale de la
Santé. - 1996. - 144 p. - tabl. - étude

**Pour une école sécurisante, saine, accessible et
attrayante.** - Bruxelles. - ANPI - Association Nationale pour
la Protection contre l'Incendie et l'Intrusion. - ANPI
magazine. - n° 131. - 1996-06. - pp. 27-30. - article

**Prévention des traumatismes et des accidents : approche
des pays francophones** : séminaire : Paris, France : 16-18
octobre 1995. - Janvrin M.-P. (coord.), Baudier Fr. (coord.). -
OMS - Organisation Mondiale de la Santé, CFES - Comité
Français d'Éducation pour la Santé. - 1996-09. - 231 p. -
adres. - actes

Propos d'autorité. - trimestriel. - Bruxelles. - ICC - Institut
Central des Cadres, Media Animation, CFA - Centre de
Formation d'Animateurs. - Emergence. - n° 30. - 1996-
08/09/10. - 25 p. - biblio. - dossier

Réglementation des pesticides. - Esch L. - Namur. - ACSHB -
Association des Chefs de Sécurité et d'Hygiène. - Sécurité
magazine. - n° 3. - 1996. - pp. 11-18. - article

Répertoire des organisations de jeunesse. - Bruxelles. -
Ministère de la Culture et des Affaires sociales de la
Communauté française de Belgique : Direction
d'Administration de la Jeunesse et de l'Éducation permanente.
- 1996. - 196 p. - adres. - répertoire

Santé et inégalités sociales. - Avalosse H.; Moorhamer L.,
Lénelle P. - Département Recherche & Développement ANMC.
- Bruxelles. - ANMC - Alliance Nationale des Mutualités
Chrétiennes. - (M-Dossier ; 25). - 100 p. - biblio. - 300 bf. -
dossier

**Urgences nucléaires : un guide pour le médecin
généraliste.** - Bruxelles. - AMPGN - Association Médicale
pour la Prévention de la Guerre Nucléaire. - 1996. - 31 p. -
supplément au Généraliste n° 341 du 09/10/96; adres. -
brochure

Secrétariat de rédaction : Mariem Bouselmati	Avec le soutien de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale
Comité de rédaction : Dr Robert Bontemps Thierry Lahaye Dr Roger Lonfils Solveig Pahud Dr Aldo Perissino Luciane Tourtier Dr Patrick Trefois	 Une réalisation de l'asbl Question Santé
Graphisme : Carine Simon	 Éditeur responsable : Dr P. Trefois, 72 rue du Viaduc - 1050 Bruxelles D/ 1996/3543/24

DANS NOTRE PROCHAIN NUMÉRO :
Les déterminants en matière de santé - suite.