



RAPPORT FINAL

Recherche 'Santé et Logement'

Pistes pour une approche de terrain intégrée

Commandité par SPP Intégration
Sociale Politiques des Grandes Villes

8 décembre 2006

Promoteur: Prof. Dr. Jan De Maeseneer
Chercheurs: Lic. Tomas Mainil
Dr. Sara Willems



Table des matières

Remerciements	5
Introduction	6
1. La pratique quotidienne	8
<i>Objectif</i>	8
<i>Méthodologie</i>	8
<i>Résultats</i>	12
2. Good practices	22
<i>Objectif</i>	22
<i>Méthodologie</i>	22
<i>Résultats</i>	22
3. Tables rondes	27
<i>Objectif</i>	27
<i>Méthodologie</i>	27
<i>Résultats des tables rondes</i>	28
Détection	28
Rapportage	31
Renvoi	32
Enregistrement	34
Collaboration et information	36
Guichet	37
Acteurs	39
Formation	41
Points noirs	43

Propositions	46
Médecine du logement	48
Inspection du logement	49
<i>Comparaison des tables rondes (NL/FR)</i>	51
Détection	51
Rapportage	51
Renvoi	52
Enregistrement	52
Collaboration et information	52
Guichet	52
Acteurs	53
Formation	53
Problèmes	53
Propositions	54
Médecine du logement	55
Inspection du logement	56
<i>Conclusions sur les tables rondes</i>	56
4. Scénarios	58
<i>Objectif</i>	58
<i>Méthodologie</i>	58
<i>Résultats</i>	59
Factsheet	61
Scénarios de contenu	64
Tour des experts	77

Concept final : Projet intégral Santé et habitat	85
5. Conclusions générales et recommandations	90
6. Bibliographie	94
7. Annexes	97
Annexe 1 : Exemple de questionnaire	98
Annexe 2 : Templates ‘Bonnes pratiques’	103
Annexe 3 : Exemple de liste de thèmes	119
Annexe 4 : Site web Centre d’expertise grandes villes (NL)	122
Annexe 5 : Experts en santé environnementale (MMK)	125
Annexe 6 : Proposition de résolution relative à l’environnement et la santé Parlement flamand	129
Annexe 7 : Annales du Parlement flamand (concernant les MMK)	133
Annexe 8 : CRIPI (Bruxelles)	135
Annexe 9 : SAMI (Liège)	137
Annexe 10 : Structure du CPAS	140
Annexe 11 : Structure du service Logement	142

Liste des tableaux

Tableau 1 Liste des organisations invitées aux discussions sur la pratique quotidienne

Tableau 2 Questions 1, 3 et 5, questionnaire « Pratique quotidienne »

Tableau 3 Scénarios de la Factsheet 1

Tableau 4 Résultats 2005, experts en santé environnementale

Tableau 5 Scénarios de la Factsheet 2

Liste des figures

Figure 1 Enregistrement « Ikaros » de « Kind en Gezin »

Figure 2 Socmut, l'enregistrement de la prévoyance sociale

Figure 3 Ville d'Ostende, enregistrement

Figure 4 Scénarios relatifs aux problèmes

Figure 5 Projet intégral Santé et habitat

Remerciements

Nous remercions le commanditaire de cette étude– le SPF Intégration sociale, cellule Politique des grandes villes et le Cabinet de Christian Dupon, ministre des Affaires sociales et de l'intégration sociale. Nous espérons que ce rapport répondra à leurs attentes.

Nous tenons également à remercier Marie-Sabine Amato et M. Etienne Christiaens pour leur apport et leur accompagnement tout au long de ce projet. Nous remercions aussi Madame Cécile Hubert qui travaille au cabinet pour son soutien à tout moment constructif et créatif. Enfin, nous tenons également à adresser nos remerciements à la commission d'accompagnement pour ses commentaires et ses compléments d'information aussi pertinents que constructifs.

Et puis aussi, nous n'oublierons pas de remercier ici aussi toutes les organisations professionnelles qui ont participé à cette étude en complétant le questionnaire et/ou en participant aux tables rondes aussi bien à Gand qu'à Bruxelles : Un grand merci donc pour leur aimable collaboration. Ce projet repose sur leur apport. Les tables rondes ont prouvé que la collaboration intersectorielle est possible.

Enfin, plusieurs experts ont également évalué les scénarios élaborés dans le cadre de cette étude. Nous tenons aussi à les remercier pour leur temps et leur apport précieux.

Nous espérons que ce rapport contribuera au rapprochement et à l'harmonisation du fonctionnement des secteurs du « logement » et de la « santé » et renforcera l'intégration sociale.

L'équipe de recherche,

Lic. Tomas Mainil

Dr. Sara Willems

Prof. Dr. Jan De Maeseneer

Gand, le 14 novembre 2006

Introduction

La santé, le bien-être et le logement sont trois conditions de base à toute existence de qualité dans notre société (OMS, 2001). Malgré cela, les secteurs de la santé, du bien-être et du logement pèchent souvent par absence de coordination entre leurs organisations qui proposent des services (Verkleij, 2003). La politique a depuis longtemps déjà intégré l'impact de l'environnement sur la santé (cf. Environmental Health). Nous aimerions néanmoins que cette attention soit encore renforcée au niveau des liens entre le milieu intérieur et la santé et ceci aussi bien dans la sphère politique que dans les différents secteurs impliqués.

En 2004, le Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg de l'Université de Gand a entamé une étude sur la santé dans les grandes villes commanditée par le SPF Intégration sociale, Cellule Politique des grandes villes. Il est ressorti de cette étude qu'en ce qui concerne la santé et l'utilisation des soins de santé, il existe des différences importantes entre les quartiers urbains défavorisés et les quartiers mieux nantis.

En décembre 2005 on a effectué une étude de suivi qui s'est concentrée sur les liens entre la Santé et l'Habitat. Des sources scientifiques ont confirmé ces liens entre la Santé et l'Habitat (Brysse, 2004) (Dunn, 2002) (Thomson, 2001) (Takano, 2001). Le projet qui fait l'objet de ce rapport a pour principale mission de répondre à la question de savoir comment les professionnels peuvent entreprendre des actions plus adéquates lorsqu'ils constatent le lien entre des problèmes de santé et des problèmes d'habitat chez des clients/patients. Son objectif est aussi, entre autres, de développer un instrument capable d'aider ces professionnels dans ce domaine.

Ce projet peut être divisé en plusieurs parties.

Dans une première partie, nous nous sommes d'abord efforcés de nous faire une idée de la pratique quotidienne des professionnels dans le cadre de leurs visites à domicile: de quelle manière détectent-ils les problèmes de santé et/ou problèmes de logement et quelles actions entreprennent-ils dans ce cas? Une deuxième partie de ce projet a été consacrée à l'étude des 'bonnes pratiques' en Belgique et à l'étranger. Une troisième partie fait le rapport des tables rondes organisées avec des professionnels et des organisations dans le but d'explorer leurs visions et leurs opinions en ce qui concerne l'instrument à développer évoqué plus haut. Dans une quatrième partie, ce projet propose un instrument élaboré sur la base des informations rassemblées dans les parties précédentes et sous la forme de différents scénarios possibles. Enfin, ces scénarios ont été soumis à une série d'experts.

Le rapport final résume les points importants de chacune de ces parties et contient des recommandations politiques dans le cadre du débat sur les liens entre la Santé et l'Habitat.

1. La pratique quotidienne

Objectif

L'objectif de cette partie de l'étude est de dresser l'**inventaire des pratiques et instruments existants et déjà utilisés** dans le domaine de la Santé et de l'Habitat dans les secteurs du logement, du bien-être et des soins de santé. Dans ce cadre, une attention particulière a été accordée à la question de savoir si, en Belgique, certains services ou certaines organisations avaient déjà intégré de manière proactive les liens entre la Santé et l'Habitat dans leurs pratiques politiques.

Méthodologie

Pour cela, nous avons développé un **questionnaire** destiné à évaluer les pratiques quotidiennes d'un large éventail de services et organisations. Un exemplaire de ce questionnaire est repris en annexe 1.

Ce questionnaire abordait les thèmes suivants:

- identification des travailleurs qui se rendent en visite à domicile;
- détection des problèmes en matière de logement et/ou des problèmes de santé liés à la qualité de l'habitat;
- stratégies de rapport et de renvoi;
- besoin en formation sur ce problème.

Ce questionnaire a été distribué aux organisations actives dans le secteur du logement, du bien-être et des soins de santé sur la base d'une liste préalablement élaborée en collaboration avec la Cellule Politique des grandes villes et le Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg. Le seul critère utilisé pour la confection de cette liste a été l'implication (in)directe des organisations dans le secteur de la santé, du bien-être et du logement. Dans une première phase, le questionnaire a été envoyé par courrier électronique à 134 organisations. 47 d'entre elles ont renvoyé le questionnaire rempli (taux de réponse de 35%). Sur ces 134 organisations, 55 ne sont toutefois pas actives en première ligne: elles n'effectuent donc pas de visites à domicile. Le questionnaire leur avait toutefois été également envoyé afin que ces organisations puissent le transmettre aux organisations de première ligne de leur réseau. Cette stratégie était destinée à générer un effet boule de neige qui nous a permis d'obtenir un taux de réponse supérieur. Lorsque nous avons ensuite fixé le taux de

réponse sur la base du nouveau critère, celui-ci s'est élevé à 47 questionnaires remplis sur 79 organisations (taux de réponse de 59%). Les organisations et services qui ont répondu à ce questionnaire sont répartis comme suit: 17 en Flandre, 11 à Bruxelles, 7 en Wallonie et 12 au niveau fédéral. Une première réflexion relative au questionnaire concerne la charge de travail dans ces différents secteurs. Toutes les organisations n'ont en effet pas trouvé le temps de remplir le questionnaire.

Le tableau 1 donne un aperçu des organisations que nous avons contactées et qui ont participé à l'étude, soit au niveau du questionnaire, soit au niveau des tables rondes. Il s'agit d'organisations de première ligne et de deuxième ligne actives dans les secteurs de la santé, du bien-être et du logement. Les chercheurs ont établi un questionnaire qu'ils ont envoyé par courrier électronique. Souvent, les organisations de deuxième ligne ne font pas de visites à domicile. Au niveau du questionnaire, nous avons donc surtout visé les organisations de première ligne. Les organisations de deuxième ligne ont toutefois également été impliquées dans le cadre des tables rondes. Le tableau ci-dessous reprend les organisations qui ont renvoyé le questionnaire et/ou qui ont participé aux tables rondes. Ce critère est illustré sur la base du code de couleur suivant:

Organisations de 1^{ère} ligne qui ont participé à l'enquête

Organisations de 1^{ère} ligne qui n'ont pas participé à l'enquête

Organisations de 2^e ligne qui n'ont pas participé à l'enquête

(elles n'effectuent pas de visites à domicile)

Organisation	Région	Participation aux tables rondes
Université d'Anvers	Anvers	X
Medisch milieudeskundigen LOGO (experts en santé environnementale des Logos)	Flandre orientale	X
Vlaamse Ambulanciers Vereniging (Association flamande des ambulanciers)	Flandre	X
Amina	Flandre	
Bouwbiologen (biologistes de la construction)	Fédéral	
Police de Gand	Flandre orientale	X
Cellule Politique des grandes villes	Fédéral	X
Association européenne pour la recherche sur l'environnement et la santé	Fédéral	X
Federatie Centra Geestelijke Gezondheidszorg (Fédération des centres de soins de santé mentale)	Flandre	X
Plate-forme des ONG du secteur social	Européen	
Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri	Européen	
Platform Wonen en Ouderen (Plate-forme Habitat et personnes âgées)	Flandre	X
Vlaams Instituut voor bio-ecologisch Bouwen en Wonen (Institut flamand de construction et d'habitat bio-écologique)	Flandre	X
Union nationale des mutualités libérales	Fédéral	X
Kenniscentrum Woonbeleid (Centre d'expertise politique du logement)	Flandre	X
Inspection du logement de Flandre	Flandre	X

Union nationale des mutualités socialiste	Fédéral	X
Woonwinkels	Flandre	
Vlaamse Beroepsvereniging Zelfst. Verpleeg (Association professionnelle flamande des infirmiers indépendants)	Flandre	
Centre antipoisons	Fédéral	X
Vlaams Fonds (Fonds flamand)	Flandre	X
CPAS Anvers	Anvers	X
Wijkgezondheidscentrum De Vlier	Flandre orientale	X
Agences immobilières sociales	Flandre	
Agentschap Binnenlandse Aangelegenheden	Flandre	X
Vlaamse Vereniging voor Steden en Gemeenten (Association flamande des villes et des communes)	Flandre	X
Cabinet du ministre Demotte	Fédéral	
Bruxelles, ville région en santé	Bruxelles	
Centrum voor Duurzame Ontwikkeling (Centre de développement durable)	Flandre	X
Unie Zelfstandige Kinesitherapeuten	Flandre	X
Huurdersbond (Syndicat des locataires)	Flandre	X
Wijkgezondheidscentrum De Kaai (Centre de santé de quartier De Kaai)	Flandre orientale	X
Wijkgezondheidscentrum Daenshuis (centre de santé de quartier Daenshuis)	Flandre orientale	X
Steunpunt Algemeen Welzijnswerk	Flandre	X
Lokaal Gezondheidsoverleg Flandre	Flandre	
Service du logement de Gand	Flandre orientale	X
Milieuadvieswinke	Flandre orientale	
Familiehulp (aide familiale)	Flandre	X
Vlaams Netwerk van Verenigingen waar Mensen die in armoede leven, het woord Nemen (Réseau flamand des associations dans lesquelles les personnes qui vivent dans la pauvreté prennent la parole)	Flandre	
Réseau des Associations (...)	Wallonie	
Réseau Belge de lutte contre la pauvreté	Fédéral	
Solidariteit voor het gezin (Solidarité familiale)	Flandre	X
Forum Bruxellois de lutte contre la pauvreté	Bruxelles	
Réseau Wallon de lutte contre la pauvreté	Wallonie	
Promédicis		X
Pour la solidarité		X
Union des Villes et Communes Wallonnes	Wallonie	
Association de la Ville et des Communes De la Région de Bruxelles	Bruxelles	
INCLPAN	Fédéral	
Union nationale des mutualités libérales	Fédéral	X
Ligue des familles	Wallonie	
Secrétariat régional au développement urbain	Bruxelles	
Habitat et Rénovation	Bruxelles	
Convivence	Bruxelles	
Porte Rouge	Bruxelles	
RenovaS	Bruxelles	
Logement pour Tous	Bruxelles	
Wit-Gele Kruis (Croix jaune et blanche)	Flandre	X
Comme chez toi	Bruxelles	
Fee coopérative	Bruxelles	
Fédération des locataires de Bruxelles	Bruxelles	

Alliance nationale des mutualités chrétiennes	Fédéral	X
Rassemblement bruxellois pour le droit au logement	Bruxelles	
CAFA St-Gilles	Bruxelles	
17 coordinateurs logement	Fédéral	
Observatoire de la Santé de Forest	Bruxelles	
Interenvironnement BXL	Bruxelles	X
Institut provincial d'hygiène et bactériologie		X
Regionale diensten Inspectie	Bruxelles	
Centre Bruxellois pour l'action interculturelle	Bruxelles	
Facultés Universitaires St-Louis	Wallonie	
Centre d'études en aménagement du territoire	Wallonie	
Stad Anvers	Anvers	X
Habitat et Participation	Bruxelles	
Vlaams Instituut voor gezondheidspromotie (Institut flamand pour la promotion de la santé)	Flandre	
Ecole de Santé Publique UCL	Wallonie	
Office de la Naissance et d'Enfance	Wallonie	X
Asbl COSEDI	Wallonie	X
Centre de Recherche et d'information des organisations des consommateurs	Fédéral	
Canal Santé	Bruxelles	
Asbl Santé Communauté participation	Bruxelles	
Huisvesting stad Gent (service logement de la ville de Gand)	Flandre orientale	X
Asbl Education Santé	Bruxelles	
Bureaux de quartiers	Wallonie - Bruxelles	
Asbl Questions Santé	Wallonie	
Centre de Santé UCL	Wallonie	
CPAS de La Louvière – service maintien à domicile	Wallonie	
Plateforme de concertation pour la santé mentale	Wallonie	X
Caisse auxiliaire maladie-invalidité	Fédéral	
De Post	Fédéral	
Kind en Gezin	Flandre	X
Huisvestingsdienst Oostende (service logement de la ville d'Oostende)	West-Flandre	X
Samenlevingsopbouw	Flandre	
Ligue Bruxelloise pour la santé mentale	Bruxelles	X
VIBOSC	Flandre	
Centre pour l'Egalité des chances	Fédéral	
Minderhedenforum	Fédéral	
Gezondheidsdienst Gent	Flandre orientale	X
Koning Boudewijn Stichting	Flandre	X
Bond voor grote en jonge gezinnen (Fédération des grandes et jeunes familles)	Fédéral	
Cellule Régionale d'Intervention en Pollution Intérieure /Services d'Analyse des Milieux Intérieurs (Ambulance Verte)	Bruxelles + Wallonie	X
Centre scientifique et technique de la construction	Fédéral	X
Fédération de la construction	Fédéral	
Société Régionale du logement de la région de Bruxelles-capitale	Bruxelles	
Mutualité Saint-Michel – service social	Wallonie	
Administration Wallonne du logement	Wallonie	

Interenvironnement Wallonie	Wallonie	X
Médecin Mellery		X
Syndicat des locataires	Fédéral	
CERIA – Institut Gilbert	Wallonie	
Fédération des Maisons Médicales	Fédéral	
Journal du medecin	Fédéral	X
Commission communautaire française	Bruxelles	
Commission communautaire commune	Bruxelles	
Institute Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement	Bruxelles	X
Huisartsvereniging Gent (association des médecins généralistes de Gand)	Flandre orientale	X
Région Wallonne	Wallonie	
Direction régionale de l'inspection du logement	Bruxelles	
Centre d'Information et d'Education Populaire du MOC	Bruxelles	
Ecole de Santé Publique Liege	Wallonie	X
Division du Logement de l'Administration de l'Amenagement	Wallonie	
Service Projets Subsidiés Sint-jans Molenbeek	Bruxelles	
Maison maternelle d'alluur	Wallonie	
Syndicat National des Propriétaires et Copropriétaires	Fédéral	
Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale	Bruxelles	
Antenne Tournesol asbl	Bruxelles	
Syndicat Socialiste	Fédéral	X
Réseau Européen des associations de lutte contre la pauvreté	Européen	
European Liaison Committee for Social Housing	Européen	
Bravvo asbl Ville de Bruxelles	Bruxelles	
Centre Publique Action Sociale de Bruxelles	Bruxelles	X
Solidarités Nouvelles -Bruxelles	Bruxelles	
Bio-architectes	Flandre	
Rode Kruis – Croix Rouge de Belgique	Fédéral	
Société Scientifique de Médecine Générale	Wallonie	X
Union des locataires de ST Gilles	Bruxelles	X
POD Maatschappelijke Integratie	Fédéral	
Office Nationale de L'enfance (ONE)	Wallonie	
Ecolo	N/A	X
Cabinet de la ville de Gand	Flandre orientale	X
Ecole de Santé Publique LouvainLN	Wallonie	X
Comme chez nous	Bruxelles	
Ecole de Santé Publique ULB	Bruxelles	X
Soldarités Nouvelles Wallonie asbl	Wallonie	
WOLU-SERVICES asbl – Centre d'action sociale globale	Bruxelles	
Guichet Info-Logement Sin-OuinsMolenbeek	Bruxelles	
Bruxelles, Ville Région en Santé asbl	Bruxelles	
Moniteurs urbains	Fédéral	
Ministère de la région wallonne	Wallonie	X
Vlaamse Huisvestingsmaatschappij	Flandre	X
Bois et Habitat	Wallonie	
Asbl Service d'Accompagnement Social	Wallonie	
Free Clinic, Service social, maison médicale	Bruxelles	
Maison médicale 'le gué'	Wallonie	

Société Régionale Wallonne du Logement	Wallonnie	X
Asbl maisons d'accueil 'l'flot	Bruxelles	
Fonds Reine Fabiola	Fédéral	
Espace social tele-service	Bruxelles	
Le foyer Laekenois (société de logements sociaux)	Bruxelles	
Kenniscentrum Vlaamse Woonbeleid (Centre d'expertise flamand sur la politique du logement)	Flandre	
Maison medicale asbl	Bruxelles	
Maison médicale d'Anderlecht	Bruxelles	
Confédération de la Construction de la région de Bruxelles	Bruxelles	
CPAS de La Louvière – titres services	Wallonie	

Tableau 1 : Liste des organisations invitées au niveau de la pratique quotidienne

Résultats

Les résultats ont été structurés sur la base de l'ordre chronologique d'apparition des questions dans le questionnaire.

Nous allons maintenant dresser un aperçu schématique des réponses obtenues aux questions **1a, 3 et 5**. Ces questions concernaient les personnes de l'organisation qui font des visites à domicile, interrogeaient les organisations sur l'existence d'un éventuel enregistrement actuel de ces activités et l'évaluation (suffisante ou insuffisante) de la formation prévue dans le cadre de ces problèmes.

1a. Quels collaborateurs de votre organisation se rendent en visite à domicile chez des clients/patients?

3. Si, lors d'une visite à domicile, vos collaborateurs constatent des problèmes de santé ou de logement, les enregistrent-ils?

5. Avez-vous le sentiment que les collaborateurs de votre organisation ou de votre service sont suffisamment formés, soit dans le cadre de leur formation de base, soit dans le cadre de leur formation continue pour assurer une fonction de détection et/ou de rapport en ce qui concerne les problèmes dans le domaine de la Santé et d'habitat?

Organisation	Visite à domicile, qui?	Enregistrement?	Formation?
Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité	Travailleur social; expert du vécu en pauvreté	Oui, mais pas de manière uniforme	Non
Wijkgezondheidscentrum Daenshuis	médecin; infirmier; kinésithérapeute	Oui, mais pas de manière uniforme	Non
Ville d'Ostende, service logement huis-Vesting	Collaborateur technique; travailleur social	Oui, de manière uniforme	Oui
Kind en Gezin	Accompagnateur de logement; collaborateur technique; architecte; placeur de dispositifs de détection de la fumée	Ou, de manière uniforme et non uniforme	Non
Service de santé de la ville de Gand	Inspecteur de la santé	Oui, de manière uniforme	Non
Institut bruxellois de gestion de l'environnement	Collaborateur scientifique; infirmier social	Oui, de manière uniforme	Non
Police locale de Gand	Inspecteurs de quartier; inspecteur social	Oui, de manière uniforme	Non
Croix jaune et blanche	Infirmier à domicile; accompagnateur de la qualité; infirmier en chef	Oui, mais pas de manière uniforme	Non
Union nationale des mutualités libérales, CAW	Assistant social; infirmier social; ergothérapeute	Oui, de manière uniforme	Oui
Union nationale des mutualités libérales, services sociaux	Assistant social; Infirmier	Oui, mais pas de manière uniforme	Oui
Wijkgezondheidscentrum De Brug	Médecin généraliste; kinésithérapeute; infirmier à domicile	Oui, mais pas de manière uniforme	Non
Liberale Mutualiteit Limburg	Assistant social; infirmier	Oui, de manière uniforme	Oui
Huisartsen Vereniging Gent	Médecin généraliste	Oui, mais pas de manière uniforme	Non
Ville d'Anvers, service habitat	Assistant social; chercheur technique; conseiller technique	Oui, de manière uniforme et non uniforme	Oui
Vlaamse Huisvestingsmaatschappij	Architecte; inspecteur social; Ingénieur	Oui, de manière uniforme	Oui
Experts en santé environnementale	Expert en santé environnementale	Oui, de manière uniforme	Oui
Solidariteit voor het Gezin	Infirmier à domicile	Oui, mais pas de manière uniforme	Oui
Alexis Versele architecteenvennootschap cvoa	Architecte, coordinateur de sécurité, ingénieur-architecte	Oui, mais pas de manière uniforme	Non
De Voorzorg Directie Gezondheid en Welzijn, Thuisverzorging	Infirmiers à domicile	Oui, mais pas de manière uniforme	Oui
De Voorzorg Directie Gezondheid en Welzijn, Maatschappelijk Welzijn	Responsable de secteur; responsable ergothérapie;indicateur	Oui, mais pas de manière uniforme	Oui

Organisation	Visite à domicile, qui?	Enregistrement?	Formation?
De Voorzorg Directie Gezondheid en Welzijn, Thuiszorgcoördinatie	Coordinateur des soins à domicile; coordinateur du travail bénévole, bénévole	Oui, mais pas de manière uniforme	Oui
De Voorzorg Directie Gezondheid en Welzijn, Kinderzorg	Responsable de l'aide, responsable de service; personnel de la maternité;	Oui, mais pas de manière uniforme	Oui
De Voorzorg Directie Gezondheid en Welzijn, Thuishulp	Responsable de l'aide; soignant; collaborateurs logistiques	Oui, de manière uniforme	Oui
Familiehulp vzw	Responsable de secteur; travailleur de base	Non	Oui
Libérale mutualiteit Oost-Vlaanderen, CAW	Assistant social; ergothérapeute	Oui, mais pas de manière uniforme	N/A
Libérale mutualiteit Limburg	Assistant social; CAW; infirmier	Oui, mais pas de manière uniforme	Non
Alliance nationale des mutualités chrétiennes, service d'assistance sociale	Travailleur social; indicateur	Oui, mais pas de manière uniforme	Non
Ville de Gand, service logement	Consultant social; contrôleur; diplômé technique	Oui, de manière uniforme	Oui
kinésithérapeutes (vanuit Unie Zelfstandige kinésithérapeuteen)	Kinésithérapeute	Non	Non
Wijkgezondheidscentrum De Vlier	Médecin généraliste; Infirmier; kinésithérapeute	Oui, mais pas de manière uniforme	Non
Mutualités Chrétiennes – Alliance Nationale, service social francophone	Assistant social	Non	Non
Habitat et Renovation asbl	Architecte ; éco-consultant	Oui, de manière uniforme	Oui
Free Clinic, Service social, maison médicale	Assistant social; médecin généraliste	Non	Non
Maison médicale 'le gène'	Médecin généraliste; kinésithérapeute ; infirmiers	Non	Non
Antenne Tournesol asbl	Médecin généraliste; kinésithérapeute; infirmier	Oui, mais pas de manière uniforme	Non
Asbl maisons d'accueil 'l'flot'	Pas d'application	Non	Non
WOLU-SERVICES asbl – Centre d'action sociale globale	Assistant social	Oui, de manière uniforme	Oui
Espace social tele-service	Assistant social; accompagnateur de transport; service de bricolage	Oui, mais pas de manière uniforme	Oui
Le foyer Laekenois (société de logements sociaux)	Assistant social; technicien; personnel d'entretien; concierges	Oui, de manière uniforme	Non
Maison maternelle d'alluur	Formateur; psychologue	Oui, mais pas de manière uniforme	Oui
Maison medicale asbl	Médecin généraliste; infirmier; kinésithérapeute	Oui, mais pas de manière uniforme	Oui
Maison médicale d'Anderlecht	Médecin généraliste; infirmier; kinésithérapeute	Oui, mais pas de manière uniforme	Non
Bruxelles Environnement – IBGE département	Coordinateur Ambulance Verte; Infirmier (éco-social); laborantin	Oui, de manière uniforme	Oui

Organisation	Visite à domicile, qui?	Enregistrement?	Formation?
développement durable et santé			
CPAS de La Louvière – titres services	Travailleur social ; responsable des soins à domicile	Oui, mais pas de manière uniforme	Non
CPAS de La Louvière – service maintien à domicile	Travailleur social	Oui, de manière uniforme	Oui
Mutualité Saint-Michel – service social	Travailleur social	Oui, de manière uniforme	Oui

Tableau 2 : Questions 1a-3-5, questionnaire sur la Pratique quotidienne

Nous allons maintenant revenir à la **question 1**. Le principal élément qui nous intéresse est de savoir quels sont les collaborateurs qui se rendent en visite à domicile. Notre objectif est également de savoir dans quel cadre, et plus particulièrement dans le cadre de quel service. Pour cela, nous nous sommes servis de la **question 1b**. Les différents cadres relevés dans les réponses à cette question sont traités dans le paragraphe suivant.

1b. Dans le cadre de quels soins ou de quels services les collaborateurs font-ils des visites à domicile?

Dans le secteur du logement:

- à la demande des locataires en raison des conditions de vie (cf. Le Foyer Laekenois, Espace social tele-service, Dienst Huisvesting Gent);
- à la demande de la police pour protéger les occupants (Gezondheidsdienst Stad Gent, Dienst Huisvesting Gent);
- pour effectuer une enquête de qualité au niveau du logement (cf. Habitat et Rénovation, IBGE, Dienst Huisvesting – Oostende).

Au niveau des collaborateurs dans le secteur de la construction:

- pour dispenser des avis techniques en matière de construction (cf. Vlaamse Huisvestingsmaatschappij);
- dans le cadre d'une prospection en vue de travaux de rénovation (cf. VHM). réalisation de travaux d'adaptation (cf. Architectenvennootschap Alexis Versele);
- prélèvement d'échantillons chimiques et biologiques (cf. Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure);

Dans le secteur des soins de santé:

- pour élaborer un plan de soins (cf. WOLU-SERVICES asbl, Familiehulp);
- pour constater le niveau de nécessité de soins (cf. CPAS La Louvière, CAW Onafhankelijk Ziekenfonds, Christelijke Mutualiteit);

- pour dispenser des soins médicaux
(cf. Maison Médicale d'Anderlecht, Antenne Tournesol asbl, Free Clinic, WGC Daenshuis, Wit-Gele Kruis, WGC De brug, HVG);
- pour dispenser des avis en matière d'adaptations au logement
(cf. ergothérapeutes dans diverses organisations, notamment Liberale mutualiteit);
- dans le cadre de la prévention et des soins aux familles avec enfants
(cf. Kind&Gezin, Maison Maternelle d'Alluur);
- dans le cadre d'un soutien éducatif, principalement dans les quartiers pauvres
(cf. Supporteurs de famille de Kind&Gezin).
- si le client n'est pas en état de se déplacer
(cf. WGC De Vlier, Hulpkas bij ziekte en invaliditeitsuitkering)

Dans le secteur du bien-être:

- dans le cadre de l'accompagnement des clients
(cf. assistants sociaux, CPAS, De Voorzorg, Maatschappelijk Welzijn);
- coordination du travail des bénévoles (cf. De Voorzorg, Thuiszorgorganisatie).
- fonction de signal de la sécurité sociale (cf. police de Gand);

Nous établissons ensuite un nouveau lien avec le tableau 2. Dans ce tableau figure que 39 organisations procèdent à un enregistrement sérieux de manière uniforme ou non uniforme. Cette donnée est toutefois corrélée a priori à la **question 2**, à savoir si les collaborateurs détectent également des problèmes de santé ou d'habitat (39/55).

*2. Pendant leurs visites à domicile, ces collaborateurs constatent-ils parfois des **problèmes de santé ou d'habitat**?*

L'enregistrement de ces problèmes est donc fréquent (71% des organisations). Nous allons maintenant reprendre une série d'exemples de ce type d'enregistrements.

Kind en Gezin utilise un système d'enregistrement électronique uniforme (IKAROS) (figure 1). Dans sa partie "situation socio-économique", le "Logement" peut être indiqué en tant que critère de pauvreté. Au niveau du logement, les critères sont: sale, insalubre et/ou dangereux; trop petit et/ou insuffisamment équipé.

Figure 1: Enregistrement Ikaros de Kind en Gezin

La *Vlaamse Huisvestingsmaatschappij* utilise également un système d'enregistrement interne.

L'organisation '*De Voorzorg, Afdeling Thuishulp*' utilise également un formulaire d'enregistrement (figure 2). Celui-ci sert à vérifier si le logement offre un environnement sûr au personnel de l'organisation. Ce formulaire contient des questions sur le type de logement, sur son caractère approprié, son état d'entretien (le logement est-il bien entretenu?), la présence de nuisibles, l'état des sanitaires et de la toilette, du chauffage, le combustible et les animaux domestiques.

Type de logement

- 1 Maison quatre façades
- 2 Maison de rue
- 3 Appartement
- 4 Studio
- 5 Etage dans une maison
- 6 Logement pour personnes âgées
- 7 Bungalow/ caravane

Caractère approprié du logement

- 0 Adapté
- 1 Inadapté au niveau de la mobilité
- 2 Inadapté au niveau de la santé

3	Inadapté au niveau d'autres critères		
<i>Etat d'entretien</i>			
0	Très bien en ordre		
1	Suffisant		
2	Insuffisant		
3	Très sale		
Nuisibles 0	Non	1	Oui
<i>Disponibilité d'appareils électroménagers</i>			
0	Suffisant		
1	Limité		
2	Insuffisant		
<i>Sanitaires</i>			
0	Salle de bain aménagée		
1	Douche avec eau courante		
2	Eau chaude courante		
3	Eau froide courante		
4	Pas d'eau courante		
<i>Toilette</i>			
0	+ eau courante dans la maison		
1	- eau courante dans la maison		
2	+ eau courante à l'extérieur		
3	- eau courante à l'extérieur		
<i>Chauffage</i>			
0	Chauffage central		
1	Local plusieurs pièces		
2	Local uniquement la salle de séjour		
3	Insuffisant ou absent		
<i>Combustible</i>			
1	Gaz		
2	Mazout/ pétrole		
3	Charbon / bois		
4	Electricité		
<i>Animaux</i>			
0	Aucun		
1	En cage, ne posent pas de problème		
2	En liberté, ne posent pas de problème		
3	En cage, posent des problèmes		
4	En liberté, posent des problèmes au niveau de l'hygiène		
5	En liberté, posent des problèmes au niveau de la sécurité		

Figure 2: Socmut, l'enregistrement de la prévoyance sociale

Souvent, les organisations qui ont répondu au questionnaire ont indiqué que la concertation interne et les accords de collaboration avec d'autres organisations constituent un élément déterminant dans la mise en place d'actions efficaces. Dans le cadre de cette communication, les formulaires sont beaucoup utilisés. Dans la *ville d'Ostende*, les collaborateurs de base de la police et les travailleurs du secteur du bien-être disposent d'un formulaire d'enregistrement qu'ils peuvent transmettre au service logement (figure 3):

Données personnelles

Nom:..... Prénom:

Adresse actuelle:

Numéro de téléphone:

Date de naissance:

Données sur la famille

Marié(e):

Nombre d'enfants:

Un membre de la famille est-il handicapé?

Données sur les revenus

Revenus:

Procédure de médiation des dettes?

Mutualité:

Quel CPAS + travailleur social?

Données CPAS:

Données relatives au logement

Raison du déménagement?

Montant qui peut être consacré au loyer?

La garantie locative pose-t-elle un problème?

Combien de pièces sont nécessaires?

Etat du logement actuel?

Figure 3: Ville d'Ostende, enregistrement

Les répondants ont à maintes reprises indiqué que l'enregistrement représentait souvent une charge de travail supplémentaire. Une méthode d'enregistrement uniforme ne permet plus non plus d'interprétation individuelle. Les problèmes sont cependant plus souvent signalés au responsable qui peut les transmettre aux personnes les mieux placées pour s'en occuper.

Enfin, nous allons également revenir sur la **question 5**. Cette question concerne le fait que les travailleurs des organisations concernées disposent ou non d'une formation suffisante pour assumer une fonction de détection et de rapportage des problèmes en matière d'habitat et de santé (**voir tableau 2**). Une série d'organisations (7) organisent elles-mêmes une formation pour leurs collaborateurs à ce niveau. Il s'agit de Solidariteit voor het Gezin (cf. projet prévention des chutes chez les personnes âgées) de Medisch Milieukundigen (formation intensive au début de la prise de fonction), du service du logement de la ville d'Anvers (training on-the-job), de l'Union nationale des mutualités libérales (formations internes au service social), de Kind en Gezin (cours d'introduction), du service logement de la ville d'Ostende (formation sur le Vlaamse Wooncode) et de la Mutualité Saint-Michel (formations Mutualité Chrétienne). Plusieurs organisations remettent cependant en question l'importance d'une éventuelle formation supplémentaire: un des répondants a entre autres écrit: "Il ne faut pas faire de chaque travailleur de base un expert". Cette opinion n'est cependant pas représentative de l'ensemble des organisations. Dans le cadre de la perspective d'une formation, la préférence est donnée aux "courtes séances d'information" abordant les principaux points d'attention ou à une formation sur certains aspects techniques spécifiques des problèmes de logement.

2. Good practices

Objectif

L'objectif de cette partie de l'étude était de dresser l'inventaire des 'good practices'. En ce qui concerne la manière dont les secteurs du logement et des soins de santé communiquent aussi bien au niveau national qu'international sur leurs patients/clients individuels. **Toutes les 'bonnes pratiques' citées dans cette partie sont décrites en détail dans l'annexe 2.** Dans cette annexe, vous trouverez des informations, entre autres sur la nature, les objectifs, les résultats et les intermédiaires de ces différentes bonnes pratiques.

Méthodologie

Pour dépister les bonnes pratiques, plusieurs méthodes ont été utilisées.

Avant tout, nous avons contacté une série de contacts personnels des collaborateurs du Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg par voie électronique:

- Prof. Dr Anders Barheim (Université de Bergen, Norvège)
- Prof. Dr Marianne Samuelson (Université de Caen, France)
- Dr Iona Heath (Université de Waterloo – Grande-Bretagne)
- Prof. Dr Wendy Sword (McMaster University - Canada)
- Dr Walter Déville
(Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg – Pays-Bas)

Nous avons également effectué une recherche systématique sur Internet (les bases de données Pubmed et Sociological Abstracts) en utilisant les termes Mesh suivants: Health, Health Status Indicators, Community Health Planning, Health Services Indigenous, Community Health Services, Environmental Health, Urban Health Services, Suburban Health Services, Housing, Public Housing, Health Personnel, Attitude of Health Personnel, Caregivers et Professional-Patient Relations. Cette recherche a donné 121 articles. Un nombre limité seulement de ces articles ont été retenus. Ils sont repris dans la bibliographie. Nous avons également posé notre question via le LISTSERV de l'International Association of Urban Health.

Résultats

En ce qui concerne la **Norvège**, le Prof. Dr A. Barheim de l'Université de Bergen nous a communiqué que la collaboration entre les secteurs du logement et de la santé bénéficiait de

peu d'attention et ne constituait en tout cas pas un point d'attention prioritaire de la politique norvégienne en matière de pratique quotidienne.

Ceci, contrairement aux **Pays-Bas** où ce problème bénéficie d'une large attention. C'est ainsi que le thème 'Binnenhuismilieu' (Milieu intérieur) figure parmi les points d'attention importants du Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

(http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_binnenhuismilieu.html).

L'envoi de notre demande de recherche sur les bonnes pratiques via le LISTSERV de l'International Association of Urban Health nous a permis de découvrir plusieurs projets intéressants sur le continent nord-américain (2 projets au **Canada** et 6 aux **Etats-Unis**). Enfin, nous avons également décrit, dans le cadre de cette partie, plusieurs initiatives en Belgique et aux Pays-Bas.

Le projet CAISI (*Client Access to Integrated Services and Information*) a été mis sur pied à Toronto (Canada). Il s'agit d'un système d'information électronique qui a pour vocation de faciliter l'intégration des soins entre les différentes organisations – tant au niveau individuel qu'au niveau de la population. Cet instrument est utilisé pour le groupe cible des sans-abri. Au niveau individuel, le système est utilisé pour permettre la recherche du bon service et du bon placement des sans-abri. Ce projet contribue à supprimer les listes d'attente. Le système informatique permet en effet aux assistants sociaux de contacter l'organisation appropriée lorsqu'ils sont à la recherche par exemple d'un endroit où placer un sans-abri pour la nuit. Au niveau de la population, le système fournit des données aux autorités qui, à leur tour, peuvent procéder à des adaptations au niveau de l'offre en soins et en services aux sans-abri.

Le '*Mental health/outreach team*' (Health and Social Supports Branch Community Services Department City of Hamilton) est un projet qui se déroule en Ontario, Canada. Il s'agit d'une équipe de sauvetage qui propose ses services aux sans-abri, aux toxicomanes et aux malades mentaux dans le but de les mettre en contact avec les infrastructures de soins de santé, de logement et les services sociaux. Il s'agit d'une équipe multidisciplinaire d'infirmiers, de travailleurs sociaux, de collaborateurs du secteur du logement, de collaborateurs de l'Office de l'enfance, etc. Plusieurs organisations participent à ce projet dont des sociétés de logement, des établissements de soins, ... L'important dans ce projet est son accent sur son fonctionnement multi- et transdisciplinaire.

Le '*Minnesota Visiting Nurse Agency*' de Minneapolis, Minnesota (USA) dispose d'une procédure similaire à celle prévue dans le formulaire d'enregistrement décrit plus avant de Voorzorg – Thuishulp (voir plus haut). Ce projet va cependant encore un pas plus loin en posant également des questions sur le risque d'intoxication au plomb et sur la présence de champignons dans le logement. Si des problèmes sont détectés, l'infirmier les signale aux autorités compétentes, notamment à l'Inspection du logement.

Le '*Breath Easy at Home Referral System*' de Boston (USA) est un projet de collaboration entre des partenaires du secteur public et privé dont l'objectif est de lutter contre les problèmes d'asthme en améliorant la communication entre les différentes organisations d'aide à ce niveau. Dans ce projet, médecins, infirmiers et autres professionnels peuvent déclarer, via un système informatique, les infractions au Code du logement liées à l'état dans lequel se trouve un patient. Ces professionnels peuvent également toujours, via le même système, suivre l'évolution de la situation qu'ils ont rapportée.

Housing and Health in Auckland, Auckland Regional Public Health Service, Nouvelle-Zélande. Il s'agit d'un rapport dont l'objectif est de mettre à l'agenda politique les thèmes liés à la santé et à l'habitat. Ce projet est spécifiquement axé sur les organisations de terrain et les autorités et a pour objectif de dresser l'inventaire des connaissances relatives au lien entre la santé et l'habitat, identifier les manquements et proposer des solutions novatrices. Ce rapport peut être consulté à l'adresse http://www.arphs.govt.nz/publications/HealthyHousing/Healthy_Housing.asp.

Le *Seattle-King County Health Homes Project*, du Department Public Health, Seattle and King County. L'objectif de ce projet est de mettre en place un service intégré destiné à améliorer la qualité du milieu intérieur pour les enfants souffrant d'asthme des classes socio-économiques inférieures. Ce projet est basé sur une approche intégrée permettant d'éviter le contact des asthmatiques avec les facteurs déclenchants de leur maladie. Au hasard, 274 enfants souffrant d'asthme ont été sélectionnés dans les classes socio-économiques les plus basses (âge 4-12). Ce projet a permis d'enregistrer une diminution des symptômes asthmatiques des enfants, ainsi que d'améliorer les services proposés dans ce domaine et leur utilisation.

Healthy Homes Initiative (USA). En 1999, le Department of Housing and Urban Development, Washington a décidé de lancer un projet baptisé 'Initiative d'habitat sain' destiné à protéger les enfants contre les problèmes de logement responsables de nombreuses maladies et blessures. Cette initiative a commencé par une action en matière de prévention de l'intoxication par le plomb. Elle a également participé à des activités organisées par les communes et les villes pour coordonner les actions menées sur ce thème. Son programme prévoyait également une formation destinée aux professionnels et lorsque ces opérations ont été menées à bon terme dans une ville ou une commune, des progrès ont été enregistrés au niveau des services d'aide proposés dans le cadre de l'intoxication au plomb des enfants.

Le *Philadelphia Lead Abatement Strike Team*, Philadelphia Department of Public Health, USA. Le programme LAST a été développé en 2002 pour mieux structurer les activités

organisées avec des enfants ayant des taux de plomb élevés dans le sang. Au cours de ses deux premières années d'existence, ce projet a mis en route 834 nouveaux dossiers. Ces dossiers ont représenté un budget de 1,5 million de dollars en incentives. Un tribunal spécial a également été mis en place pour intenter des actions contre les propriétaires de logements en infraction aux lois relatives à la prévention des intoxications par le plomb.

Development National Healthy Homes Training Center and Network, installé en Colombie, USA, forme et informe les professionnels des secteurs de l'environnement, des soins de santé et du logement dans la discipline de 'l'Habitat sain'. En 2005, le NCHH a formé près de 200 assistants sociaux. Une présentation vidéo de 'l'habitat sain' a été notamment réalisée dans ce cadre et un Healthy Homes Clearinghouse a été mis en place qui dispense des informations on-line. En 2006, une formation on-line a également été mise au point.

Praktische handleiding bij het Binnenhuisbesluit (MMK Vlaanderen). Ce guide fournit des explications sur les problèmes de santé liés au logement (cf. le Milieu intérieur) pour lesquelles vous pouvez vous adresser aux experts en santé environnementale (MMK) ou auprès de l'Inspection flamande de la santé (ToVo). Cet arrêté soutient les professionnels du secteur de la santé, du bien-être et du logement pour leur permettre de traiter plus adéquatement les problèmes de santé liés à l'habitat.

Website NIGZ Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen.(Pays-bas) Le projet SLAG s'occupe, depuis sa mise en place en 2001, du soutien des professionnels locaux de la santé, notamment au niveau de l'approche locale des discriminations en matière de santé. Les programmes d'information traditionnels n'ont jamais réussi jusqu'à ce jour à éliminer les discriminations en matière de santé. Ce projet inscrit ses interventions dans une 'approche communautaire', et accorde une place centrale à une approche locale, axée sur le quartier et intersectorielle. La promotion locale de la santé en général s'est en effet avérée plus efficace que les programmes de promotion de la santé nationaux et c'est pourquoi, depuis 2004, l'ensemble du NIGZ opère de manière 'locale'.

Website Kenniscentrum Grote Steden (Pays-bas). Ce site web présente deux caractéristiques importantes. La première est qu'il permet à ses utilisateurs de demander des conseils à une équipe d'experts qui leur répondent dans les 48 heures. Sa deuxième caractéristique importante est que ce site web contient également une base de données de 'knowledge management': tous les instruments possibles et imaginables, bonnes pratiques et recherches relatives à la politique des grandes villes s'y trouvent. Le Kenniscentrum Grote Steden possède, outre ce site web, également 10 autres sites web qui ont été réalisés dans le cadre de l'European Urban Knowledge Network.

Habitools (Belgique). Il s'agit d'un répertoire qui regroupe 107 instruments liés à la formation dans le domaine du logement. Il s'agit d'une collaboration entre 28 organisations du secteur du logement. On y trouve entre autres les instruments qui contribuent à la diffusion de la connaissance des thèmes relatifs au logement. Ces instruments peuvent offrir une aide précieuse dans la mise à l'agenda des problèmes liés au logement (cf. vidéos, brochures, etc.)
<http://www.habitools.org/>

L'Observatoire bruxellois du bien-être et du social. (Belgique) Cet institut scientifique public s'est spécialisé dans la recherche des liens entre l'enquête de santé de l'ISSP et de Censur (2001). Il effectue également des recherches sur les liens entre la profession de médecin et l'environnement.

3. Tables rondes

3.1 Objectif

L'objectif de cette partie de l'étude était d'évaluer l'avis des assistants sociaux sur le développement d'un instrument destiné à aborder de manière plus efficace les liens entre l'habitat et la santé. Dans ce qui suit, nous allons nous pencher sur les conditions essentielles et les barrières potentielles qu'ils ont identifiées.

3.2 Méthodologie

Pour cela, nous avons organisé **9 tables rondes**: 5 en néerlandais et 4 en français. Chaque table ronde a été précédée d'une séance plénière au cours de laquelle nous avons présenté le projet et l'objectif des tables rondes. A la fin une séance plénière avec les résultats. Les tables rondes ont été dirigées par un modérateur qui a dirigé l'entretien sur la base d'une liste de sujets (voir annexe 4). Nous avons essayé d'amener les participants à activement contribuer aux discussions sur les problèmes et à faire d'éventuelles propositions sur le thème de la Santé et l'Habitat dans leurs secteurs respectifs. En ce qui concerne les entretiens en néerlandais, les modérateurs ont été le Dr Marc Cosyns (Ugent), le Dr Veerle Piessens (Ugent), M. Tomas Mainil (Ugent), Mme Leen De Roo (Ugent) et Mme Leen Gyssels (WGC Brugse Poort). En ce qui concerne les entretiens menés en français, les modérateurs ont été Guy Lebeer (ULB), Pascale Jonckheer (ULB), Catherine Bouland (IBGE) et Sabine Amato (Cellule Politique des grandes villes).

Les participants potentiels ont été sélectionnés en concertation avec la Cellule Politique des grandes villes: 24 participants provenaient du secteur du logement, 29 du secteur des soins de santé et 31 du secteur du bien-être. Tous ont reçu une invitation par e-mail et cette invitation leur a été rappelée par téléphone une semaine avant les entretiens. Finalement, le 23 mai, 49 d'entre eux ont participé aux entretiens en néerlandais et le 30 mai, 35 d'entre eux ont participé aux entretiens en français. Tous les participants ont signé un formulaire de consentement éclairé à la participation à l'étude. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de matériel audio et ensuite dactylographiés. Les transcriptions ont été analysées manuellement par un des chercheurs (T M).

3.3 Résultats

Nous rapportons ici les résultats de ces tables rondes en fonction des thèmes repris sur la liste des thèmes utilisés. Dans une première partie (3.3), nous allons reprendre les éléments sur lesquels les entretiens en néerlandais et les entretiens en français ont débouché sur un consensus. Dans une deuxième partie (3.4), nous allons nous pencher sur les éléments sur lesquels les participants francophones et néerlandophones avaient des opinions divergentes.

Détection

On peut dire que les problèmes de santé et d'habitat sont détectés par les services de différents secteurs.

La police (cf. ville de Gand) mène une **politique claire de dépistage** des logements insalubres:

'Le service de quartier est un organisme de coordination de plusieurs commissariats de la région de Gand, dans le cadre duquel 300 agents de police environ visitent les logements afin de résoudre les problèmes liés à la santé et au logement.'

Cependant, même la police ne peut pas toujours établir le lien entre la santé et l'habitat. Ce n'est pas toujours évident:

'Un policier n'est pas toujours capable d'établir un lien entre l'état d'un logement, la situation sociale et la santé de l'occupant.'

Dans le secteur du logement, les participants expliquent que le **code du logement** s'est déjà penché sur le problème des logements insalubres et que des critères d'insalubrité ont été définis.

'D'une part, il faut donc définir des critères minimaux de salubrité. Il y en a 9 en région wallonne. Il faut aussi prévoir de mettre en place une procédure qui permette précisément d'aller vérifier ou d'aller constater les manquements en termes de salubrité.'

Du côté des soins de santé aussi, le **contact avec le client** a toujours été très important. Dans ce secteur, la détection est quasi toujours évident. Les participants aux entretiens ont cependant déclaré qu'en tant que professionnels, cette détection ne s'inscrit pas toujours dans la perspective souhaitée:

'Ils ont toujours fait beaucoup de détection et examine systématiquement dans ce cadre l'état de santé du client mais certaines personnes sont capables d'observer des choses mais pas de les replacer dans leur contexte.'

Dans la prise en charge des problèmes en matière d'habitat et de santé, l'accent est mis sur **le rôle des autorités**:

'Mais les systèmes de détection seuls ne suffisent pas ; il faut des solutions et l'élaboration de ces solutions représente un véritable défi pour les autorités.'

Le **moment de la détection** n'est pas toujours non plus opportun. Il s'agit d'un point d'attention très important. Réagir au bon moment permet d'arriver à de meilleurs résultats:

'Ce qui est dommage dans cette affaire, c'est que l'agent de quartier se déplace quand la personne a déjà déménagé et qu'en cas de fuite par exemple, c'est le locataire ou le propriétaire suivant qui est dupe de l'affaire parce que pour louer, le propriétaire doit alors d'abord demander une autorisation, faire procéder à un contrôle et obtenir l'approbation des autorités. Aujourd'hui, on travaille à l'envers.'

Les organisations de Maldeghem et de Gand parlent déjà d'un **formulaire d'enregistrement** utilisé dans la détection. Il s'agit d'une forme de procédure qui pourrait, par exemple, être uniformisée à l'avenir.

'A Gand, l'agent de quartier reçoit une liste des choses à 'parcourir et vérifier'; lorsqu'un des points repris sur sa liste est présent, ce fait est transmis au service.'

'Je devais sensibiliser les infirmiers, j'ai donc élaboré une check-list sur laquelle je leur demandais de vérifier le confort général, les sanitaires, la présence d'eau courante, la salle de bain, le fait que la salle de bain soit utilisée ou non, la présence d'un coin à dormir utilisé, une aération suffisante, la présence d'une cuisine et les critères de sécurité minimum.'

On constate aussi que le secteur du logement a déjà développé des **normes** et des procédures pour lutter contre les problèmes liés à l'habitat:

'Nous procédons à des enquêtes de qualité de l'habitat. Trois équipes sont confrontées aux problèmes de logement. 1. des techniciens, qui réalisent une inspection du logement, 2. des collaborateurs qui vérifient les installations au niveau des intoxications au CO, 3. des accompagnateurs en logement, des travailleurs sociaux qui accompagnent les personnes en vue de leur permettre d'améliorer leur logement. Ces personnes sont en contact avec le

secteur du bien-être. Quand les personnes visées sous les points 2. et 3. détectent un problème, celles reprises sous le point 1. se mettent en action.'

Ceci, contrairement à ce qui est le cas dans d'autres secteurs (secteurs des Soins de santé et du Bien-être), ils n'ont pas toujours la possibilité d'inspecter un logement et d'établir le lien entre l'habitat et la santé:

'Je pense qu'en ce qui concerne les systèmes de détection des services sociaux des CPAS, il existe peu de choses. L'enquête sociale détermine si une personne a droit ou non au revenu d'intégration mais l'assistant social ne peut pas faire le 'tour de la maison'.'

Certaines organisations ont conscience de problèmes mais ne peuvent pas consacrer toute leur énergie aux problèmes liés à l'Habitat et à la Santé. Ces problèmes font partie de l'ensemble de leurs tâches mais ne constituent **pas** une **priorité**.

'Et au niveau de l'ONE, il y a des visites à domicile qui sont faites par les travailleurs médico-sociaux, mais ils ont, je dirais, pas de façon spécifique au niveau mandat de détecter les problèmes uniquement liés à l'environnement.'

La sensibilisation ne doit pas être axée uniquement sur les professionnels. **Les occupants** aussi doivent être sensibilisés à ces problèmes: le problème concerne donc aussi bien le côté offre que le côté demande:

'En fait, il faudrait y faire quelque chose: mais comment peut-on convaincre les gens d'y changer quelque chose?'

Enfin, nous ferons encore référence à Bruxelles: à Bruxelles, '**la Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure**', mieux connue sous le nom d'**'Ambulances Vertes'** est très active. A la demande d'un médecin, cette cellule envoie une équipe complète pour examiner les logements suspects. Ce système est très efficace. Plusieurs points négatifs ont cependant été relevés: ces interventions ne sont effectuées qu'à la demande d'un médecin et ce système est très cher. Le médecin doit d'abord détecter la situation suspecte et **'Ambulances vertes'** effectue une détection secondaire. Parfois, c'est **le citoyen lui-même** qui incite le médecin à demander une intervention:

'Nous avons la situation inverse : des patients qui sollicitent de leur médecin traitant pour demander une intervention de notre part, de manière à ce qui ait un rapport qui permette d'établir une toxicité ou un lien.'

Nous pouvons dire que dans les secteurs du Logement, des Soins de santé et du Bien-être, on détecte. Cependant, cette détection se fait dans le contexte spécifique de chaque secteur. Une **interaction entre ces différents secteurs** au niveau de la détection de problèmes de santé liés à l'habitat constituerait déjà un premier progrès. Dans le secteur du logement, le logement insalubre bénéficie d'une **place de choix à l'agenda**. Les codes du logement structurés déjà existants en témoignent. Enfin, le citoyen, en tant que partenaire de cette détection, ne doit certainement pas être oublié.

Rapportage

Les professionnels travaillent toujours dans leur propre '**core-business**'. Tout ce qui dépasse leur sphère leur demande un apport d'énergie supplémentaire:

'Les personnes qui effectuent les visites à domicile: que viennent-elles y faire, elles ont un core-business, ce qui est le plus important et pour cette raison, les arrangements protocolaires doivent donc être limités à l'enregistrement d'une information de base et la responsabilité de ce qui en découle réside au niveau des autorités responsables de cet enregistrement. Si l'administration n'en fait rien, il ne se passe rien. C'est pourquoi il faut donc faire des rapports.'

Plusieurs points de vue ont été émis à ce niveau. Certaines organisations font des rapports et disposent de **protocoles** d'action prédéfinis.

'Il y a un protocole, une procédure à suivre pour la détection des problèmes? Oui, sur le plomb, l'ambiance, l'humidité, les murs, recherche des moisissures, recherche des acariens.'

'Dans ces cas-là, lorsqu'on identifie les polluants, un rapport est établi et envoyé au médecin. Donc c'est une demande du médecin, les résultats ne sont renvoyés qu'au médecin, mais on peut discuter avec le patient et voir si lui veut qu'on transmette le dossier à la société de logement ou à d'autres services particuliers.'

Il ne s'agit toutefois pas d'une tendance générale. De nombreuses organisations font preuve de **peu de structure** à ce niveau. Le caractère **informel** dans ce domaine a une fois de plus été soulevé.

'Il n'y a pas de protocole !'

Même si certaines organisations déclarent qu'elles procèdent à un rapport dans le cadre d'un **processus en chaîne** des assistants sociaux et des intervenants en matière de soins :

'Et là, c'est à l'inspecteur de quartier qu'il revient de dresser une petite liste des manquements, c'est tout à fait logique et cela permet de faire aboutir le formulaire auprès d'un autre partenaire qui, à sa manière, constitue un autre maillon de la chaîne qui se met en branle, le CPAS fonctionne aussi de la sorte.'

Autrement dit, ce processus en chaîne doit être le plus court possible pour permettre aux citoyens de bénéficier d'une aide adéquate et rapide.

Le rapportage dépend de la détection. Si au moment de la détection, un **formulaire d'enregistrement** ou une check-list sont remplis, cette étape constitue la première étape du rapportage. Il faut cependant concéder qu'il n'est pas toujours facile pour les organisations d'effectuer ce type d'enregistrement et de rapportage: elles doivent en effet avant tout effectuer leurs tâches principales. Nous ajouterons encore que les **protocoles et les structures** de rapportage en matière de problèmes d'habitat et de santé peuvent en tout cas être élaborés. Dans certaines organisations spécialisées, ils existent déjà. Ces instruments peuvent contribuer à se faire une meilleure idée des problèmes.

Renvoi

En Flandre, on renvoie ! C'est ainsi, par exemple, que les **experts en médecine environnementale** sont déjà les garants de la mise en place d'un système de déclaration et de renvoi.

'En fait, les assistants sociaux prennent d'abord contact avec l'expert en santé environnementale et nous prenons ensuite contact avec l'Inspection de la santé.'

Le paragraphe suivant fait référence à l'éventail des tâches des experts en santé environnementale pour lesquels les choses ne sont pas toujours faciles et une fois de plus, leurs activités sont influencées par le rôle qu'y joue l'occupant:

'Nous sommes consultés par les CPAS, les communes, les infirmiers pour dispenser des avis. Nous faisons dans ce cadre une distinction entre les logements salubres et les logements pollués; des logements parfaitement en ordre mais, qui par le comportement de leurs occupants sont sales, aux logements pollués: s'ils ne gênent personne, qu'ils vivent ainsi, mais dans le cas des logements insalubres, nous donnons des avis, mais il s'agit souvent dans ce cas de conflits locatifs ou de locataires qui veulent ainsi obtenir un nouveau logement social ou encore de personnes qui ont besoin de soins de santé mentale, en cas de contexte social et lorsqu'il s'agit de ce qu'on considère comme un cas social, nous impliquons l'assistant social du CPAS, mais les choses restent difficiles.'

Pour renvoyer les dossiers les organisations **ont besoin d'une bonne connaissance du terrain**. C'est sur le terrain qu'on apprend vers qui renvoyer qui et quoi. Les **réseaux** sont donc extrêmement importants.

Un grand nombre de professionnels estiment pourtant qu'ils **ne savent toujours pas vers qui renvoyer certaines personnes dans certains cas**.

'Chaque jour, je me dis mais à qui dois-je m'adresser.'

'Le problème est que les gens ne savent à qui ils doivent s'adresser et souvent nous ne le savons pas non plus.'

'Je pense que tout est tellement dispatché que, qui a réellement un contact avec la fondation contre le cancer ? Qui a un contact avec le Fonds des Affections Respiratoires (FARES) ? Il n'y a personne. Ou la fondation contre les allergies ? Même s'ils font énormément de travail. On n'y va que quand on est concerné.'

'Et chacun travaille un peu dans son coin.'

'Il n'y a pas une procédure en disant « Ben voilà, il y a un problème qui est détecté, faites ceci, faites cela, renvoyez vers tel organisme de façon systématique.'

'En tant qu'assistant social, on peut aussi se trouver dans une situation difficile due aux différentes pistes que l'on suit.'

Dans le secteur du logement, on travaille avec un **système de renvoi** auquel a souscrit toute une série d'organisations. Bien sûr, ce système ne fonctionne pas encore pour l'instant au niveau des relations entre l'habitat et la santé. Certains déclarent même que très **peu d'organisations de la santé sont impliquées dans ce schéma de fonctionnement**, ce qui peut être considéré comme un point négatif:

'Nous disposons d'un système d'abonnements collectifs auprès d'organisations et les organisations membres peuvent renvoyer les personnes disposant d'une lettre de renvoi. Pour la Flandre orientale, le nombre de ces organisations se monte à 160-180, parmi lesquelles des CPAS, des écoles, des syndicats, des services du logement. Les organisations relatives à la santé y sont très peu représentées: à Gand, par exemple, à part un petit nombre d'hôpitaux, le réseau est très peu développé. Il s'agit d'un système basé sur des lettres de renvoi, les personnes renvoyées sont affiliées gratuitement si l'organisation a payé pour la lettre de renvoi et l'organisation reçoit un feed-back de l'avis émis. Un problème rencontré: les personnes de l'organisation peuvent prendre contact avec la personne qui nous a demandé un avis, mais ceci, uniquement en cas de

litige locatif, d'un conflit avec un locataire, de procédures administratives, ou d'une déclaration d'insalubrité.'

Enfin, nous avons également fait une série de propositions relatives à un **système de renvoi**. Ces propositions concernent plus particulièrement la mise en place d'une structure et d'une certaine standardisation.

'Dans le système de centralisation tu peux mettre aussi quelle était la personne de référence dans le domaine social ou santé, quelle est la dernière personne de référence à être intervenu dans le dossier.'

'Par contre, il paraîtrait beaucoup plus intéressant qu'il y ait des voies de connexion beaucoup plus standardisées, formalisées, entre professionnels médico-sociaux et ces administrations.'

Il est clair qu'en Flandre (en ce qui concerne la Wallonie et Bruxelles, voir plus loin, il existe des **possibilités de renvoi** (cf. les experts en santé environnementale). Toutefois, toutes les organisations ne savent pas s'en servir. On note un manque d'information et de sensibilisation. Les organisations telles qu'Ambulances Vertes (CRIPI/SAMI) et les experts en médecine environnementale ne sont pas suffisamment connues en tant qu'organisations pour mettre un système de renvoi efficace. Un des points d'attention de l'instrument à développer devrait en tout cas certainement être une stratégie de renvoi et d'information.

Enregistrement

En ce qui concerne l'enregistrement, **les avis sont partagés**. Certains indiquent qu'une forme d'enregistrement peut contribuer à une meilleure prise de conscience des problèmes relatifs à la santé et l'habitat:

'Les chiffres vont bien sûr nous aider à forcer les choses'.

'On devrait pouvoir réveiller les gens'.

'Je pense qu'il faudrait mettre en place une sorte d'information qui augmenterait la pression pour que des mesures structurelles soient prises.'

'Si tous les rapports étaient centralisés, on y aurait forcément accès.'

'C'est la standardisation, donc de passer par un organisme ou un instrument qui centraliserait toutes les données en matière de logement et qui permettrait plutôt que de

donner une réponse individuelle, de pouvoir peut-être donner des réponses plus structurelles aux problèmes.'

D'autre part, on note également des sentiments mitigés sur une **forme d'enregistrement**. La question de savoir si cet enregistrement doit être uniforme y joue un rôle. On note à ce niveau une certaine **réticence** de la part des professionnels.

'Il faut néanmoins rester attentif en cas d'enregistrement: un agent de police ou une mutuelle représente deux core-business tout à fait différentes. Est-ce que tout le monde doit réellement utiliser le même document d'enregistrement? Je n'en suis pas du tout certain. Moi, cela me fait un peu peur.'

'Tout le monde va vous dire: nous sommes partisans de la mise en place d'un enregistrement commun et les autorités n'ont qu'à le prévoir et ensuite, on verra bien ce qu'il en advient, mais moi, cela me fait peur. Je suis très certainement pour, mais je demande aussi une certaine prudence et une recherche sérieuse avant de dire qu'il s'agit bien là de la voie à prendre. Tous les acteurs doivent en outre y être impliqués. Etant donné les nombreux angles d'incidence que couvre cet aspect, je ne suis pas convaincu de l'utilité d'un système uniforme.'

Enfin, certaines organisations effectuent déjà une certaine forme d'enregistrement. Elles sont cependant rares. De plus, elles ne travaillent pas toujours au niveau de la santé et de l'habitat.

'En Flandre orientale (syndicat des locataires), nous travaillons avec un formulaire d'enregistrement uniforme, qui reprend des données à caractère personnel, des données sur les plaintes et des avis, mais rien sur la santé. Cet aspect n'est pas enregistré, par contre, ceux qui remplissent le formulaire peuvent en parler spontanément.'

'Au centre de développement durable, nous possédons un instrument destiné aux décideurs politiques et à la politique: le moniteur urbain.'

'Je sais que dans certains CPAS, à Liège, notamment, il existe un genre de fichier interne pour les logements problématiques.'

'Chez nous (soins à domicile), nous disposons d'une possibilité d'enregistrement dans la perspective du travailleur, qui sert à déterminer le prix du service des soins familiaux.'

Un point important dans ce cadre est qu'il y a aussi bien **des partisans que des opposants** à la mise en place d'un système d'enregistrement. Le sujet de cet enregistrement est donc crucial. Lorsque des enregistrements existent déjà, ils ne sont pas axés sur le lien entre la santé et l'habitat. L'**enregistrement** pourrait par exemple être **centralisé**. Outre des informations et un

système de renvoi, l'enregistrement pourrait également faire partie de l'instrument à développer.

Collaboration et information

La **collaboration** est considérée comme un moyen d'augmenter l'efficacité. Toutes sortes d'exemples ont donc été donnés.

'Un formulaire de ce type aboutit chez un autre partenaire qui, à sa manière, commence à former une chaîne, le CPAS fonctionne ainsi avec une série de partenaires.'

'A partir du moment où des choses complexes de ce type doivent être abordées, une concertation au niveau de l'équipe doit être organisée.'

Ensuite, on constate également une série de possibilités d'améliorer la collaboration.

'Il faut tout simplement penser à la diffusion de l'information et à donner plus de possibilités aux personnes qui s'en occupent déjà.'

'Une première étape pourrait être de faire participer les responsables du logement aux initiatives de collaboration en matière de soins à domicile (SIT) et de leur faire une place structurelle.'

Enfin, une série de **problèmes** ont également été évoqués:

'Je suis tout à fait partisan des réseaux, mais ils sont liés à d'importants problèmes: comment les associations sont-elles financées, parce qu'une partie des subsides en dépend et de ce fait, les organisations ont très peur de se tirer dans les pieds car dans ce cas, cela revient à s'approprier les subventions des autres, ce qui est un point important pour la taille du réseau.'

'La politique sociale locale, c'est un problème important considéré au niveau global flamand et ceci même au point que toutes les procédures sont les mêmes car il est extrêmement difficile, en tant que grand service, d'utiliser d'autres procédures et d'autres scénarios selon les services. La politique est donc d'être proche de l'individu mais de respecter certaines normes et certains arrangements fixés dans les décrets, c'est-à-dire au niveau supra-local.'

'Il n'y a pas de collaboration entre les communes? Non, les moyens de tous sont limités.'

Il peut aussi y avoir un manque d'information. Cela peut être le cas des **professionnels**, tout comme des **clients/patients**.

'Il y a surtout un problème de disponibilité de l'information.'

'Je ne sais pas moi, des conflits de voisins, il y a des services de médiation aussi, c'est vraiment essayer d'ouvrir et de renseigner le plus possible les gens sur le réseau énorme d'intervenants qui ne se connaissent pas. C'est vraiment essayer de pouvoir donner une information.'

Certaines organisations proposent cependant des informations. Une forme de diffusion appropriée de cette information est la réalisation d'une **brochure**.

'Ce que nous allons faire aussi, on va plancher sur une espèce de brochure santé mentale/logement qui pourra être distribuée je dirais, au niveau des CPAS, au niveau de toutes sortes d'intervenants.'

La manière dont les acteurs (cf. organisations et autorités) sont organisés rend parfois une **collaboration gratuite** ou une diffusion d'information totalement transparente **impossible**. On est pourtant prêt à prendre des mesures, c'est du moins ce qui ressort des entretiens menés. La collaboration peut déboucher sur une **approche intégrale, transdisciplinaire**, dans laquelle tous les partenaires contribuent au traitement de la situation du client/patient. Dans le domaine des soins de santé, on peut par exemple citer l'exemple du '**Ketenzorg**' (Sluijs, 1999). Toute question impliquant un lien entre la santé et l'habitat implique au moins trois secteurs: le secteur du Bien-être, le secteur des Soins de santé et le secteur du Logement. Ce problème exige donc, et c'est compréhensible, une approche transdisciplinaire. Une information mutuelle constitue dès lors une condition prioritaire à toute forme de collaboration dans ce domaine et un des objectifs potentiels de l'instrument à développer.

Guichet de contact

De nombreux professionnels se demandent à quoi doit ressembler un guichet de ce type. Certains éprouvent des problèmes avec la notion centrale de guichet, et plus spécifiquement sa fonction de lieu de 'déclaration des problèmes'. Car le fait de déclarer un problème ne signifie pas pour autant qu'il est résolu:

'Le problème est que quand on dispose d'un guichet central, on le connaît, c'est sûr. Mais il faut aussi qu'il serve à quelque chose. Qui va donc s'assurer que les déclarations feront l'objet d'un suivi adéquat. Le problème est plus complexe que le problème de logement considéré seul et on constate aussi que dans les quartiers défavorisés, les problèmes de bruit, d'odeurs et de circulation sont de 20% en moyenne plus graves qu'ailleurs. Tout cela peut mener à des maladies, à l'aggravation des maladies psychologiques, etc. Ce

problème est donc complexe et ne peut pas se limiter à la seule détection de quelques maisons insalubres sur lesquelles agir.'

Le secteur du Logement est également confronté à un manque de moyens. La **situation des logements sociaux** est de notoriété publique. Une autre organisation a formulé ce point comme suit:

'A quoi servirait un guichet central? Le fait de rassembler des données n'aide pas les gens. Si on veut que les choses aillent plus loin, il faudra mettre en place un service sérieux capable de répondre à leurs besoins et de proposer des solutions. Mais le prix de ces solutions constituera de toute évidence un problème. Une possibilité consiste à prévoir d'autres logements dans lesquels les reloger.'

D'autres participants aux tables rondes ont mentionné qu'ils considéraient ce guichet central non pas comme un centre de résolution des problèmes, mais plutôt comme un **centre d'information** auprès duquel obtenir des informations professionnelles. Un centre de ce type ne peut toutefois pas proposer de véritables solutions.

'Mais si aucune solution structurelle n'est trouvée pour ce guichet, il pourrait s'agir plutôt d'un point d'information auquel les gens savent qu'ils peuvent s'adresser, mais pas seulement pour déclarer les choses, il s'agirait d'une sorte de guichet électronique pour les gens du secteur du bien-être et du logement.'

'Il faudrait un organisme qui reçoive les appels 24H/24 ou au moins durant les heures de travail. Je ne sais pas, un numéro vert où on peut déjà dire « voila, il y a un problème, que fait-on ? Qui appeler ? qui est-ce qu'on sait atteindre ?'

Dans une des tables rondes, les participants ont très bien résumé les choses. Pour eux, un guichet doit présenter les caractéristiques suivantes:

'Une administration pas trop grande, qui peut assurer un suivi rapide, clairement accessible et axé sur la résolution des problèmes, à vocation opérationnelle plutôt que statistique, ancrée dans les services existants, sauf si un niveau unique est investi de toutes les compétences.'

Un participant a fait remarquer que la centralisation implique un danger en termes d'**accessibilité**:

'Pourquoi centraliser ? La centralisation ça a des dangers qui éloignent de la proximité.'

Les participants ont également estimé que la centralisation pouvait donner lieu à des ralentissements dans l'apport de l'aide et des soins.

Les citoyens qui vivent actuellement dans un logement insalubre doivent pouvoir être aidés **rapidement et efficacement**.

'Il faut aussi penser à deux choses quand on parle de centrale, c'est que généralement quand les informations sont centralisées quelque part, ça met du temps. Et que les gens n'ont pas toujours le temps ou que si un dossier prend un an pour avoir une réponse...c'est un peu un grand souci.'

Uniquement déclarer les problèmes relatifs au lien entre la santé et l'habitat n'a aucun sens dans les secteurs des Soins de santé, du Logement et du Bien-être. Ces secteurs sont plutôt à la recherche de **solutions réelles**. Un guichet central ne doit donc pas compter sur leur approbation. Ces secteurs visent plutôt le niveau **régional**. Un guichet investi d'une **fonction de plaque tournante**, qui permette de rassembler tous les partenaires et de réagir dans un esprit de résolution des problèmes, des éléments importants dont il faut tenir compte. Il faut cependant se garder de solutions centrales. Un instrument pratique proactif semblerait plus opportun.

Acteurs

Les **CPAS** ont leurs propres méthodes. Plusieurs professionnels peuvent, dans le cadre de leur passage chez les clients/patients, noter leurs observations dans un **carnet**. Celui-ci est ensuite utilisé pour réfléchir aux diverses situations.

'On est en train de mettre au point pour toutes les personnes fragilisées, donc c'est-à-dire dès qu'il y a plusieurs intervenants dans le carnet de liaison. Et je pense que là c'est un outil extrêmement précieux où tout le monde, tous les intervenants, peut s'exprimer, ça ne coûte pas très cher, c'est laissé au domicile de la personne.'

Comme on l'a déjà dit, la **police locale** représente également un acteur important au niveau des problèmes liant habitat et/ou santé. Ils sont en contact direct avec les citoyens et leur logement. A Gand, cette situation débouche sur un service de quartier spécialisé:

'Il s'agit en fait d'une organisation de coordination de différents commissariats de la région de Gand, dans le cadre de laquelle 300 policiers visitent les logements afin d'y détecter les problèmes en matière de santé et tout ce qui est lié à l'habitat.'

Les **soins de santé à domicile** se rendent également beaucoup à domicile. Outre les soignants, deux autres types de professionnels y sont également impliqués:

‘Nous avons, d'une part, un groupe de travailleurs sociaux qui se rendent à domicile le plus souvent à la demande directement du citoyen, parfois en vue d'un accompagnement, parfois en vue de dispenser des informations et des conseils.’

‘Un deuxième groupe est celui de ce qu'on appelle nos indicateurs mais qui sont également orientés vers les personnes qui résident à domicile, qui doivent constater des besoins en soins et qui exercent une certaine fonction de signal vis-à-vis de l'autre groupe: il ne suffit pas de constater une indication.’

Les **experts en médecine environnementale** se situent à un autre niveau. Ils font déjà office de sorte de guichet – lié aux LOGOS – pour de nombreuses organisations professionnelles. Ils sont les professionnels par excellence des liens entre la Santé et l'Habitat.

‘Du fait que nous nous occupons précisément des liens entre l'environnement et la santé (...), nous voulons essayer d'informer toutes les autres instances qu'il s'agit d'un lien important. En Flandre, nous sommes 14 et nous avons reçu pour mission de travailler le plus localement possible.’

Mais d'autres professionnels sont également confrontés aux liens entre la santé et l'habitat. C'est ainsi que les **architectes** qui conçoivent un logement sont incontestablement confrontés à l'état de santé de ses occupants. Une habitation mal installée ou mal conçue peut par exemple provoquer l'apparition de champignons:

‘A titre d'exemple, prenons les intoxications au CO: actuellement, nous demandons aux logements sociaux de prévoir l'installation des bulex dans un espace fermé de sorte que l'air soit aspiré de l'extérieur et renvoyé vers l'extérieur sans nécessiter la combustion de l'air à l'intérieur. Dans ce cas, l'oxygène vient de l'extérieur.’

‘Les champignons constituent un problème pratiquement proportionnel au prix du combustible et dans de nombreux cas la légèreté de la construction entraîne la présence de ponts froids sous la forme des poutres de béton contre la façade.’

L'entretien des appareils électroménagers doit donc être surveillé en permanence. La question reste cependant à cet égard de savoir qui est responsable de ce contrôle.

Bien évidemment, le **secteur du logement** constitue un acteur important aussi dans le cadre de ce problème. Et il faut dire que ce secteur agit de manière très **systématique**. Une équipe multidisciplinaire est responsable notamment du bon suivi des problèmes de logement liés à l'habitat:

‘Nous étudions la qualité de l’habitat, trois équipes peuvent être confrontées à des problèmes de logement: 1. les collaborateurs du service technique qui font de la recherche, 2. les collaborateurs qui vérifient les installations dans le cadre de la prévention des intoxications par le CO, et enfin 3. les accompagnateurs en logement des travailleurs sociaux et les personnes chargées d’accompagner les citoyens vers un logement plus décent. Toutes ces personnes sont également en contact avec le secteur du bien-être. Quand 2 et 3 détectent, 1 doit être impliqué pour agir.’

Enfin, il y a aussi les organisations actives dont le principal but n'est pas celui des visites à domicile. Les participants ont par exemple donné l'exemple des personnes chargées de **conseiller** ou de **faire de la recherche** dans le domaine de la santé et de l'habitat. Un exemple: l'Institut bruxellois de gestion de l'environnement (IBGE). A un autre niveau politique, on peut aussi citer le Vlaams Instituut voor Bio-Ecologisch Wonen (VIBE).

‘Nous ne faisons pas de visites à domicile, mais nous émettons néanmoins des conseils en matière de construction et de rénovation ; nous étudions les problèmes d’humidité et de champignons ; nous allons également mettre en place un service de mesure du CO2, etc. Nous faisons donc croisade avec ceux qui nous le demandent.’

‘Nous effectuons aussi pour l’instant une étude pour l’IBGE. Lorsque les occupants ne disposent pas de système de ventilation, comment peuvent-ils aérer (microventilation)? Nous sommes actuellement à la recherche d’un consensus en matière de conseils d’experts.’

Il est clair que de nombreuses organisations **de différents secteurs** (Soins de santé, Bien-être, Logement, etc.) opèrent sur le terrain des liens entre la Santé et l'Habitat. Ces organisations se rendent toutes compte des liens qui existent entre ces deux domaines. Une **collaboration plus intensive** entre ces organisations constitue donc une option. La collaboration et la transdisciplinarité sont des wagons qu'il nous faut accrocher au train du développement d'un instrument utile dans ce domaine.

Formation

Avant tout, dans ces entretiens, l'accent a été mis sur un autre type de formation. Les formations concernées ne sont donc pas les formations de base ni les formations continues. Il s'agit d'un **processus de sensibilisation permanent** des décideurs politiques, des citoyens et des professionnels.

‘C’est de regarder vers des acteurs collectifs comme ça. Parce qu’ils ont un effet d’entraînement. Il y a un effet d’entraînement, il y a un effet dans l’éducation sanitaire pour ceux qui connaissent, ce qu’on appelle l’information par les pairs. L’effet

d'entraînement, ça existe dans l'éducation pour la santé. (...) Moi je trouve que ça vaut la peine de faire les choses avec les gens. Et d'essayer de susciter comme ça des actions collectives politiques locales.'

Dans les formations, il n'y a pas beaucoup de latitude pour un propre 'module' relatif au lien sur la santé et l'habitat:

'A la Karel de Grote Hogeschool qui forme des assistants sociaux, la filière socio-économique n'aborde pas ce point dans le programme 'politique du logement'.'

'A l'Université d'Anvers, il n'y a pas de cours obligatoire à ce niveau.'

'Ce point ne figure même pas au programme de la formation des architectes qui ne sont formés que pour faire de beaux bâtiments.'

'Chez nous, les infirmiers non plus et nous devons pourtant pouvoir remarquer ce genre de problème et lorsqu'il y a un lien entre les problèmes de santé et l'état de salubrité d'un logement, nous devrions aussi pouvoir nous en rendre compte et le déclarer à qui de droit.'

Du côté de la formation continue, les initiatives sont plus nombreuses. Cela ne veut cependant pas encore dire qu'il existe des initiatives se concentrant uniquement sur les liens entre les problèmes de santé et l'habitat.

'Nous avons organisé une formation sur le logement que nous avons proposée à tous les 'consultants CPAS', c'est-à-dire à 280 personnes (5 après-midi), ainsi qu'aux personnes actives dans les services et les sociétés de logement. Ces formations concernent tous les aspects du logement et nous sommes également disposés à les donner au secteur des activités à domicile.'

'Oui, chez nous, on donne des formations, par exemple il y a eu une campagne sur le CO à laquelle tous les travailleurs de notre secteur des soins ont été impliqués, par exemple par le biais du Fonds flamand des handicapés qui fait une campagne sur la prévention des chutes. Les formations destinées aux infirmiers sur l'hygiène: pour les soignants, accent sur l'hygiène et cours de rattrapage.'

Enfin, les participants ont également discuté de l'attention accordée à ce problème. Cette attention ne se traduit pas dans des formations à proprement parler, mais aussi dans **l'organisation de journées d'étude et de congrès.**

‘Chaque année, on fait des conférences sur la ventilation, sur les habitations, sur les problèmes d’humidité en général, sur les moisissures, sur et tout ça est abordé, tout ce qui est au niveau régional, en fait les 3 régions quasi je crois. C’est obligé que ça devienne obligatoire.’

De nombreux interlocuteurs ont mentionné qu'une **formation complémentaire** sur les liens entre la santé et l'habitat constitue très certainement une **nécessité**. Cette formation pourrait plus facilement être organisée par le biais de la formation continue, cf. ‘on the job training’. Les liens entre la Santé et l'Habitat sont toutefois fondamentaux et devraient également être abordés dans les formations de base. Les formations de base des infirmiers, des médecins, des travailleurs sociaux, des architectes, ..., devraient en tout cas les intégrer dans leur programme. Ces formations devraient très certainement en tout cas inciter à un processus de sensibilisation permanent.

Points noirs

Quels sont les problèmes rencontrés dans la pratique en ce qui concerne les liens entre l'habitat et la santé? A quels problèmes les professionnels de la santé concernés se heurtent-ils? Voici quelques exemples issus des tables rondes.

Un premier point noir important: l'**aspect financier**. Lorsque le propriétaire, après rénovation, augmente le loyer, certains locataires ne sont plus à même de le payer. Plusieurs interlocuteurs ont signalé ce problème. Que faire de mesures lorsque le problème est structurel? Il faut en outre également tenir compte d'une pénurie en logements sociaux.

‘C’est-à-dire tant qu’on n’a pas réglé le problème de déficit du logement, il restera toujours des gens à dire « je préfère payer 400€ dans cette turne, cet appartement-là qui ne présente pas toutes les conditions qu’il faut, que d’être incapable de payer 500€ en étant mis à la porte », et ça même les intervenants sociaux le comprennent et ont du mal à signaler l’insalubrité.’

‘Mais je crois que le frein principal, c’est un frein monétaire, enfin financier, ça me paraît tout à fait évident. Parce que, que vous soyez infirmières, assistants sociaux, médecins, est-ce que vous allez dénoncer une situation où les gens vont se retrouver à la porte et n’auront pas d’autre logement.’

Certains interlocuteurs ont répété qu'il s'agissait de **problèmes structurels**. Les **propriétaires** des logements y sont pour quelque chose. Et à cela s'ajoute encore la loi du marché. Certains locataires ne peuvent tout simplement plus suivre.

'Parce qu'aujourd'hui, les propriétaires sont obligés de rénover leur logement, ils en augmentent automatiquement les prix. De ce fait, toute une série de personnes du bas de l'échelle sociale ne sont plus à même de payer les loyers demandés.'

Cette situation est provoquée non seulement par les propriétaires, mais également par les **locataires**. Ils vivent dans certaines conditions. Les changements apportés au niveau du logement pour des raisons de santé ont toujours des conséquences.

'Le fait que nous devons toujours obtenir le consentement et la collaboration des personnes qui habitent dans des logements précaires. Pouvez-vous également agir à ce niveau? Car certains disent qu'ils ne veulent tout simplement pas reconnaître les choses parce qu'ils ont peur de leurs conséquences. Car déclarer, c'est une chose, mais qu'advient-il de cette déclaration par la suite? Je pense que ce comportement est surtout dû à la peur des conséquences.'

Cette situation a un impact au niveau politique. On parle toujours de deux compétences, les **compétences flamandes et les compétences fédérales**:

'C'est aussi un problème, le rapport prix/qualité, l'un est fédéral, l'autre flamand. (...) Le fédéral est responsable du prix des loyers et le niveau flamand de la politique de qualité.'

De plus, tous les professionnels ne sont pas informés de la même manière. Il est donc important de rassembler les gens:

'Nous avons déjà mené des campagnes de sensibilisation dans le Brabant flamand dans le cadre desquelles nous avons rassemblé tout le monde autour d'une table, les pompiers, les CPAS, ..., tous ces gens ne savent souvent pas qu'il existe des normes auxquelles un logement doit satisfaire et n'ont pas connaissance qu'une série de choses ne fonctionnent pas.'

Le pouvoir du médecin en tant que travailleur de première ligne est également souvent mis en doute au niveau des liens entre la santé et l'habitat. Un médecin ne peut bien sûr très certainement pas inspecter tous les logements qu'il visite, et ceci d'autant plus **sur la courte durée d'une visite à domicile**. D'autres travailleurs de la première ligne sont bien sûr mieux placés que lui pour cela.

'Mais maintenant, au niveau de faisabilité, est-ce que le médecin traitant peut prendre le temps nécessaire pour faire un tour de la maison et voir un petit peu ce qui se passe dans la salle de bain, ou se qui se passe à la cave ou au grenier ?'

'Je crois qu'à ce moment-là, il faut peut-être plus prendre le temps et justement aller à un niveau en dessous, éduquer ces gens pour que la possibilité, je pense aux infirmières à domicile qui ont un contact beaucoup plus intense avec ce genre de patient.'

Enfin, 'Ambulance Verte' est également confrontée à des **problèmes**. Il existe ainsi plusieurs 'Ambulances Vertes' qui fonctionnent avec les moyens du bord et qui plus est des moyens différents.

'Ce serait déjà que toutes les ambulances vertes travaillent de la même façon. Ce qui n'est pas le cas ? Non. Et que ce soit standardisé. Et ce n'est pas envisageable non plus ? Pas pour le moment ? Non, pas pour le moment. Il y a un problème de coût. Ah, de coût ? Ah oui, parce que selon les provinces, elles sont plus ou moins riches et donc elles peuvent faire plus ou moins telles ou telles analyses ?'

Un dernier problème important est celui de l'**aspect éthique**. Pour l'organisation d'un guichet ou d'un instrument, cet aspect est également important. Jusqu'où peut-on aller en tant que professionnel ou organisation? Dans cette latitude, il faut aussi tenir compte des droits du citoyen:

'Il existe plusieurs groupes professionnels, mais ils sont également régis par des (différents) codes de déontologie. A cela s'ajoute encore le principe du consentement éclairé. Il faut en tenir compte aussi au niveau d'un guichet (cf. loi sur la protection de la vie privée, code de déontologie, consentement éclairé).'

Problèmes structurels sur le marché social et privé du logement: ils sont incontournableement liés aux liens entre la santé et l'habitat. La libération de moyens suffisants pour construire des logements sociaux constitue un facteur important dans ce cadre. De plus, les locataires et propriétaires de logements sont des acteurs très importants qu'on ne peut ignorer. Les locataires surtout éprouvent parfois de réelles difficultés dans leur situation à trouver des moyens financiers supplémentaires lorsqu'une rénovation est entreprise dans le logement qu'ils habitent qui entraîne une augmentation du loyer. En tant qu'organisation, il faut tenir compte de leur comportement et de leurs préoccupations. **Plusieurs niveaux politiques** et niveaux de compétence, cela on le sait depuis longtemps déjà. Il faut aussi intensifier l'information et la sensibilisation aussi bien au niveau des citoyens que des organisations professionnelles. Les 'Ambulances Vertes' sont une initiative de type novateur. Pourtant, même à leur niveau, des points négatifs ont été identifiés. Dans l'ensemble, les professionnels n'ont pas toujours le temps de percevoir les indications nécessaires dans le cadre de leurs visites à domicile. Enfin, il faudra également tenir compte, dans le développement d'un

instrument, de l' **'informed consent'**, de la loi sur la protection de la vie privée et des **codes de déontologie**.

Propositions

Certains interlocuteurs ont fait des propositions destinées à améliorer la prise en compte des liens entre la santé et l'habitat. Nous allons discuter de certaines de ces propositions. Un des points plus fréquemment soulevés que les autres pendant les entretiens a été **le moment du contrôle du logement**. Actuellement ce n'est pas le cas ou c'est le cas mais pas au moment opportun.

'Je parlais plutôt de sa proposition de ne pas prévoir l'inspection au moment où une maison va être louée. Dans ce cas, cette inspection pourrait être mise à charge du propriétaire.'

Des **critères minimums** devraient être imposés aux propriétaires de logements. Sinon, ils augmentent tout simplement leur prix après avoir réparé. C'est un point que la politique peut difficilement contrôler.

'Toute habitation doit satisfaire à des critères minimums. Sinon il y a risque: l'inspection dit que mon logement est salubre, je vais donc augmenter mon prix et ce n'est pas le but.'

Quelqu'un du secteur du logement nous a fait savoir qu'il existait déjà des exemples à l'étranger de ce que l'on appelle un **passport de l'énergie**. Les habitations doivent y satisfaire et lorsque ce n'est pas le cas, ces manquements entraînent des conséquences. Ne serait-il pas possible de faire la même chose pour les liens entre la santé et l'habitat?

'L'Europe s'y met aussi. Très bientôt, les habitations seront pourvues du label énergétique. Nous plaidons pour qu'un passeport bâtiment soit élaboré pour chaque bâtiment (cf. Autriche, Suisse), qui reprenne tous les aspects du bâtiment (santé, CO, énergie). Ce passeport de l'énergie aurait un impact financier sur le logement et dans le cas de la vente d'un logement en mauvais état, ce passeport permettrait d'avoir un impact sur le prix.'

De plus, à un niveau plus pratique, on peut aussi faire remplir un **questionnaire** sur leur état de santé aux derniers **occupants** d'un logement. Ce questionnaire pourrait déjà fournir une indication sur les liens entre la qualité et l'état du logement.

'Alors je me demandais aussi si quand un habitant quitte un logement, est-ce qu'il y a éventuellement une question, et là je touche le secret médical, mais il serait intéressant quand même de dire « est-ce qu'en quittant votre logement, est-ce qu'il y a eu des

problèmes répétitifs dans ce logement de certaines pathologies ? Est-ce que vos enfants ou vous-mêmes avez eu des problèmes de santé ?

Il n'est cependant pas toujours facile de venir contrôler les individus. Les occupants des logements sont très à cheval sur la protection de leur **vie privée**, un droit de base. Pour cela, ils doivent donc donner leur consentement et pour effectuer ce type d'enquête, il faut donc faire intervenir un certain type de professionnel:

'En fait, il faut disposer de personnes qui viennent dans le logement sans générer de pression extérieure.'

Souvent, quand un logement est déclaré insalubre, l'occupant ne peut plus y rester. Il doit donc chercher un autre endroit où se loger. Tout comme d'autres villes, la ville de Gand a prévu des **'logements d'urgence'** dans ces cas. Une solution temporaire mais efficace.

'Le CPAS de Gand possède 24 logements d'urgence qui appartiennent à la société de logement et à la ville. Nous sommes en train de négocier pour augmenter le nombre de ces logements d'urgence que la ville peut donner au CPAS.'

On est également habitué à un **travail plus en réseau** dans le traitement des problèmes liés à la santé et l'habitat.

'Par contre, il paraîtrait beaucoup plus intéressant qu'il y ait des voies de connexion beaucoup plus standardisées, formalisées, entre professionnels médico-sociaux et ces administrations.'

'Et la c'est bien de bénéficier de numéros ou de connaître suffisamment de réseaux pour dire, tiens voilà ce que vous pouvez faire'

La mise en place d'un réseau est envisagée, mais pas uniquement sur cette base. Il existe aussi déjà une initiative (déjà citée dans les tables rondes des Néerlandophones), **'Habitoools'**. Il s'agit de l'inventaire des organisations qui existent déjà et travaillent sur les liens entre la santé et l'habitat.

'Il y avait un colloque, le colloque de l'Habitoools la semaine dernière et la semaine d'avant, ce genre d'initiative de mettre les gens en réseau et de faire connaître ses complémentarités.'

Les participants sont également en faveur d'un élargissement des structures déjà existantes, notamment d'Ambulances Vertes. De l'avis des interlocuteurs, une **standardisation** plus poussée de cette initiative est cependant souhaitable.

'On a des ambulances vertes qui relèvent des données, elles font déjà des rapports extrêmement intéressants. Il faudrait pouvoir standardiser ça, probablement.'

Les problèmes relatifs aux liens entre la santé et l'habitat sont très complexes. Pour cette raison, des stratégies structurées et réfléchies sont nécessaires pour y réagir. Si l'objectif est de contrôler les logements par rapport à ces problèmes, il faut savoir qui envoyer pour effectuer ces contrôles. De plus, il faut aussi pouvoir proposer un certain suivi (cf. **logements d'urgence**). L'idée de récompenser ou de pénaliser financièrement les propriétaires (cf. **passport de l'énergie / passport bâtiment**) peut avoir un effet stimulant. Mais il faut aussi que cette stratégie soit reprise au niveau politique. On a déjà beaucoup parlé des '**Ambulances Vertes**', une structure qui devrait être à la fois élargie et affinée. Hélas, les '**Ambulances Vertes**' présentent aussi des **désavantages** et ils ont déjà été évoqués plus avant dans ce texte. La transdisciplinarité constitue une condition au développement d'un instrument de détection, de prévention et de gestion des problèmes de santé et de logement liés.

Médecine du logement

Les experts en médecine environnementale voient pour le **médecin** un rôle plus central. Le médecin pourrait en effet les soutenir.

'Le principe est qu'un médecin peut en effet se spécialiser. Par exemple lorsqu'un assistant social signale des problèmes dont il peut s'occuper. Cette fonction peut très certainement être étendue et peut également englober des mesures, etc. Aujourd'hui, nous sommes quatorze pour l'ensemble de la Flandre et en Flandre, il n'est pas possible d'impliquer les médecins généralistes dans les mesurages.'

Mais souvent la **spécialisation requise effraie**. Celle-ci devrait être concentrée auprès d'une seule et même personne.

'Ou bien le médecin spécialiste en médecine de l'habitat et de l'environnement va devenir un super médecin et tout le monde ira chez lui, ou bien ce qui risque plutôt de se passer, c'est qu'aucun praticien ne confiera un dossier à un concurrent potentiel.'

'Je vois mal ce qu'un super spécialiste pourra apporter de plus.'

Les experts en médecine environnementale pensent néanmoins que les médecins généralistes ont encore beaucoup à faire dans ce domaine. Ce groupe cible doit **être mieux sensibilisé encore aux** tâches découlant du lien entre la santé et l'habitat.

'Mais les médecins généralistes sont encore trop peu informés, trop peu sensibilisés et d'autres disciplines trop peu au courant. Et oui, je pense que la sensibilisation et l'information des médecins généralistes constituent un point très important.'

Des '**formations ad hoc**' sont également organisées – dans les Groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM) pour les médecins.

*'Est-ce que ça ne peut pas passer par les formations par les SSMG ?
Si, ça paraît clairement plus efficace.'*

Une nouvelle médecine du logement est-elle nécessaire sous la forme d'une nouvelle structure? Peu de participants aux tables rondes se sont sentis interpellés par ce besoin. Ils semblent préférer opter pour **l'intégration et la participation du médecin** dans les structures existantes. En ce qui concerne les problèmes sur les liens entre la santé et l'habitat, le médecin (généraliste) peut très certainement être investi d'une tâche et d'une responsabilité importantes. Le médecin (généraliste) doit donc être intégré dans l'instrument à développer. Il s'agit là d'un plaidoyer pour une collaboration plus poussée entre les secteurs.

Inspection du logement

Les professionnels qui ont participé à nos tables rondes sont impliqués dans la pratique quotidienne des Soins de santé, du Bien-être ou du Logement. Leur première préoccupation est le client/patient. Ce point ressort aussi clairement de leur attitude vis-à-vis de l'inspection du logement:

'Qui en est dupe, l'occupant, car quand un logement est déclaré insalubre, qu'advient-il de lui? (...).'

'Car souvent le problème est que les gens ne peuvent pas se permettre un logement plus adapté et pour le prix qu'ils peuvent donner, ils ne peuvent pas trouver mieux. Tout se résume à cela en fait. Les assistants sociaux ont souvent effectivement une bonne vision du fait qu'un logement n'est pas ce qu'il devrait être mais quelles possibilités ont-ils au-delà de cette constatation?'

D'autres se demandent **qui** doit faire partie de cette inspection des logements. Plusieurs niveaux existent.

'Il y a une différence entre l'évaluation des occupants, des professionnels et des experts. De quoi se compose donc l'évaluation du logement? Une évaluation des occupants, une évaluation des assistants sociaux et encore une fois, une évaluation d'experts. Quel est le but précis de cette inspection des logements. Les objectifs diffèrent en fonction des trois niveaux d'évaluation impliqués!'

Le problème réside entre autres aussi au niveau du **propriétaire** du logement qui est libre d'agir en fonction de son droit de propriété.

'Si on est propriétaire de son logement, on en fait ce qu'on veut. Donc si la personne n'est pas demandeuse...'

Il faudrait en outre décider quels professionnels doivent faire partie de l'inspection (avec chacun leurs propres **codes d'éthique et de déontologie**). A un niveau agrégé, le **syndicat des propriétaires** endosse également un rôle très important. Ce syndicat est contre toute forme de contrôle. Une inspection automobile, ce n'est pas du tout la même chose qu'une inspection du logement, c'est du moins ce qui ressort de l'extrait suivant:

'Mais c'est un marché et je crois qu'il y a une différence entre voiture et logement c'est parce que la voiture c'est un bien de consommation dont on est propriétaire sans aucun problème. Par contre le logement est un enjeu économique lié au système, un rapport propriétaire/ locataire où le possédant dans notre société sera toujours le dominant. Et donc je crois que là, c'est là que se trouve le grand frein, c'est que au niveau du syndicat des propriétaires et de certains partis politiques qu'on arrivera difficilement à obtenir des contrôles visites de logements.'

Enfin, les participants ont également signalé que mettre en place une inspection du logement, selon le principe de l'inspection automobile, revient à **créer une nouvelle structure**. Et cette nouvelle structure se heurte à une certaine réticence de la part des professionnels:

'Je pense que ce type d'inspection est une idée nouvelle et est à créer. On dispose actuellement de suffisamment de travailleurs sur le terrain. Il faut penser à la diffusion de l'information, à augmenter les effectifs déjà disponibles et à élargir l'éventail des possibilités.'

Bref, l'idée d'une nouvelle inspection du logement dotée de compétences importantes tombe **mal à propos**. On se trouve en effet dans une situation de **pénurie structurelle** tant en moyens qu'en possibilités des professionnels pour aider les clients/patients. Notre avis est que les autorités devraient plutôt intensifier leur soutien aux services existants.

3.4 Aspects dans lesquels les répondants néerlandophones et francophones ont émis des avis différents

Nous allons maintenant aborder les accents et les caractéristiques typiquement francophones et néerlandophones. En marge, nous signalerons également leurs points de convergence.

Détection

Les répondants aussi bien francophones que néerlandophones rapportent et détectent. Au niveau de la Santé et de l'Habitant, la Flandre dispose de la fonction d'**experts en médecine environnementale**. Ces experts font office de guichet ouvert aux professionnels et sont actifs au niveau des LOGOS.

A Bruxelles et en Wallonie, cette initiative est assurée par '**Ambulances Vertes**'. Les collaborateurs de cette initiative détectent les problèmes de santé liés à la qualité du logement. Toutefois, tout comme les experts en médecine environnementale, les travailleurs d'**Ambulance Verte** n'interviennent que dans une région donnée. Ils sont le résultat d'une approche politique locale.

Dans l'ensemble, la détection n'est pas toujours orientée sur les liens entre la santé et l'habitat et reste parfois limité au propre secteur d'activité.

Rapportage

Il est ressorti des tables rondes néerlandophones une **attitude plus critique vis-à-vis du rapportage**. A qui faut-il rapporter? Cette personne ou instance assure-t-elle un réel suivi de ces rapports? Des doutes ont été émis sur ce point. Les tables rondes ne peuvent cependant pas être considérées comme un échantillon représentatif à ce niveau. Nous ne pouvons donc pas généraliser.

Dans les tables rondes francophones, les participants se sont montrés **plus positifs** par rapport à ce point. Ils ont indiqué que des rapports sont déjà effectués (cf. le rapportage d'Ambulance

Verte au médecin généraliste). Les participants de ces tables rondes en ont également souligné la nécessité dans les entretiens.

Renvoi

Aussi bien les tables rondes francophones que néerlandophones ont mis en exergue qu'on ne sait pas vers qui renvoyer. Personne ne semble vraiment au courant de ce qui existe sur ce terrain de travail très différencié. En Flandre, il existe la possibilité de renvoyer vers les experts en médecine environnementale. Mais ceux-ci ne sont pas connus de tous.

Enregistrement

Certains interlocuteurs sont convaincus que l'enregistrement peut être utile aussi bien au niveau de l'élaboration que de l'adaptation de la politique. Actuellement, il n'y a pas d'exemples concrets d'enregistrement en ce qui concerne les liens entre l'habitat et la santé. Dans une certaine mesure, mais limitée, un enregistrement existe mais uniquement en ce qui concerne la santé, uniquement en ce qui concerne l'habitat ou encore uniquement en ce qui concerne le bien-être (cf. Pratique quotidienne, chapitre 1). Actuellement, l'**enregistrement** reste donc très **sectoriel**. Par ailleurs, tout le monde n'est pas convaincu de son utilité, ce qui empêche certains collaborateurs d'aider activement. On trouve des partisans et des opposants à cet enregistrement aussi bien dans les entretiens néerlandophones que francophones.

Coopération et information

La coopération est utile mais également liée à certains risques. Les organisations et assistants sociaux concurrents se heurtent quoi qu'il en soit à des **limites au niveau de cette collaboration**. Pourtant, ils y sont ouverts. Pour permettre cette collaboration, l'information et la sensibilisation de tous les acteurs constituent une condition sine qua non. Une intensification de cette collaboration entre les secteurs impliqués peut en effet mener à de meilleurs résultats. Dans les groupes francophones, les participants ont plus plaidé pour la collaboration.

Guichet

Dans les tables rondes néerlandophones, les participants se sont montrés beaucoup plus critiques vis-à-vis d'un guichet dont la seule fonction serait le signalement et l'inventarisation des problèmes. Pour eux, ce guichet doit être un instrument axé sur la **résolution des problèmes** et son orientation doit être régionale / locale.

Pendant les tables rondes francophones, les participants sont restés nuancés et ont laissé le choix entre un **instrument politique** (central et collecte de données) et un **instrument pratique** (aide décentralisée et proactive).

Acteurs

Divers acteurs (cf. les collaborateurs du bien-être et de la santé) s'impliquent chaque jour pour leurs patients/clients dans les secteurs du Bien-être, de la Santé et du Logement. Ce qui nous intéresse cependant, c'est une aide typiquement régionale.

En Flandre, on trouve des experts en médecine environnementale, un niveau qui n'est pas perçu en Wallonie et à Bruxelles. Il y a aussi le **service de police de Gand** actif dans le domaine des 'habitations insalubres'. Le **VIBE** (Vlaams Instituut voor Bio-Ecologisch Bouwen) sensibilise le secteur de la construction aux liens entre la santé et l'habitat.

Du côté wallon l'accent est surtout mis sur l'attention limitée accordée à ces aspects dans le **secteur de la construction**.

A Bruxelles, l'**IBGE** (Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement) est actif dans ce domaine et participe au débat sur l'environnement et la santé.

Formation

La Santé et l'Habitat et les liens qui unissent ces deux secteurs constituent un domaine très important. Il existe encore peu de formations spécifiques dans ce domaine, et ceci aussi bien au niveau des formations de recyclage qu'au niveau des formations de base. Une **initiative éducative est nécessaire** au niveau de cette problématique. Des élans ont déjà été donnés en matière de sensibilisation aux liens entre la Santé et l'Habitat par la mise sur pied de campagnes et l'organisation de journées d'étude. L'action dans ce domaine ne doit pas rester limitée à ces seules initiatives. L'intégration de ce thème dans les formations peut augmenter la sensibilisation tant des professionnels que des citoyens.

Problèmes

Les participants néerlandophones ont surtout insisté sur les nombreux problèmes et ralentissements provoqués par le fait que le Logement, la Santé et le Bien-être ressortissent à **la compétence de différents niveaux politiques et ministères**.

Dans le développement d'un instrument, il faut accorder une attention particulière à la protection de la **vie privée**. Les participants ont également fait référence dans ce cadre aux **codes de déontologie** des différents intervenants dans l'aide: le code de déontologie par exemple d'un médecin généraliste permet-il qu'il transmette les informations perçues à un guichet de ce type?

Les participants francophones ont mis en doute le fait que le **médecin (généraliste)** soit l'intervenant le plus adapté pour détecter et signaler les problèmes en matière de logement ou les problèmes de santé liés à la qualité de l'habitat. Au cours des entretiens, l'accent a été mis sur la contribution que pourrait par exemple apporter dans ce cadre l'intervention des infirmiers ou travailleurs sociaux. Dans les entretiens néerlandophones, les participants se sont montrés plus ouverts au rôle du médecin généraliste, en plus de celui des autres intervenants.

Dans l'ensemble, il a été fait référence aux problèmes structurels spécifiques au marché du logement. Avant tout, **les logements sociaux ne sont pas en nombre suffisant**. De plus, ces problèmes sont synonymes d'**implications financières** tant pour les locataires que pour les propriétaires, notamment lorsqu'il y a rénovation du logement. Ce problème est rencontré aussi bien en Flandre qu'à Bruxelles ou en Wallonie.

Propositions

Selon les participants aux tables rondes, il faudrait, outre le développement d'un instrument, également entreprendre d'**autres mesures et d'autres actions**. Ces mesures reflètent les problèmes auxquels sont confrontées chaque jour les organisations.

C'est ainsi que les participants néerlandophones ont cité trois éléments importants.

Avant tout, ils ont fait remarquer que les **logements** devraient être contrôlés avant que les nouveaux locataires ou propriétaires y entrent. Aujourd'hui, l'agent passe pour constater un nouveau logement / lieu de séjour. A l'avenir, les choses pourraient être modifiées à ce niveau. Il faut seulement tenir compte des droits de base du propriétaire.

Ensuite, une autre solution a également été avancée. Lorsque les citoyens doivent quitter leur logement (rénovation / déclaration d'insalubrité), il faut disposer de **logements d'urgence**. Ces logements pourraient être proposés par les villes, les CPAS ou les sociétés de logement et pourraient constituer une solution temporaire. La ville de Gand, entre autres, dispose de 24 logements d'urgence de ce type. Dans les villes très certainement en tout cas, ce genre de solution devrait être envisagé.

Enfin, à l'étranger (cf. Allemagne / Autriche), on utilise déjà un **système de labels pour les bâtiments** qui satisfont à certaines exigences. La politique européenne envisage par ailleurs le développement d'un passeport de l'énergie pour les bâtiments (Communauté européenne, 1998-2002). Introduire un label de qualité pour les logements permet de récompenser ou de punir. Des 'incentives' peuvent également être prévus pour les logements qui obtiennent le

label. Nous pensons dans ce cadre à un système de tarifs préférentiels au niveau du revenu cadastral. Les logements qui n'obtiennent pas ce label pourraient être pénalisés.

Les répondants francophones ont proposé de faire remplir aux locataires ou propriétaires qui quittent un logement un **questionnaire** relatif à la santé. Ce formulaire permettrait ensuite de se faire une idée de l'état du logement (cf. la santé des enfants).

Enfin, en Wallonie et à Bruxelles, '**Ambulance Verte**' a également été considérée comme une solution possible. Le système spécifique d'«Ambulance Verte» pourrait être uniformisé et standardisé. Si c'est le cas, il faudra cependant tenir compte des manquements actuels du système.

La **mise en réseau** (cf. transdisciplinarité) a également été citée comme solution possible au traitement des problèmes de santé liés à l'habitat. Dans ce domaine, des améliorations sont très certainement encore possibles entre les secteurs du Bien-être, de la Santé et du Logement.

Quand on pense en '**maillons**', la mise en réseau prend toute son importance. Chaque intervenant en matière d'aide devient alors un maillon dans l'aide fournie au client. Une question importante qu'il convient de se poser dans ce cas est la suivante: "quelle action prévoyons-nous d'entreprendre lorsque l'un ou l'autre assistant social détecte un problème au niveau du logement ou un problème de santé lié au logement? Et comment peut-on soutenir le développement d'un nouvel instrument dans cette procédure / succession d'étapes?"

Un assistant social ne pourra jamais signaler quoi que ce soit sans l'autorisation de l'occupant du logement, même si ses intentions sont les meilleures du monde (= chercher une solution). Soit son code de déontologie l'en empêchera, soit il s'agira d'une violation de la vie privée. En d'autres termes, un simple guichet ne peut en aucun cas constituer une option réaliste. Un tel guichet n'a de raison d'être que s'il peut être synonyme d'une plus-value au niveau de la proposition de solutions à ces problèmes. Cette plus-value en matière de solution n'est possible que si l'efficacité des processus existants de renvoi et de collaboration entre les services est renforcée.

Médecine du logement

Une médecine du logement signifierait que les médecins respectifs se mettraient à mesurer **l'influence spécifique des facteurs liés au logement sur la santé**. Ces médecins peuvent être impliqués lorsque d'autres intervenants en matière d'aide signalent que des facteurs liés au logement influencent la santé de leur client.

Cette proposition **n'a pas été soutenue dans le cadre des tables rondes**. Les participants se sont par contre déclarés en faveur d'une sensibilisation et d'un élargissement des tâches du

médecin (généraliste). Par ailleurs, une collaboration plus poussée entre les partenaires existants pourrait également permettre d'augmenter les solutions disponibles. Les entretiens ne sont toutefois pas tout à fait représentatifs et nous ne pouvons donc pas généraliser.

Inspection du logement

A ce niveau, l'idée serait de créer une inspection du genre de l'inspection automobile dotée de **compétences explicites en matière d'Habitat et de Santé**.

Cette proposition n'a pas non plus été soutenue. Une fois encore, nous ne pouvons pas généraliser. Personne n'a trouvé que l'idée de développement d'une inspection du logement dotée de plus de compétences au niveau de la santé et de l'habitat était une bonne idée. Les participants ont plutôt plaidé pour un **soutien plus important** des services qui existent déjà. L'Inspection du logement, qui travaille sur la base du code du logement, en représente un bel exemple.

Enfin, du côté wallon, des critiques ont également été émises sur les différentes '**Ambulances Vertes**'. Le travail de ces Ambulances vertes n'est actuellement pas encore **uniformisé**, notamment en raison de différences au niveau des moyens financiers disponibles.

3.5 Conclusions des tables rondes

Nous pouvons dire que la Flandre, la Wallonie et Bruxelles ont chacune leurs **propres accents politiques** en matière de liens entre la santé et l'habitat. Des exemples de ces spécificités sont entre autres les experts en médecine environnementale de Flandre et les Ambulances Vertes de Wallonie et de Bruxelles.

La tendance générale qui s'est dégagée des entretiens est que beaucoup reste à faire et peut encore être fait en matière de **collaboration** entre les secteurs du Bien-être, de la Santé et du Logement. Actuellement, l'accent est plutôt mis sur chaque secteur spécifiquement. La Santé et l'Habitat sont néanmoins un domaine qui demande d'être abordé dans différentes perspectives.

Au cours des tables rondes, nous avons également voulu discuter de trois innovations possibles:

- un guichet ou instrument à développer;
- la mise en place d'une médecine du logement;
- la création d'une inspection du logement dotée de compétences spécifiques dans les matières liant santé et habitat.

L'avis des participants sur la **médecine du logement** et une **inspection du logement** poussée a été unanimement négatif. Les participants craignent la mise en place d'une énième nouvelle structure complexe.

Un **guichet ou instrument du même type** a rallié plus de suffrages. Aucun consensus n'a cependant été atteint sur la forme souhaitable de son organisation. Un point essentiel dans le développement de cet instrument est qu'il soit axé sur la pratique et la résolution des problèmes et ne soit pas limité à un simple signalement des problèmes. De plus, il est également ressorti clairement des entretiens que cet instrument / organe devra être investi d'une tâche claire en matière de sensibilisation et d'information des professionnels et des citoyens. Dans ce cadre, il a été fait référence aussi bien aux journées d'études qu'aux campagnes ou encore à des formations spécifiques sur la santé et l'habitat dans la formation de base et la formation continue.

Enfin, **l'approche des problèmes détectés** a montré qu'il existe des problèmes structurels évidents au niveau desquels la politique (en collaboration ou non avec la pratique) doit intervenir de manière fonctionnelle et réaliste (par exemple la pénurie de logements sociaux).

4. Scénarios

4.1 Objectif

Les scénarios poursuivent un double but: 1. proposer aux décideurs politiques des possibilités et des instruments pratiques concernant la Santé et l'Habitat 2. inciter les décideurs politiques à une réflexion critique sur la nature complexe des liens entre la Santé et l'Habitat.

4.2 Méthodologie

Sur la base d'une analyse de contenu des tables rondes, d'une revue de la littérature concernant les bonnes pratiques et d'un questionnaire sur la pratique quotidienne, les chercheurs ont élaboré cinq scénarios en interaction avec la commission d'accompagnement. Ensuite, les chercheurs ont fait le tour des experts et consulté 12 experts qu'ils ont interrogés sur la faisabilité, les effets et le contenu de ces scénarios. Les experts étaient issus de différents contextes et de différentes organisations. Les chercheurs ont été attentifs à tenir compte des différences régionales (VL/BR/WALL). Douze entretiens approfondis (en moyenne 1 heure) ont été organisés. Ces entretiens ont été transcrits et analysés. Toutes ces activités de recherche ont mené au développement d'un projet global 'Santé et Habitat'.

Ce projet propose une structure organisationnelle possible dans l'approche du thème des liens entre la santé et l'habitat. Avant tout, nous allons aborder la problématique des liens entre la santé et l'habitat dans les services proposés par des professionnels. Ensuite, nous résumerons les scénarios élaborés dans ce domaine dans une factsheet. Nous nous pencherons ensuite en détail sur chacun des scénarios et nous présenterons le rapport du panel d'experts. Enfin, nous proposerons un cadre conceptuel destiné à permettre l'élaboration de recommandations politiques.

4.3 Résultats

Problématique

Vous voyez le trajet d'un problème Santé et Logement. Le structure perçipié peut intervenir à chaque niveau. Les scenarios sont des solutions possibles pour cette situation problematique:

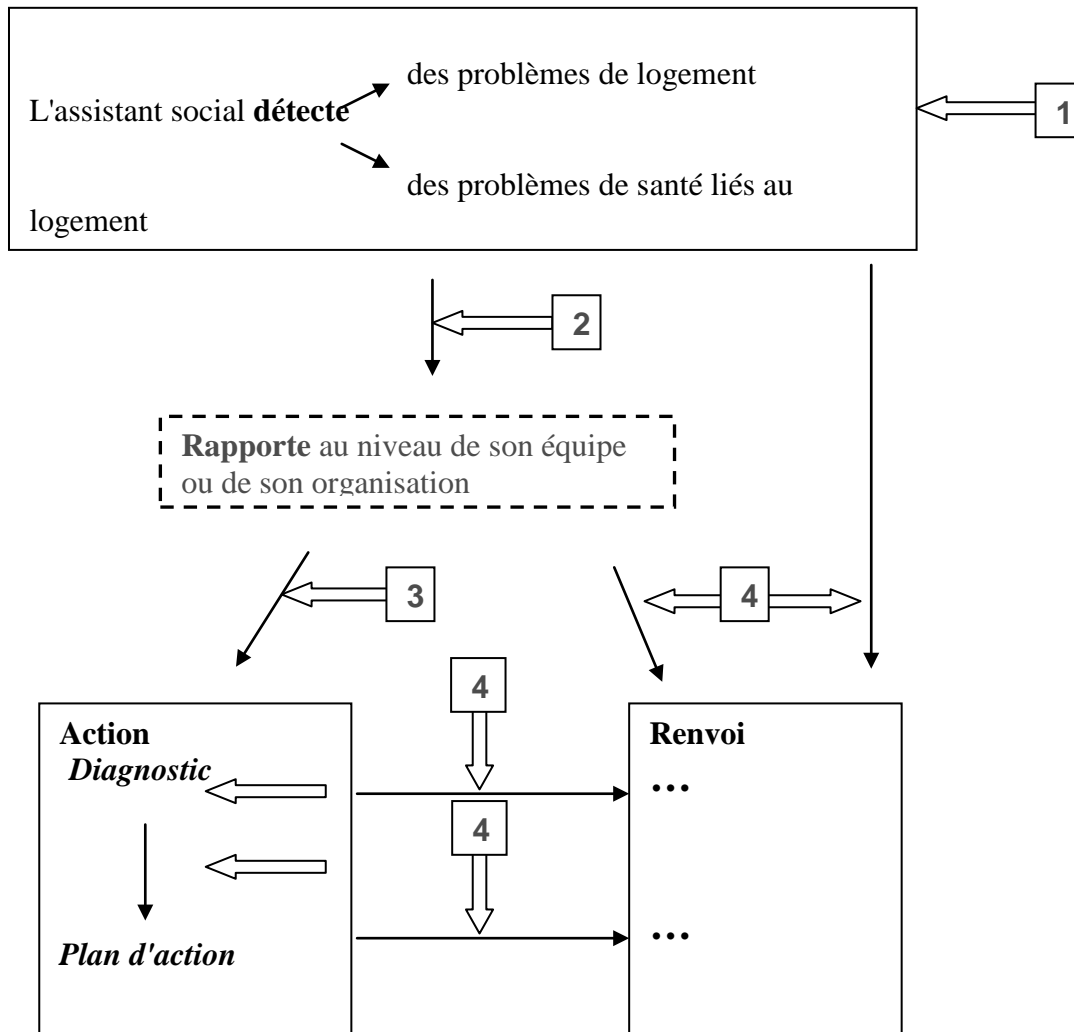


Figure 4 – Scénarios relatif aux problèmes

Détection (1)

Problèmes

- Attitude de l'assistant social / employeur en ce qui concerne la détection.
- Connaissance insuffisante des assistants sociaux pour leur permettre de détecter les problèmes liés à l'habitat et/ou à la santé.

Contribution potentielle de la structure

- Au niveau des assistants sociaux: sensibiliser aux problèmes santé-habitat.
- Au niveau employeurs: stimuler l'intégration de la détection dans la description des tâches de tous les prestataires de services.
- Communication d'informations sur la détection des problèmes liant habitat et santé.

De la détection au rapportage (2)

Problèmes

- Attitude de l'assistant social: "je ne peux quand même rien y changer".
- Un assistant social ne peut pas signaler de problème sans l'accord de l'occupant (protection de la vie privée) ou pense être freiné à ce niveau par son code de déontologie.
- Autres facteurs limitants?

Contribution potentielle de la structure

- Sensibiliser les assistants sociaux.
- Dresser l'inventaire des différents codes de déontologie et codes d'éthique.
- Etude des autres facteurs limitants au niveau du renvoi des problèmes et de leur approche systématique.

Du rapportage à l'action (3)

Problèmes

- Information insuffisante sur les différents services existants.
- Connaissance technique insuffisante.
- Besoin de soutien pendant le processus.

Contribution potentielle de la structure

- Inventarisation et mise à disposition des données concernant les services existants.
- Inventarisation et mise à disposition d'informations techniques + guichet pour les questions techniques.
- Soutien des initiatives prises.
- Voir aussi: www.slag.nu/ // www.nigz.nl/SCAN/ // www.hetkenniscentrum.nl

Du rapportage au renvoi (4)

Problème

- Information insuffisante sur les différents services existants vers lesquels les problèmes peuvent être relayés.
- Contribution potentielle de la structure

Inventarisation et mise à disposition des données sur les services existants.

A la base de toutes ces données nous avons travaillé sur 5 scénarios à propos de ces problématiques.

Factsheet des scénarios

Type Modèle/ Profil	1 Site web 'Santé et Habitat'	2 Enseignement 'Santé et Habitat'	3 Structure MMK/CRIP/ SAMI	4 Structure CPAS / Logement	5 Coordinateurs 'Santé- Habitat'
Contenu en bref	Site web santé et habitat interactif	Intégrer des modules dans les curriculums de l'enseignement spécialisé existants	Elargissement des tâches des MMK/CRIP/ SAMI, adjonction de personnel sociomédical	L'expertise est déjà partiellement disponible mais peut encore être étendue dans les villes Extension et/ou poursuite du développement de l'éventail des tâches	Création d'une nouvelle fonction au niveau des villes (Coordination, C des grandes villes) qui s'occupe des liens entre la Santé et l'Habitat
Objectif	Diffuser des informations et dispenser des avis aux professionnels (initialement aux professionnels)	Sensibiliser et soutenir les Keynote profes- sionnels	Le renforcement de ces services permettra d'obtenir de meilleurs résultats en ce qui concerne la Santé et l'Habitat	Par le biais d'un consultant en Habitat et Santé auprès de la cellule CPAS ou Logement pour établir directement le lien entre l'habitat et la santé	Les coordinateurs doivent être des facilitateurs d'un 'habitat sain', mettre 'l'habitat sain' à l'agenda
Avantages	Avis personnalisé à bas seuil Faible coût (?)	Investissement à long terme Facile à modifier	Ces structures son déjà actives dans le domaine de la Santé et l'Habitat	Fonctionnement intégral poussé possible Portée totale	Attention pour 'l'habitat sain' garantie
Limitations	Accès nécessaire à Internet Pas facile de dépasser la fonction d'information Les conseils sont chers	Cet enseignement contribue-t-il à améliorer l'assistance sociale? Le nombre de professionnels atteints est limité Matière flamande	Différentes régions = différentes structures et différentes compétences	Sa mise en place est synonyme de lourds investissements (dans un environnement hiérarchique??)	Une fois encore le niveau politique Comment les intégrer au niveau de l'administration?
Conséquence sur le mode de fonctionnement normal	Les organisations existantes recourent très peu au service de soutien	Les professionnels ont libre choix de participer ou non à cette offre	Une expertise et un impact plus développés signifient plus d'action au niveau du citoyen Plus de résultats au niveau des citoyens et des professionnels	Par la définition de nouveaux points d'attention pour les CPAS et/ou services de logement des villes	Les acteurs existantes doivent être attentifs au nouveau politique
Caractéristiques	Informatique Conseils actifs (fonction 48)	Acquisition de connaissances à utiliser plus tard	Elargissement du personnel Elargissement des	Extension du personnel Extension des	Les coordinateurs des zones urbaines Avec direction

	heures) Banque de documents: rassemblement de toutes les connaissances en matière de 'Santé et Habitat'	dans la pratique	compétences	compétences	centrale à partir de la C des grandes villes
Groupes cibles	Professionnels des secteurs du Logement, de la Santé et du secteur social	Les professionnels avec un accent sur les professionnels de la Santé et de l'Habitat (Consultants en logement)	Organisation Experts en médecine environnementale Ambulances Vertes et groupes cibles existants	Les CPAS et services de logement et leur clientèle	Professionnels et responsables politiques en matière de Logement, Santé et Secteur social
Coordination	Cellule politique des grandes villes (autorités fédérales)	Via l'administration compétente des autorités flamandes	TOVO (au niveau flamand) Institut bruxellois de gestion de l'environnement (Bruxelles) Communauté française + cabinets compétents	Coordination par le VVSG (association des villes et des communes de Flandre) et la Cellule Politique des grandes villes	Cellule Politique des grandes villes
Planification dans le temps	Moyen terme (développement du site web, recrutement du personnel) ++	Pour l'ajout de modules de cours, les cours et les professeurs doivent être organisés Plutôt à court terme ++	Demande un important investissement en temps, notamment en raison des différences entre les régions et les structures, interventions fédérales dans les matières communautaires Plus long terme ++++	Demande également un investissement en temps plus long ++++	Demande un investissement en temps légèrement plus long +++
Enregistrement*	Demandes d'avis nature, nombre et résultats Visiteurs du site web	Audit possible au niveau des participants aux cours en plus d'une mesure des résultats à plus long terme	Par Ambulances vertes et les MMK directement pour permettre un audit de leur fonctionnement	Directement via les CPAS et les services de logement	Via la Cellule Politique des grandes villes
Vie privée**	Cas demandes d'avis et anonymisation	Pas d'application	Les organisations en tiennent déjà compte	Déjà présente actuellement	Pas d'application
Aspect financier	Développement et entretien du site web Coût du personnel permanent (conseils actifs) €€	Faible coût par rapport aux autres solutions €	Coût élevé €€€€	Coût élevé €€€€	Coût relativement élevé €€€

Conclusion	Intervention relativement simple au niveau de l'offre pour le terrain	Scénario mais portée limitée	La restructuration des zones urbaines peut favoriser le fonctionnement intégré en matière de santé et d'habitat, mais des investissements lourds sont nécessaires aussi bien en temps qu'en moyens	Renforcer les services urbains déjà existants qui possèdent une expérience au niveau des liens entre l'habitat et le bien-être	Permettre une sensibilisation et mise à l'agenda politique. Approche par projet
-------------------	--	-------------------------------------	---	---	--

+ => ++++ = degré d'investissement en temps Scénario 1-2-3-4-5 => des explications supplémentaires suivent sur les pages suivantes * Enregistrement des données afin de permettre l'élaboration de recommandations politiques et la réalisation d'audits ** La vie privée des clients/patients doit être garantie à tout moment dans le cadre des services proposés

Tableau 3 – Scénarios 1 de la Factsheet 1

Contenu des scénarios

Scénario 1: Développement d'un site web accessible aux professionnels, offrant la possibilité d'obtenir un avis personnalisé (en tant qu'"outil" des autres)

Caractéristiques

Site web offrant la possibilité de demander et d'obtenir un avis personnalisé.

Les éléments suivants peuvent y être repris

***Agenda:** annonce des activités concernant la santé et l'habitat: congrès, journées d'étude, formations, ...*

***Nouveautés:** les faits importants sont régulièrement mis à jour, cette rubrique est liée à l'Agenda'*

***Avis:** frequently-asked-questions et "normes", complétées d'une fonction d'avis on-line (permanence).*

***Contact:** coordonnées des organisations ou établissements susceptibles de donner des avis experts ou à partir desquels un renvoi est possible.*

***Projets:** annonce des projets et initiatives mis sur pied dans le domaine des liens entre la santé et l'habitat.*

***Documents:** documents de travail mis à la disposition des assistants sociaux sur le site web.*

***Publications:** sources pratiques (projets pratiques et études de cas) et théoriques (projets d'études).*

***Liens:** renvoi vers les établissements tant au niveau local que national ou international.*

Objectif

- fonction d'information et fonction d'avis
- dans une moindre mesure: fonction de sensibilisation.

Groupes cibles

- Professionnels (Logement, Soins de santé et Bien-être). Si on veut également atteindre les citoyens, il faudra utiliser un style de communication et un langage plus accessibles.

Coordination

Coordinateur général de l'équipe des conseillers + le webmaster.

Planification dans le temps

Mise en place possible à moyen terme (1 an).

Communication et RP

Il est logique que le site web soit avant tout annoncé aux organisations participantes et leurs collaborateurs doivent être sensibilisés par le biais d'une éventuelle campagne ou formation sur le fonctionnement du site web.

Enregistrement

Les demandes d'avis introduites via le site web doivent être enregistrées, du moins en ce qui concerne leur nature et leur type. On peut également penser à prévoir le comptage des visiteurs du site.

Vie privée

Les demandes d'avis personnalisées devront être traitées en accordant une attention particulière à la protection de la vie privée du patient. Cette option est possible en dotant chaque cas d'un code chiffré qui permettra à l'organisation de n'avoir accès qu'à ce code chiffré et non pas à l'identité de la personne concernée par le cas soumis par l'assistant social.

Monitoring et évaluation

Le site web et le service qui y est lié doivent être évalués à des moments opportuns, et ceci en plus d'une mise à jour permanente de son offre.

Ce **site web** devra proposer un **service en temps réel**. Il ne peut pas se limiter à la seule fonction de forum informatif. Il faut qu'il offre une réelle fonction d'avis et de résolution des problèmes. Un exemple de ce type a été trouvé aux Pays-Bas où existe déjà un **Kenniscentrum Grote Steden (Centre d'expertise des grandes villes) (voir annexe 4)**. Le site web de ce projet propose une **fonction d'avis en 48 heures**. **Un site web de ce type peut également être utilisé en tant qu'‘outil’ dans le cadre des autres scénarios.**

Les informations ci-dessus montrent que la **diffusion de la communication** dans un 'emballage' adéquat peut contribuer à l'**amélioration des services**. En Belgique, on ne dispose pas encore d'un centre de ce type.

Scénario 2: Elaboration d'un enseignement spécialisé destiné à des groupes cibles spécifiques (cf. formation de consultant en logement => modules d'extension)

Caractéristiques

L'objectif est d'élargir l'offre de l'enseignement spécialisé qui existe déjà en Flandre – et plus spécifiquement celle de consultant en logement. Cette formation compte déjà 7 modules. Un 8^e et un 9^e modules pourraient facilement y être ajoutés sur les liens entre la Santé et l'Habitat. Ces modules contribueraient à augmenter les connaissances et à sensibiliser les professionnels déjà actifs dans le cadre du secteur du logement.

En collaboration avec les provinces flamandes et le ministère de la Communauté flamande – Section Politique de l'Habitat – la section Habitat organise des formations destinées aux administrations locales sur les liens entre l'habitat et la politique de l'habitat destinées aux professionnels des organisations suivantes:

- communes et CPAS;

- organisations de logement social locales (notamment les syndicats de locataires, les offices de location sociale et les sociétés de logements sociaux, ...).

Cette formation comprend 7 modules obligatoires qui débouchent sur l'octroi d'un **brevet de consultant en logement** (délivré par le ministre compétent pour l'habitat). Cette formation consacre une large attention à la 'politique communale du logement', ainsi qu'à la tâche de préparation de la politique dont sont investis les fonctionnaires communaux chargés des matières relatives au logement.

Les 7 modules obligatoires sont:

le logement des personnes âgées;

répondre aux besoins des particuliers;

subventionnement des projets;

politique communale et urbaine du logement;

qualité de l'habitat et surveillance de cette qualité;

louer dans les secteurs public et privé;

règlements communaux relatifs au logement: pourquoi et comment

Objectif

- Fonction informative et didactique
- Fonction de sensibilisation

Groupes cibles

- Professionnels (surtout dans les secteurs du Logement, des Soins de santé et du Bien-être, mais aussi par exemple les médecins, les architectes, la construction, les responsables d'organismes publics).

Coordination

Centre de formation + niveau politique

Planification dans le temps

Mise en place possible à court terme (moins de 1 an).

Communication et RP

La formation est diffusée par les organisations, leurs collaborateurs doivent y être sensibilisés par le biais d'une éventuelle campagne présentant la formation dans le cadre d'un service axé sur la résolution des problèmes.

Enregistrement

Les professionnels et organisations qui recourent à cette formation. Que permettrait d'améliorer une analyse SWOT?

Monitoring et évaluation

Au fil du temps, la formation devra être évaluée sur la base des résultats qui auront été enregistrés sur le terrain. Les professionnels ayant suivi cette formation devront être plus efficaces qu'avant d'avoir suivi la formation.

Scénario 3: Intégrer le point d'appui (Unit) au niveau des experts en médecine environnementale (Flandre) et des Ambulances Vertes (Wallonie et Bruxelles)

Caractéristiques

- le point d'appui ou unit est intégré dans une organisation ou un service régional existant, in concreto pour la Flandre les MMK et pour la Wallonie et Bruxelles CRIPI/SAMI ('Ambulances vertes');
- niveau local/ régional;
- les points d'appui régionaux n'ont pas de 'visage' propre au sein de l'organisation existante mais leurs tâches sont reprises dans la description des tâches de l'organisation existante.

Objectif

Possibilité de soutenir toutes les étapes du processus de la détection à l'action.

Groupes cibles

Professionnels.

L'avantage est qu'on peut déjà utiliser la portée existante de l'organisation.

Planification dans le temps

Moyen terme (identification des services, adaptation de l'éventail des tâches, recrutement de personnel, développement du champ d'expertise et développement de l'offre).

Communication et RP

La notoriété existante peut être élargie par la réalisation d'une brochure ou d'un mailing attrayant. Des initiations peuvent également être organisées sur la manière dont le point d'appui s'intègre dans l'ensemble du processus d'assistance sociale.

Enregistrement

Tous les processus dans lesquels le point d'appui (unit) est impliqué peuvent être enregistrés. Si cet enregistrement est uniforme au niveau de toutes les sections régionales / locales, il fournira des informations utiles pertinentes au niveau politique.

Vie privée

Les demandes d'avis par les assistants sociaux dans le cadre de cas réels seront traitées à l'aide d'un code ID de sorte que le nom et le surnom de ces cas ne soient pas connus par le point d'appui ou unit.

Monitoring et évaluation

MMK: experts en médecine environnementale

La structure et les caractéristiques actuelles des MMK (source: www.mmk.be) (voir annexe 5).

Les données sur les avantages et les inconvénients des MMK (évaluation) n'ont pas encore été communiquées et seront évalués dans un prochain audit. Le **rapportage aux cabinets compétents** (Ministère flamand du Bien-être, de la Santé et de l'Egalité des chances; Ministère flamand de l'Habitat, des Médias et des Sports; Ministère flamand de l'Environnement, de l'Agriculture et de la Collaboration au développement).

Éléments ressortis des entretiens informels et des tables rondes:

- **notoriété insuffisante** auprès des services, intermédiaires et citoyens;
- faux départ;
- les professionnels doivent être **mieux sensibilisés aux liens entre la santé et l'habitat**.

Les données suivantes sont le résultat de 1 an de traitement:

Résultats 2005 Aperçu des questions et problèmes	Anvers	Limbourg	Flandre orientale	Vlaams Brabant	occidentale	totale	
Examens (absolus)	109	76	63	54	60	362	
Plaintes (pourcentage)							
Humidité et champignons	29%	32%	48%	24%	42%	34%	
Nuisance olfactive	8%	11%	6%	4%	10%	8%	
Nuisibles	24%	25%	14%	24%	7%	20%	
Formaldéhyde	3%	4%	3%	7%	8%	5%	
Amiante	0%	4%	10%	6%	5%	4%	
Rayonnement	3%	1%	0%	4%	0%	2%	
Bruit	1%	3%	2%	0%	2%	1%	
Autres	32	21%	17%	31%	27%	26%	
Analyses et mesures	10%	5%	11%	6%	23%	11%	
Champignons	91%	50%	100%	67%	86%	85%	
Autres	9%	50%	0%	33%	14%	15%	
Visite sur place		21%	57%	41%	19%	50%	36%

Tableau: Résultats 2005 des experts en médecine environnementale

Résumé – En Flandre, il existe trois niveaux: 1. les MMK des LOGOS; 2. le département de Surveillance de la Santé publique (Inspection flamande de la santé) et 3. le point d'appui Environnement et Santé. Les MMK font office 1. de point de contact; 2. de point de signalisation; 3. de point d'information. Les groupes cibles sont les intermédiaires locaux.

Possibilités d'extension

Les MMK sont structurés autour des LOGOS. Il est possible d'élargir **les MMK des villes** et d'en **renforcer les effectifs** (cf. médecins, personnel sociomédical). Cette possibilité montre que dans les villes, la problématique de la santé et de l'habitat est souvent plus présente, ce qui génère des possibilités au niveau de la **perspective politique de la Cellule Politique des grandes villes**.

En marge

Le 15 mars 2006, une proposition de résolution sur l'Environnement et la Santé a été introduite au Parlement flamand (voir annexe 6) et nous avons également trouvé des informations sur les MMK dans les annales du Parlement flamand (voir annexe 7).

CRIPI/SAMI 'Ambulance Verte'

Quelques constatations

- **ils ne sont pas uniformisés**, diversification selon les provinces;
- **seul le médecin** peut déclarer les cas;
- les différentes Ambulances vertes ne bénéficient pas d'un **même financement**;
- un **soutien plus important est nécessaire au niveau du citoyen** dont le logement est inspecté.

Structure actuelle et caractéristiques de la CRIPI et du SAMI

CRIPI : Cellule Régionale d'Intervention en Pollution Intérieure (voir annexe 8)

A Bruxelles, ils ont déjà leur propre manière de traiter les problèmes impliquant les problèmes relatifs à la santé et à l'habitat. La **Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure**. Elle regroupe des spécialistes en **inspection du milieu intérieur et son analyse**. En ce sens, cette initiative ne diffère pas de l'initiative wallonne SAMI.

En résumé: la CRIPI établit avant tout un diagnostic à la demande du médecin généraliste. Ensuite, la prévention y joue également un rôle important. Une équipe d'inspecteurs et un infirmier social participent à toutes les inspections,.

SAMI : Service d'Analyse de milieux Intérieurs (voir annexe 9)

En Wallonie les SAMI sont organisés par province. Tout comme à Bruxelles, ils font des inspections et des analyses 'sur le terrain'. Ceci contrairement aux MMK qui sont rarement à l'origine d'une inspection. Le SAMI existe depuis 1999 et est né à Liège.

En résumé: le SAMI a été créé en 1999 dans la province de Liège. Plus de 300 inspections de logements ont déjà été effectuées (recensement jusque 2003). Celles-ci ont été effectuées à l'initiative du médecin, mais le patient peut également en être à l'origine. Les inspections du SAMI sont gratuites pour tous les habitants de la province de Liège. Si les consultations sont suivies, il y a le plus souvent (87,9%) amélioration de la situation de logement du citoyen.

Possibilités d'extension

Un **volet** peut être ajouté à la CRIPI et au SAMI uniquement actifs dans les villes, **dans lesquels le médecin peut être impliqué en tant qu'intermédiaire**: tous les professionnels et intermédiaires peuvent y faire appel dans le cadre des **problèmes urbains** en matière d'impact de l'habitat sur la santé.

Problèmes: distinction MMK/CRIPI/SAMI

Créer une nouvelle structure ou unité et intégrer les membres du MMK/CRIPI/SAMI se heurte aux **problèmes suivants**:

- il s'agit de structures distinctes ayant chacune **leurs propres compétences**;
- **plusieurs régions sont compétentes**, il ne s'agit pas d'une matière fédérale;
- **le SAMI/la CRIPI** interviennent sur demande du **médecin**, ce qui n'est pas le cas des MMK;

- les MMK ont un caractère très **local** (LOGO), la CRIPI/le SAMI ont un caractère **provincial**.

Scénario 4 : Intégration du point d'appui (Unit) dans les services communaux (cf. fonctionnaires chargés des matières relatives au logement) ou CPAS

Caractéristiques

- Le point d'appui (unit) est intégré au sein d'une organisation ou service régional existant, in concreto au sein des services du logement, des communes et villes ou CPAS.
- Avant tout, on pense aux services de la ville et aux CPAS.
- Niveau local / régional.
- Les points d'appui régionaux n'ont pas de visage propre au sein de l'organisation existante mais leurs tâches sont reprises dans la description des tâches de l'organisation existante.

Objectif

Possibilité de soutenir toutes les étapes du processus de la détection à l'action.

Groupes cibles

Professionnels.

L'avantage est qu'on peut déjà utiliser la portée existante de l'organisation.

Planification dans le temps

Moyen terme (identification des services, adaptation de l'éventail des tâches, recrutement de personnel, développement du champ d'expertise et développement de l'offre).

Communication et RP

La notoriété existante peut être élargie par la réalisation d'une brochure ou d'un mailing attrayant. Des initiations peuvent également être organisées sur la manière dont le point d'appui s'intègre dans l'ensemble du processus d'assistance sociale. Les CPAS et services de logement des villes font déjà de la promotion et démontrent un sens certain d'initiative dans le domaine des projets novateurs.

Enregistrement

Tous les processus dans lesquels le point d'appui (unit) est impliqué peuvent être enregistrés. Si cet enregistrement est uniforme au niveau de toutes les sections régionales / locales, il fournira des informations utiles pertinentes au niveau politique.

Vie privée

Monitoring et évaluation

En mettant l'accent sur les **CPAS ou services de logement** (pour l'installation d'un consultant 'Logement sain'), on joue sur l'**interaction régionale/locale** au niveau du terrain professionnel. Les communes et les villes font office de plate-forme de service. Les CPAS sont toujours également préoccupés par la qualité de leur potentiel logement dans le cadre de leurs propres services. Pouvoir mettre encore plus l'accent sur les **liens entre la santé et l'habitat** – du moins dans les villes – ne pourrait qu'être **bénéfique aux groupes socio-économiques les plus faibles**.

Les services de logement occupent une place centrale dans le cadre de la **problématique du logement**. Lorsque cette expertise est combinée à une **expertise sociomédicale**, elle ne peut que s'avérer positif au niveau des services proposés.

Structure et caractéristiques des CPAS (voir annexe 10)

En résumé: Service Logement: pour les problèmes de location / médiation / information sur les primes, subventions locatives, procédures de déclaration d'insalubrité / logements d'urgence / agence de location sociale.

Possibilités d'extension

On note une certaine **uniformité** au niveau des services fournis par les CPAS. Des différences existent cependant sans doute au niveau des effectifs. La clientèle des CPAS trouverait très certainement un avantage dans la mise en place d'une unité professionnelle qui se pencherait sur les problèmes de l'impact de l'habitat sur la santé.

Dans les grandes villes, les effectifs des CPAS peuvent être renforcés par un **consultant 'Logement sain'** qui aiderait le CPAS et la clientèle du CPAS dans la prise des décisions relatives aux liens entre la santé et l'habitat.

Structure et caractéristiques des services de logement (voir annexe 11)

Les **services de logement des communes et des villes** sont déjà confrontés aux problèmes de logement. Souvent, il s'agit de situations criantes dans lesquelles les risques pour la santé ne sont pas exclus. Une **niche** pourrait s'ajouter, dans laquelle la santé serait considérée comme

une priorité. C'est notamment le point de vue du groupe de travail Habitat de l'ISSP. Dans une première phase, **les services de logement des villes** pourraient être renforcés.

Possibilités d'extension

Provisoirement, les **services de logement des villes existants peuvent être renforcés** en y intégrant un professionnel dont le travail serait orienté sur la médecine environnementale.

Celui-ci peut être, comme c'est le cas du service du logement d'Anvers, lié au service de l'Inspection du logement. Cette stratégie permet de renforcer encore la dimension médicale et **favorise la collaboration entre un plus grand nombre d'experts.**

Scénario 5: Développement d'une nouvelle organisation à deux niveaux: central et régional.

Caractéristiques

Développement d'une organisation à deux niveaux: central et régional.

Central: coordination des sections locales.

Enregistrement: les données provenant des sections locales sont centralisées et ensuite intégrées dans une base de données destinée à permettre l'élaboration de recommandations politiques.

Surveillance de la qualité

cf. back-office (cf. Cellule Politique des grandes villes)

Local: avis/info/sensibilisation (idem scénario 2) cf. front-office (cf. coordinateurs 'Logement en bonne Santé).

Objectif

Possibilité de soutenir toutes les étapes du processus de la détection à l'action.

Avantage d'une plus grande uniformisation et surveillance de la qualité des services locaux par l'introduction d'un niveau central.

Groupes cibles

Les groupes cibles sont les mêmes que ceux des scénarios précédents. Par la place qu'il accorde à l'enregistrement et à l'analyse, la mise en place d'un niveau central rend ce scénario particulièrement adapté à la fonction d'instrument de soutien politique.

Coordination

Planification dans le temps

Long terme.

Communication et RP

L'important c'est surtout d'arriver à ce que les organisations professionnelles soient au courant de l'existence des sections locales. Le niveau central doit également acquérir une plus grande notoriété au niveau des instances de recherche et des autorités.

Enregistrement

Les données enregistrées doivent être transmises au niveau central. Elles doivent être rassemblées de manière uniforme et selon des protocoles clairement définis. Cette stratégie permettra au 'centre d'expertise habitat et santé' de générer les recommandations politiques.

Vie privée

Monitoring et évaluation

Nous pensons ici concrètement à une organisation du style de celle mise en place pour les médiateurs (hommes-femmes) fédéraux: **17 ‘coordinateurs Santé et Habitat’ et une unité centrale au niveau de la Cellule de la politique des grandes villes.**

Ces 17 coordinateurs élaborent et mènent une politique mettant l'accent sur les liens entre l'habitat et la santé.

- Ils élaborent des **projets pratiques** axés sur les **liens entre la ‘santé et l’habitat’**.
- Ils procèdent à des **enregistrements dans ce même domaine.**
- Ils font office d'**intermédiaires** aussi bien pour les citoyens que les professionnels.
- **Ils travaillent en étroite collaboration** avec les secteurs (MMK/CRIPI/SAMI).
- Ils sont responsables **de la promotion, de la publicité et du transfert d’informations** sur ce thème au niveau des autorités fédérales.
- Ils sont des **facilitateurs de la politique ‘Santé-Habitat’**.

Une autre tâche possible pourrait être: **une campagne de sensibilisation ‘Santé-Habitat’** destinée au citoyen ...

Tour des experts

Liste des experts

M. Ludo Horemans, Association dans laquelle les pauvres prennent la parole, réseaux flamands, belges et européens

M. Gerrit Tilborghs, Surveillance de la santé publique, autorités flamandes

Dr Alain Nicolas, Directeur Santé, SAMI, Liège

M. Julien Van Geertsom, président du SPF Intégration sociale

M. Pol Van Damme, Section Politique du logement, autorités flamandes

M. Peter Thoelen, Vlaams Instituut voor Bio-ecologisch Bouwen en Wonen

Mme Pascale Lambin, coordinatrice (FR) Cellule Politique des grandes villes

Mme Lut Verbeek, coordinatrice Affaires sociales, ISSP

M. Thierry Lahaye, COCOF, Bruxelles

Mme Véronique Pisano, conseillère, UVCW, Wallonie

Dr Jérôme de Roubaix, Département Santé Communauté française

Mme Marie-Laurence Dekeersmaecker, CREAT, UCL

Commentaires à propos des scénarios

Scénario 1: Développement d'un site web accessible aux professionnels, offrant la possibilité d'obtenir un avis personnalisé

Il est clair que ce scénario ne peut pas exister seul et ne peut exister que dans le cadre de son intégration dans un projet plus global. Dans la négative, il ne serait qu'un énième site web, bref, un 'mot à la mode'. Le site web du Kenniscentrum Grote Steden (Centre d'expertise des grandes villes) prouve toutefois le contraire, ce scénario peut s'avérer utile.

Il existe cependant déjà des sites web consacrés soit à la santé, soit à l'habitat, soit encore au bien-être. Un site web tel que celui de l'IBGE constitue déjà une source intéressante d'information. Il peut dès lors s'avérer utile de combiner et d'ajouter toutes les infos présentes sur ces différents sites web. Une autre possibilité est de développer un moteur de recherche garantissant l'accès à chacun des sites web concernés. A titre d'exemple, dans ce cadre, on pourrait envisager le placement des 'good practices' rassemblées dans cette étude sur tous les sites web pertinents par le biais d'un moteur de recherche de ce type.

Ce site web doit offrir la possibilité de signaler les problèmes aux collègues professionnels, avoir pour vocation celle d'un forum où ils peuvent se rencontrer. Ce site web doit en d'autres termes faire office de plate-forme entre les différents secteurs, entre les différents services et entre les professionnels.

Il doit aussi se placer dans le cadre d'une politique de 'Knowledge Management' et de capitalisation et de distribution de connaissances intersectorielles. Il faut pouvoir utiliser les informations et les instruments susceptibles de renforcer les services proposés au citoyen.

S'il est choisi d'intégrer une fonction « demande d'avis » sur ce site web, se pose alors la question de savoir quels experts vont y répondre. Quel est le profil des experts les plus susceptibles de pouvoir émettre ces avis? Une possibilité à ce niveau serait que ce rôle soit pris en charge par les organisations déjà existantes qui seraient impliquées dans le fonctionnement du site web et dans le projet intégré. De plus, se limitera-t-on à un simple site web ou une ligne d'appel y sera-t-elle ajoutée? Les experts ont eu l'impression qu'une fonction d'avis en 48 heures (c'est-à-dire des questions posées par les professionnels via le site auxquelles les experts répondent dans les 48 heures) est une belle initiative mais ils doutent néanmoins de sa faisabilité.

Il faut aussi, de plus, faire connaître ce site web. Pour cela, on pourrait par exemple utiliser les bulletins d'information. La notoriété des sites, surtout lorsqu'il s'agit d'initiatives transsectorielles, constitue surtout un problème dans les milieux professionnels.

Une question organisationnelle se pose aussi: le site web sera-t-il organisé au niveau fédéral ou via les régions (VL/WALL/BR)? Etant donné qu'il s'agit d'un site web d'expertise, le

niveau fédéral semble plus adéquat pour les aspects techniques mais les aspects logistiques, sujets à la législation communautaire, pourraient y être différents. Ce problème peut être résolu en utilisant des liens. Le site peut même proposer des contenus spécialisés par secteur (Construction– Santé,...). Le fait de donner au site web une dimension fédérale pourrait limiter sa consultation et son accessibilité au niveau des communautés.

Il s'agit donc d'un site web très spécialisé, de nature très technique, qui doit en permanence être tenu à jour. Mais il doit aussi s'avérer facile et pratique et proposer aux professionnels une série de bonnes pratiques et d'instruments spécifiques (cf. Knowledge Management).

Scénario 2: Elaboration d'un enseignement spécialisé destiné à des groupes cibles spécifiques

Ce projet doit être intégré dans les structures de formation existantes. Il ne peut en aucun cas s'agir d'une nouvelle formation complète. Le but est d'arriver à rassembler les professionnels des différents secteurs.

Une formation pratique constitue une condition sine qua non et il faut organiser, par exemple, des journées pratiques. A ce niveau aussi, il faut prévoir une collaboration intégrée avec les MMK qui sont des experts du vécu. Cette formation doit également être organisée de manière permanente. Il ne peut en aucun cas s'agir d'une 'one shot strategy'.

En Flandre, il existe déjà une formation de 'Consulent Huisvesting' (Consultant en Logement) (voir plus loin): il s'agit toutefois d'un public limité et seuls certains professionnels s'intéressent à cette formation. Cette formation divisée en 7 modules offre un vaste contenu. Un module supplémentaire pourrait y être ajouté sur les liens entre la santé et l'habitat. Certains experts plaident cependant pour l'intégration de ce projet dans d'autres formations existantes.

Si on veut lancer un projet pilote dans le domaine des liens entre la santé et l'habitat, il pourrait être utile d'ensuite transférer l'expérience acquise vers des programmes de formation. Toute une série d'autres groupes cibles ne doivent pas être oubliés non plus: notamment le secteur de la construction, les médecins, les crèches, les écoles et les maisons de repos. Tous

ces acteurs sont, en effet, eux aussi confrontés à des problèmes découlant de liens entre la santé et l'habitat.

Il peut aussi être utile de développer des recommandations de consensus. Nous pensons dans ce cadre à des protocoles et à des procédures uniformisés, mais aussi aux éventuelles influences des substances toxiques et autres menaces. A ce niveau aussi, un consensus est nécessaire.

Tout comme pour le site web proactif – les liens vers les différents niveaux – on peut travailler par l'intermédiaire des régions (VL/WALL/BR). Cette façon de travailler augmentera l'accessibilité et permettra de personnaliser les accents.

Scénario 3: Intégrer la structure dans les MMK et Ambulances Vertes

Une série d'experts estiment que les MMK sont trop spécifiques. La notoriété des MMK et d' 'Ambulances Vertes' est également relativement limitée. Cette notoriété et la promotion de ces initiatives méritent d'être augmentées. Il existe, par exemple, peu de liens entre la politique du logement et les MMK. Certains experts ont émis comme hypothèse dans ce cadre d'établir des liens entre les MMK et les communes.

Le système en soi est intéressant: il constitue un début de transdisciplinarité. Le travail en réseau y est très certainement présent et cette façon de travailler est indispensable si on veut pouvoir dépasser les frontières de chaque niveau politique individuel à l'avenir.

Les 'Ambulances Vertes' peuvent être développées aussi bien en largeur qu'en profondeur, respectivement par l'extension du nombre des équipes et par l'extension de leurs compétences. C'est ainsi que les experts ont considéré qu'il fallait des compétences au niveau de toutes les menaces et substances toxiques domestiques possibles. Actuellement, les 'Ambulances Vertes' ne maîtrisent pas l'éventail complet de ces problèmes. Ce service est gratuit pour l'utilisateur final d'Ambulances Vertes (WALL). Mais, étant donné que c'est la province qui en assume tous les coûts les interventions d'Ambulances Vertes coûtent cher au contribuable. Rien que dans la province de Liège, une soixantaine d'inspections sont réalisées chaque année. Il existe 4 services provinciaux en Wallonie et 1 dans la Région de Bruxelles-Capitale (CRIPI).

Mais on ne peut pas organiser de grande campagne publicitaire pour 14 experts en médecine environnementale car elle générerait bien sûr un appel exagéré à leurs services. On peut également renforcer les effectifs des LOGO (cf. Concertation locale en matière de santé), ce qui permettrait d'alléger les tâches des MMK.

Les LOGOS comptent déjà des professionnels (socio)médicaux. Ceux-ci peuvent très certainement assister les MMK dans leurs différentes tâches. Une intégration plus poussée de ces deux entités s'impose.

Le tour des experts a également donné lieu à la formulation d'une remarque générale concernant les liens entre l'habitat et la santé: les problèmes intérieurs ne sont pas toujours faciles à classer au niveau des compétences spécifiques (cf. Radon): plusieurs niveaux politiques refusent d'admettre que certaines matières ressortissent à leur propre responsabilité, surtout lorsqu'il s'agit de compétences concernant des problèmes à risque élevé.

Scénario 4: Intégration du point d'appui (Unit) dans les services communaux ou CPAS

Si les regards se tournent vers les services communaux et les CPAS, il faut essayer d'impliquer un maximum de partenaires dans une structure intégrée.

Cette initiative pourrait s'inscrire dans le cadre de la politique sociale locale. Une 'maison sociale' dans laquelle les administrations de la commune et les CPAS seraient intégrés et simplifiés, ne pourrait qu'avoir un effet multiplicateur positif sur la problématique des liens entre la santé et l'habitat. L'objectif de la Maison sociale est en effet de rapprocher les différents services communaux et de proposer des services intégrés. Les liens entre la Santé et l'Habitat dépassent les compétences d'un seul service et ceci tant au niveau communal qu'au niveau des CPAS. Pour les petites communes et petits CPAS, un mode de fonctionnement par regroupement pourrait être proposé.

On peut aussi éventuellement créer un groupe de travail 'Santé et Habitat' dans les communes ou encore opter pour le soutien des organes existants. Ces derniers peuvent en effet surveiller ces problèmes et on peut essayer de mettre en place des projets pilotes.

On peut encore ajouter à cela que les CPAS représentent un acteur important lorsqu'il s'agit du bien-être social. La Santé et l'Habitat concernent par nature ce thème. Les CPAS peuvent toutefois fonctionner de manière plus proactive encore à ce niveau.

Le SPF Intégration sociale est compétent pour les CPAS. Cela pourrait faciliter le développement d'une structure intégrée à ce niveau. Il faut toutefois tenir compte du fait que certains citoyens ne sont pas en contact avec les CPAS et sont pourtant confrontés à des problèmes de santé et d'habitat. Pour de nombreuses personnes, le CPAS représente toujours un seuil infranchissable.

Les experts parlent d'un possible profil de 'Consultant Santé et Habitat': il pourrait s'agir d'un assistant social: quelqu'un à l'esprit pratique. Du côté wallon, les experts ont souligné que la fonction de 'Conseiller en environnement' déjà existante offrait également une possibilité d'intégrer le thème des liens entre la santé et l'habitat.

Les experts ont également estimé que la proximité entre ces consultants, les citoyens et les professionnels est très importante. Toutefois, plus ces consultants sont proches de leurs groupes cibles, plus le coût de leurs interventions est élevé (combien de collaborateurs mettre en action et où?). Comment mettre en place une politique d'habitat sain' dans les petites communes? Mieux vaudrait donc que ce thème soit abordé dans le cadre d'une collaboration supracommunale.

Certains experts se posent également la question suivante: faut-il vraiment créer un énième guichet supplémentaire? N'existe-t-il pas encore suffisamment de points de contact? Et une dernière question encore: ne peut-on pas responsabiliser le secteur immobilier?? La mise en place de 'partenariats' avec le secteur non-marchand peut mener à de très beaux résultats et le secteur de l'immobilier est un acteur de première importance sur le marché du logement.

Scénario 5: Création de la fonction de coordinateur ‘Logement en bonne santé’

Développer uniquement ce scénario impliquerait un risque de foncer droit dans le mur. Il témoigne en effet d'un certain esprit de cloisonnement en impliquant la création d'une nouvelle fonction peu sensible et peu en contact en fait avec le contexte local.

Ce scénario est également un peu interprété comme si les autorités fédérales endossaient le rôle de ‘belle-mère’ vis-à-vis des régions. Les experts ont également attiré l'attention sur le risque que ce projet ne devienne qu'un « salon où l'on cause » de plus. Les matières telles que la Santé et l'Habitat sont abordées dans des commissions où elles s'endorment progressivement. On en parle, on en débat, mais rien de substantiel n'en advient.

Cette situation fait ressortir que ce scénario génère des idées mais manque 'd'énergie'. Si on opte pour le scénario 5, il faudra prévoir des moyens au niveau local. Ces coordinateurs Santé-Habitat pourraient alors endosser la fonction de facilitateurs au niveau de la politique sociale locale. Enfin, cette compétence peut également être confiée aux fédérations et organisations existantes déjà actives dans le domaine de la Santé, de l'Habitat et du Bien-être. En soi, le scénario 5 n'apporte aucune solution.

Préoccupations générales

On peut dire qu'un niveau politique clair est nécessaire capable de soutenir ces initiatives. Les relations entre les différentes compétences (fédérales / régionales / communautaires) doivent être renforcées.

On peut également prévoir la possibilité d'impliquer dans ces projets les ONG. Elles pourraient y faire office d'organisations capables de développer des programmes politiques spécialisés et d'assurer la formation des administrations publiques.

Les problèmes de nature plus structurelle tels que les manquements au niveau des fichiers relatifs au logement doivent également être pris en compte. La Santé mentale et l'Habitat sont également liés par certains aspects et il ne faut pas les oublier (cf. formation existante des concierges pour pouvoir y réagir - COCOF).

Les liens entre les citoyens et les professionnels peuvent encore être renforcés. Nous pensons dans ce cadre par exemple aux cafés de discussion (cf. Dementiecafé; CAFA St.-Gilles). La sensibilisation du grand public constitue également une condition sine qua non au développement ultérieur de toutes les initiatives envisagées.

Conclusions

Les experts se montrent nettement en faveur de la combinaison de plusieurs scénarios. Le projet sera jugé sur son maillon le plus faible. Le site web et la formation n'offrent qu'une simple valeur ajoutée.

Ils plaident donc pour une approche intégrée respectant tous les partenaires, une approche en réseau.

On peut dire que le scénario 4 a été considéré comme très important, mais les experts ont exprimé le souhait de le combiner aux scénarios 1, 2 et 5. Un consultant 'Santé et Habitat' au niveau de la commune ou du CPAS, auquel s'ajoutent un site web, une formation et une fonction de coordinateur, pourrait donc être considéré comme un projet total dans lequel chaque scénario offre une valeur ajoutée. Souvent, les scénarios 4 et 5 ont été rassemblés: donnant une initiative locale coordonnée au niveau central. Des résultats ne peuvent être obtenus que si on dispose aussi de moyens au niveau local et sur le terrain. Une note critique: ces scénarios contribuent-ils à générer des solutions structurelles supplémentaires? Les experts ont estimé que les projets pilotes dans ce sens doivent prendre des initiatives. Finalement, le scénario 3 a été moins bien perçu. Cependant, dans le cadre de l'idée de réseau, l'implication des MMK et des Ambulances Vertes dans un projet et une vision totale bien équilibrée ont leur place.

Et si on opte pour la mise en place d'un projet pilote, il faudra oser penser de manière nuancée: nous devons oser faire les choix et prendre des initiatives actuellement traitées de manière conservatrice tant au niveau de la législation que des infrastructures. En d'autres termes, nous avons besoin d'un projet pilote novateur capable de combler les lacunes structurelles (cf. qu'en est-il des logements sociaux; locataires versus propriétaires, ...). Quand on se heurte à un mur, il faut libérer la voie.

Concept final scénarios: projet total ‘Santé et Habitat’

Factsheet adapté

Nous avons adapté le tableau repris sous le paragraphe 4.3.2 (Factsheet scénarios) et nous l'avons adapté. Nous y mettons l'accent sur un projet intégré dans lequel trois grands piliers persistent: une partie site web, une partie formation et une structure locale avec coordination centrale. Ce tableau a été retravaillé sur la base des desiderata exprimés par les experts.

Type Modèle/ Profil	1 Site web ‘Santé et Habitat’	2 Enseignement ‘Santé et Habitat’	4 Structure CPAS / Logement avec coordination
Contenu en bref	Site web santé et habitat interactif	Intégrer des modules dans les curriculums de l'enseignement spécialisé existants	L'expertise est déjà partiellement disponible Extension et/ou poursuite du développement de l'éventail des tâches
Objectif	Diffuser des informations et dispenser des avis aux professionnels (initialement aux professionnels)	Sensibiliser et soutenir les Keynote profes- sionnels	Par le biais d'un consultant en Habitat et Santé auprès de la cellule CPAS ou Logement pour établir directement le lien entre l'habitat et la santé Le coordinateur doit être un facilitateur du thème 'Santé et Habitat'
Avantages	Avis personnalisé à bas seuil Faible coût (?)	Investissement à long terme Facile à modifier	Fonctionnement intégral poussé possible Portée totale
Limitations	Accès nécessaire à Internet Pas facile de dépasser la fonction d'information Les conseils sont chers	Cet enseignement contribue-t-il à améliorer l'assistance sociale? Le nombre de professionnels atteints est limité	Sa mise en place est synonyme de lourds investissements (dans un environnement hiérarchique??) Comment l'intégrer dans l'administration?
Conséquence sur le mode de fonctionnement normal	Les organisations existantes recourent très peu au service de soutien	Les professionnels ont libre choix de participer ou non à cette offre	Par la définition de nouveaux points d'attention pour les CPAS et/ou services de logement des villes
Caractéristiques	Informatique Conseils actifs (fonction 48 heures) Banque de documents: rassemblement de toutes les connaissances en matière de ‘Santé et Habitat’	Acquisition de connaissances à utiliser plus tard dans la pratique	L'expertise est déjà partiellement disponible mais peut encore être étendue dans les villes Extension et/ou poursuite du développement de l'éventail des tâches Coordinateurs: direction centrale à partir de la Cellule Politique des grandes villes

Groupes cibles	Professionnels des secteurs du Logement, de la Santé et du secteur social	Les professionnels avec un accent sur les professionnels de la Santé et de Habitat (Consultants en logement)	Par le biais d'un consultant en Habitat et Santé auprès de la cellule CPAS ou Logement pour établir directement le lien entre l'habitat et la santé Professionnels responsables politiques Secteurs Logement, Santé et Social
Coordination	Cellule politique des grandes villes (autorités fédérales)	Niveau politique clair	Cellule de Politique des grandes villes
Planification dans le temps	Moyen terme (développement du site web, recrutement du personnel) ++	Pour l'ajout de modules de cours, les cours et les professeurs doivent être organisés Plutôt à court terme ++	Demande un investissement en temps légèrement plus long +++
Enregistrement*	Demandes d'avis nature, nombre et résultats Visiteurs du site web	Audit possible au niveau des participants aux cours en plus d'une mesure des résultats à plus long terme	Via la Cellule Politique des grandes villes Cellule Politique des grandes villes
Vie privée**	Cas demandes d'avis et anonymisation	Pas d'application	Pas d'application
Aspect financier	Développement et entretien du site web Coût du personnel permanent (conseils actifs) €€	Faible coût par rapport aux autres solutions €	Coût relativement élevé €€€
Conclusion	Intervention relativement simple au niveau de l'offre pour le terrain	Scénario mais portée limitée	Renforcer les services communaux qui possèdent déjà une expérience en matière de logement et de bien-être Rendre possible la sensibilisation et la mise à l'agenda politique Approche par projet

+ => ++++ = degré d'investissement en temps * Enregistrement des données afin de permettre l'élaboration de recommandations politiques et la réalisation d'audits ** La vie privée des clients/patients doit être garantie à tout moment dans le cadre des services proposés

Tableau 5 Factsheet des scénarios 2

Nous pouvons aussi présenter ce projet de manière schématique. Sa structure est transdisciplinaire et transversale. Partout, cette structure se caractérise par de nombreuses connexions tant verticales qu'horizontales.

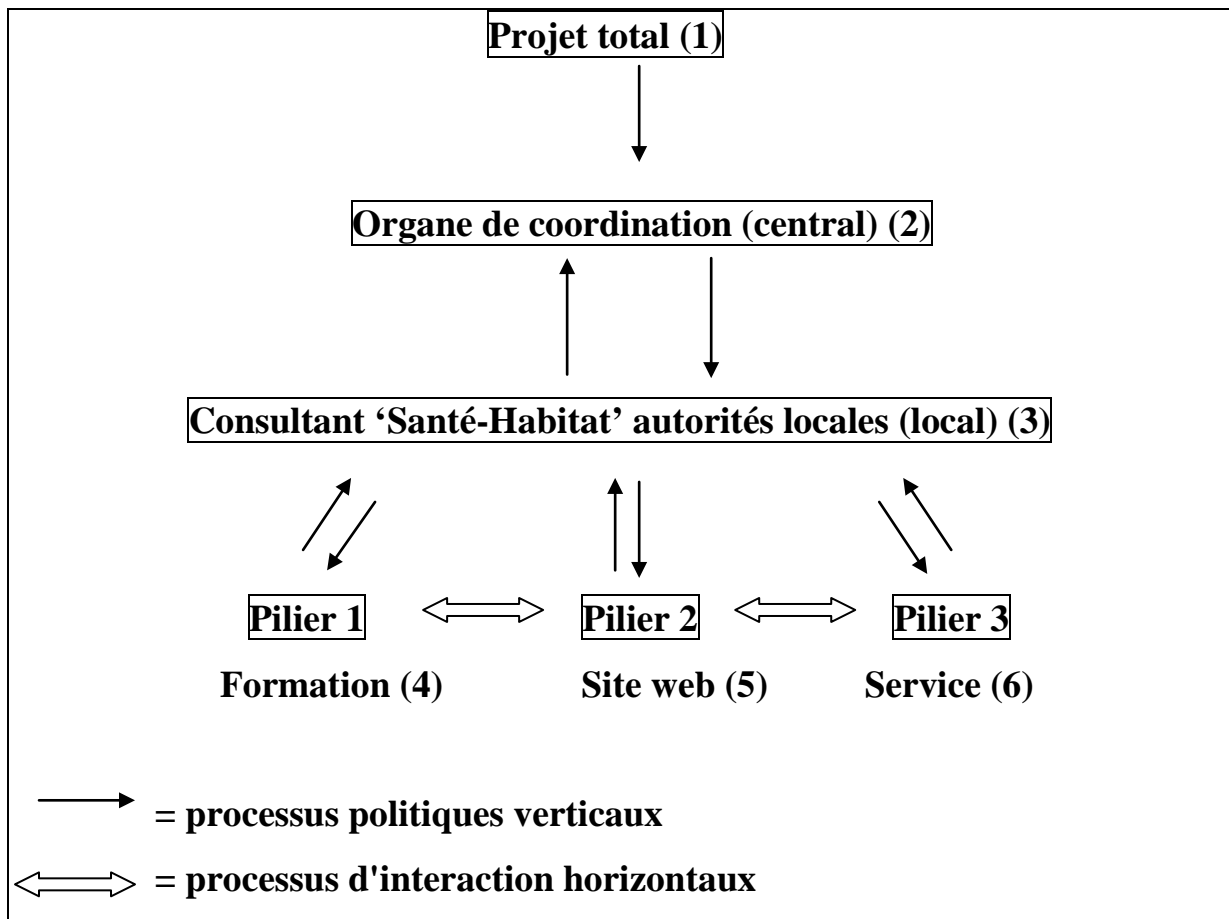


Figure 5: Projet total Santé et Habitat

(1) Le projet total ne peut réussir que si toutes les conditions connexes (2,3,4,5,6) sont remplies. Sa partie la moins élaborée constituera le maillon le plus faible qui hypothéquera la réussite du projet. Une interaction entre les différentes parties est également clairement indispensable pour la réussite du projet.

(2) L'instance de coordination devra diriger les partenaires locaux et assurer la transposition des recommandations politiques élaborées par les actions locales. Cette coordination doit se faire de préférence à un niveau politique doté d'une vision claire des liens qui peuvent exister avec les autorités locales et organisations locales.

(3) Ce consultant fonctionnera au niveau local des communes ou CPAS. De préférence même, dans le cadre d'une vision intégrée (cf. Maison sociale). Le bien-être social est une tâche qui doit être assumée par ces acteurs locaux. Face aux problèmes pratiques en matière de santé et d'habitat, la commune et les CPAS peuvent réagir rapidement.

(4) Une formation sera mise en place qui devrait inciter les professionnels à aborder les problèmes relatifs aux liens entre l'habitat et la santé de manière plus fonctionnelle. Il s'agit dans ce cadre d'une formation pratique 'santé et habitat' qui aura également pour fonction de rassembler les professionnels. Cette formation comprend les instruments, la législation et les directives mais une certaine latitude en matière d'innovation est indispensable.

(5) Un site web sur lequel seront proposés des informations et des conseils, en d'autres termes un site web servant d'outil de gestion de l'information et de plate-forme de consultance. Ce site web aura aussi pour vocation d'être une plate-forme de rencontre entre les professionnels, sur laquelle ceux-ci auront la possibilité d'organiser un échange interactif axé sur la résolution des problèmes. La sensibilisation et la promotion de ce site web seront déterminantes pour la réussite de sa mise en place.

(6) Le consultant 'Santé et Habitat' sera responsable de la résolution efficace, intégrale et dynamique des problèmes relatifs à la 'Santé et à l'Habitat', auxquels sont confrontés les professionnels. Il pourra rassembler les professionnels des différents secteurs pour leur suggérer des solutions susceptibles d'améliorer les services fournis.

5. Conclusions générales et recommandations

Un **questionnaire relatif à la pratique quotidienne** dans les secteurs du Bien-être, de la Santé et du Logement montre comment les assistants sociaux prennent aujourd'hui en charge les problèmes d'habitat et de santé. Un grand nombre de professionnels effectue des visites à domicile. Les raisons pour lesquelles ces visites à domicile sont effectuées sont très diverses. Il n'existe pas, dans le groupe des organisations interrogées, de visite à domicile servant uniquement à établir le lien entre les problèmes de santé et à inspecter l'état du logement. Leurs collaborateurs constatent plutôt ces problèmes, le cas échéant, de manière relativement informelle. Les procédures de détection sont quasi inexistantes. Au sein de leur propre terrain d'action, certaines organisations sociales telles que Kind en Gezin (entre autres) procèdent à des enregistrements limités. Les organisations n'estiment pas que des formations supplémentaires soient nécessaires pour la détection des problèmes de santé. Elles se basent pour cela sur la formation de base et les formations continues. Cette tendance diffère de celle enregistrée dans les tables rondes dont les participants ont considéré comme absolument indispensable la mise en place de formations supplémentaires sur les liens entre la santé et l'habitat (voir plus loin). Une certaine complémentarité entre les questionnaires et les tables rondes nous permet cependant de tirer des conclusions plus nuancées. Les questionnaires ont en effet été remplis par des professionnels et concernaient principalement les aspects pratiques. Les principaux interlocuteurs des tables rondes venaient, eux, du monde politique. Les avis divergents de ces deux groupes montrent une fois de plus la fracture entre le terrain et la politique.

Une deuxième partie du projet concerne l'identification des **bonnes pratiques** (“**good practices**”). Plusieurs pays accordent une attention particulière aux relations entre la santé et l'habitat. Par exemple en Amérique du Nord, plusieurs initiatives ont été mises sur pied qui sont déjà très fortement orientées sur la collaboration, la transdisciplinarité et la fonctionnalité. En Belgique, des organisations telles que l'Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement (IBGE) et l'Observatoire bruxellois de la santé et du social ont déjà intégré la problématique de la Santé et l'Habitat au niveau conceptuel.

Les tables rondes ont fourni une indication de ce qui se passe dans le secteur du Bien-être, des Soins de santé et du Logement au niveau de l'éventuel développement d'un instrument / d'une structure de soutien de la collaboration entre le secteur du Logement et le secteur de la Santé.

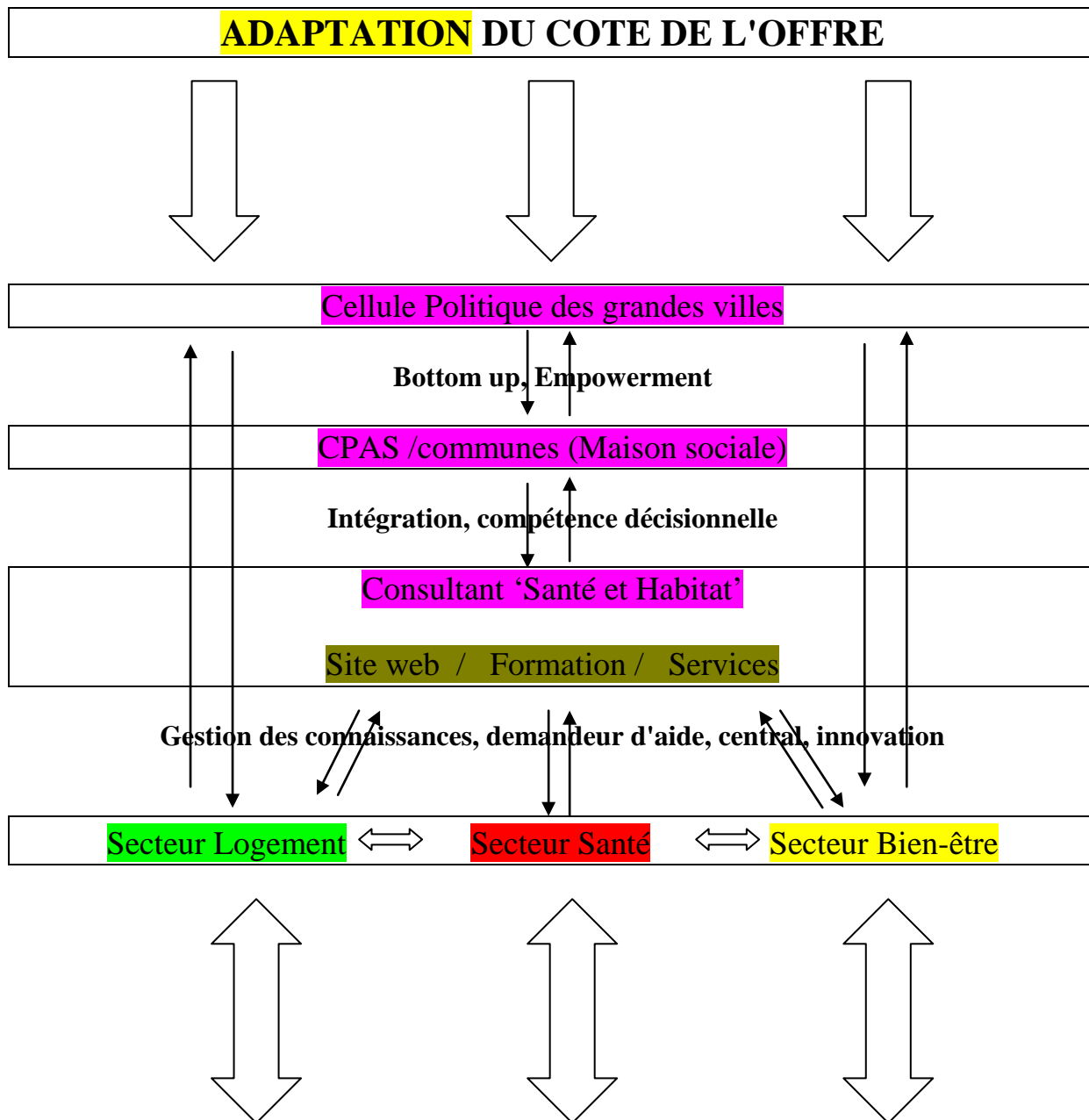
Cette structure peut être orientée sur la signalisation, l'enregistrement, le renvoi, la résolution et l'analyse des problèmes. Elle peut aussi faire office de point d'information et sensibiliser les professionnels. Enfin, elle peut proposer des formations sur les liens entre la santé et l'habitat.

Cette **structure** permettra de sensibiliser les assistants sociaux aux problèmes d'habitat et de santé. Il faut veiller pour cela à ce qu'ils puissent identifier ces problèmes. Il faut les convaincre que l'on peut y changer quelque chose. De plus, il faut également les stimuler à utiliser ces problèmes en tant que 'déclencheur' pour la mise en route d'une procédure de recherche de solutions. C'est ainsi que cette structure peut servir à mettre en place une équipe multidisciplinaire (éventuellement virtuelle) composée de ceux qui détectent + une autre organisation capable de proposer des solutions. Les assistants sociaux dans le domaine de la santé ont déjà derrière eux une longue tradition de collaboration interne. Cette structure a pour tâche de sensibiliser les organisations. Elle doit donner le signal qu'il y a un sens de considérer ces problèmes comme une possibilité (cf. 'déclencheur') de la collaboration. Enfin, la prise en charge de l'inventarisation des organisations de services dans le domaine de la santé et de l'habitat fait également partie des tâches de cette structure.

Dans une phase suivante, 5 scénarios ont été développés. Douze experts les ont évalués quant à leur faisabilité, leurs effets sur l'avenir et leur contenu. Sur la base de cette évaluation, nous avons retenu 3 scénarios sous la forme d'un projet total 'Santé et Habitat':

- un consultant local Santé et Habitat auprès des communes ou CPAS, dirigé à partir d'une instance centrale;
- une formation active et pratique pour les professionnels;
- un site web d'informations et de conseils.

La figure 6 illustre le processus dans lequel il convient de situer la problématique Santé et Habitat. L'offre en services doit se faire dans le cadre d'une structure capable de générer les effets nécessaires du côté de la demande.



EFFETS MULTIPLICATEURS DU COTE DE LA DEMANDE

Dans ce cadre, nous préconisons un fonctionnement complet, intégré et transdisciplinaire dans lequel chaque maillon est investi d'une fonction propre et spécifique, ce qui mène aux recommandations politiques suivantes.

1. Au niveau de la problématique des liens entre la santé et l'habitat, on a besoin d'une structure intégrée qui renforce encore les structures et les organisations existantes et exerce une fonction de pont entre les différents niveaux de compétences. Le niveau local, représenté par les CPAS et les administrations communales, offre des possibilités à cet égard. Une direction centrale – également intégrée – s'avère une deuxième nécessité. Nous pensons dans ce cadre au SPF Intégration sociale et plus précisément à son maillon Cellule Politique des grandes villes.
2. On a besoin d'une structure locale (niveau villes et communes) dans laquelle les organisations et les professionnels des secteurs de la Santé, de l'Habitat et du Bien-être puissent se rencontrer. Un forum dans lequel ils pourront échanger leurs idées et leurs expériences pour mieux résoudre les problèmes locaux. Le site web proactif peut également être utilisé pour renforcer les contacts. La base reste cependant le consultant en Santé et Habitat au niveau des CPAS et/ou des administrations communales.
3. Les moyens nécessaires doivent être libérés pour que les services relatifs à la Santé et à l'Habitat puissent être améliorés. Cela signifie que des moyens doivent être disponibles au niveau local. Par le biais d'une structure intégrée – locale, avec coordination centrale – ces moyens pourront également être utilisés de manière plus fonctionnelle.
4. Le développement et la gestion de l'expertise devront être présents dans chaque initiative entreprise. La connaissance qui contribue à l'amélioration des services et soutient les professionnels dans leurs décisions difficiles fait partie intégrante d'une approche en réseau intégrée. Il s'agit de ce qu'on appelle du 'Knowledge Management'. Le site web, la formation et le développement de 'good practices', soutenus par les niveaux central et local, devraient permettre de faire de la Santé et l'Habitat un domaine politique adulte, doté d'une structure bottom-up, à partir du terrain local.
5. Aujourd'hui, une approche en réseau est pratiquement indispensable au développement d'un service proactif orienté client. Il s'agit sans doute de la seule manière de réellement rapprocher les situations problématiques complexes d'une solution.
6. Ce scénario offre les outils et les concepts permettant d'adapter et d'optimiser les services. Cela n'empêche toutefois pas qu'il faut pour cela résoudre les problèmes structurels actuels en matière de rareté sur le marché du logement, de conflits avec les locataires et des groupes (ethniques) socio-économiquement faibles. Ce projet offrira peut-être l'opportunité rêvée pour repousser les limites du service.

Le **Mission statement** du projet de recherche 'Santé et Habitat' est donc:

le développement d'une structure permanente et intégrée =>
... qui entretient des liens avec chaque échelon (local/régional/central),
... basée sur un flux permanent d'informations et qui peut compter sur des mesures de sensibilisation (entre autres un site web)
... qui peut transmettre et diffuser l'expertise (formation)
... qui peut disposer de moyens suffisants
... qui peut compter sur le goodwill de chaque niveau politique

6. Bibliographies

Sources scientifiques

Andersson I (2005) Environment and Health, European Commission Joint Research Centre, European Environment Agency Copenhagen 35 p.

Barnes R (2003) Housing and Health Uncovered, Sheperd Bush Housing Association

Beschikking 1999/21/EG, Euratom van de Raad tot vaststelling van een meerjarenkaderprogramma voor acties in de energiesector (1998-2002) - PB L 7 van 13.1.1999 en Bull. 12-1998

Bonnefoy XR (2003) Housing and Health in Europe: Preliminary Results of a Pan-European Study 93(9),1559-63

Bonnefoy XR (e.a.) (2004) Fourth Ministerial Conference on Environment and Health: Review of Evidence on Housing and Health, Budapest 20 p.

Breyse P (2004) The Relationship between Housing and Health: Children at Risk. Environmental Health Perspectives 122, 15: 1583-88

De Spiegelaere M (2004) Actieonderzoek 'Gezondheid en Huisvesting' De inbreng van de Huisartsen Brussels Observatorium voor Gezondheid en Welzijn 147 p.

Dunn JR (2002) Housing and inequalities in Health: a study of socioeconomic dimensions of housing and self reported health from a survey of Vancouver residents. Journal Epidemiological Community Health 56: 671-681

Foord M Simic P (2001) A sustainable approach to planning housing and social care: if not now, when? Health and Social Care in the Community 9(3), 168-76

Franklin BJ (1998) Forms and functions: assessing housing need in the community care context, Health and Social Care in the Community 6(6), 420-428

Frieze IH (2003) Journal of Social Issues, The Residential Context of Health, Volume 59,3

Hubeau B (e.a.) (2006) Jaarverslag 2005, Vlaamse Ombudsdienst, Arte-Print 286 p.

- Jacobs DE (2005) A Qualitative review of Housing Hazard Assessment protocols in the United States Environmental Research, Article in Press
- Jonckheer P (2005) Etude Relative à la faisabilité d'une formation en santé environnementale en Belgique, Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environment 38 p.
- Lauder W Anderson I Barclay A (2005) Housing and self-neglect: The responses of health, social care and environmental health agencies 19(4): 317-325
- Legiest E, Willems S (2004) Gezondheid in Grote Steden Eindrapport Universiteit Gent 250 p.
- Schamp E (e.a.) (2000) Gezondheid en Leefmilieu Verslagen van het Forum 17 en 18 februari 2000 BIM J-P Hannequart 105 p.
- Sluijs E De Bakker D (1999) Een zoektocht naar nieuwe samenwerkingsvormen, Kwaliteit in Beeld 9(4):2-5
- Takano T Nakamura K (2001) An analysis of health levels and various indicators of urban environments for Healthy Cities projects. Journal Epidemiological Health 55:263-270
- Thomson H (2001) Health effects of housing improvement: systematic review of intervention studies. British Medical Journal 323; 187-90
- Vander Auwera C (2006) Wonen en Gezondheid, Artoos Kampenhout 175 p.
- Verkleij H Verheij RA (eds) Zorg in grote steden Stafleu en van Loghum, Houten 168 p.
- Von Schirnding Y (2000) Addressing the Links between Indoor Air Pollution, Household Energy and Human Health, WHO Washington D.C. 51 p.
- WHO (2004) Wohngesundheit – Erste Ergebnisse einer Studie der WHO, Umwelt medizin gesellschaft 17(3)

Sources non-scientifiques

Jaarverslag 2005, Ocmw Antwerpen

Jaarverslag 2005, Ocmw Gent

Jaarverslag 2005, Dienst Huisvesting Stad Gent

Jaarverslag 2005, Stedelijke Woondienst

Binnenhuismilieubesluit Rapportage 2005, Vlaams Agentschap Zorg&Gezondheid

Brochure Regionale Cel voor Interventie bij Binnenhuisvervuiling (CRIPI)

Jaarverslag 2005 Kenniscentrum Grote steden

Praktisch Handleiding bij het Binnenhuismilieubesluit, LOGO en MMK

Model Handelingsprotocol & randvoorwaarden zorgprogramma's, NIWZ

Sources de site web

www.mmk.be

www.ibgebim.be

www.sami.be

www.ocmwgent.be

www.ocmw.antwerpen.be/huisvesting.htm

www.cpasbru.irisnet.be/

www.cpasdeliege.be/s_rel_log.php

www.liege.be/cadreslg/cadlogem.htm

www.grootstedenbeleid.be

www.hetkenniscentrum.nl

7. Annexes

- Annexe 7.1:** **Example questionnaire**
- Annexe 7.2:** **Templates ‘Bonnes pratiques’**
- Annexe 7.3:** **Example Topiclijst**
- Annexe 7.4:** **Website Kenniscentrum Grote Steden (NL)**
- Annexe 7.5:** **Medisch Milieukundigen**
- Annexe 7.6:** **Resolution concernant environnement et santé
Vlaams parlement**
- Annexe 7.7:** **Handelingen Vlaamse Parlement (betreffende MMK’s)**
- Annexe 7.8:** **CRIPI (Bruxelles)**
- Annexe 7.9:** **SAMI (Liège)**
- Annexe 7.10:** **Structure OCMW/CPAS**
- Annexe 7.11:** **Structure Service de Logement**

Annexe 7.1 : Questionnaire Santé et Logement

Madame, Monsieur,

Pourriez-vous remplir ce formulaire sur la façon dont votre organisme enregistre et transmet les problèmes de logement et/ou de santé ?

Il est possible qu'il y ait plusieurs départements ou services actifs au sein de votre organisme. Est-il possible que chacun des départements / services réponde séparément au questionnaire ?

Vous pouvez renvoyer le questionnaire à l'adresse suivante :

**Département de Médecine Générale ULB
Campus Erasme BP 612
808 route de Lennik
1070 Bruxelles**

Un grand merci pour votre franche collaboration !

Nom de l'organisation :
Eventuellement nom du département :

1. **Quels collaborateurs de votre organisme (ou service) réalisent des visites au domicile du patient/client ? (ex assistant social...)**

Description Collaborateur N°1 – profil :

.....

Description Collaborateur N°2 – profil :

.....

Description Collaborateur N°3 – profil :

.....

Dans le cadre de quel service ont lieu ces visites à domicile ? (ex entretien préliminaire, visite post-natale, ...)

Collaborateur N°1 :

.....
.....
.....
.....

Combien de familles le collaborateur visite-t-il en moyenne par an, combien d'habitations ?

Environ familles / habitations par an

Collaborateur N°2 :

.....
.....
.....
.....

Combien de famille le collaborateur visite-t-il en moyenne par an, combien d'habitations ?

Environ familles / habitations par an

Collaborateur N°3 :

.....
.....
.....
.....

Combien de famille le collaborateur visite-t-il en moyenne par an, combien d'habitations ?

Environ familles / habitations par an

2. Ces collaborateurs évaluent-ils suffisamment les problèmes de santé ou de logement ? Par exemple habitation inappropriée, problèmes d'hygiène ou de salubrité, problème de qualité de l'habitat...

Collaborateur N°1 :

- jamais
- parfois
- régulièrement

Pouvez-vous commenter votre réponse ?

.....
.....
.....
.....

Collaborateur N°2 :

- jamais
- parfois
- régulièrement

Pouvez-vous commenter votre réponse ?

.....
.....
.....
.....

Collaborateur N°3 :

- jamais
- parfois
- régulièrement

Pouvez-vous commenter votre réponse ?

.....
.....
.....
.....

3. Quand les collaborateurs constatent un problème de santé ou de logement durant l'une de leurs visites, l'enregistrent-ils ?

- Non, ils n'enregistrent pas ces problèmes
- Oui, ils enregistrent ces problèmes
 - ils utilisent un formulaire ou un outil d'enregistrement
 - ils enregistrent à leur façon (par ex dans un carnet personnel)

Pouvez-vous commenter votre réponse ?

.....
.....
.....
.....

4. Que fait-on des informations enregistrées ?

A qui transmettez-vous ces problèmes ?

.....
.....
.....
.....

Selon vous, la transmission des problèmes se fait-elle selon des protocoles ou des procédures standardisées ?

Non

Oui

Pouvez-vous commenter votre réponse ?

.....
.....
.....
.....

Etes-vous satisfaits de la façon dont les problèmes de santé et environnement sont transmis dans votre organisme ? Quels sont les points forts et les points faibles dans la transmission actuelle ?

.....
.....
.....
.....

5. Pensez-vous que les collaborateurs de votre organisme sont suffisamment formés, que ce soit durant la formation de base ou un perfectionnement, pour réaliser la détection et la transmission des problèmes de santé et de logement ?

Si oui, pouvez-vous décrire la formation de vos collaborateurs ?

Si non, ressentez-vous un manque ? Pouvez-vous décrire comment vos collaborateurs pourraient être mieux préparés ?

Oui, mes collaborateurs ont reçu une formation suffisante pour mener à bien cette tâche.

De quelle formation de base, ou de quel perfectionnement ont-il bénéficié ?

.....
.....

Non, mes collaborateurs n'ont pas reçu une formation suffisante pour mener à bien cette tâche.

De quelles informations ou aptitudes manquent-ils spécifiquement ?

.....
.....
.....
.....

Comment peuvent-ils être préparés à ce rôle de détection et / ou transmission ?

.....
.....
.....
.....

Nom du champ	Obligation
Intitulé	Breathe Easy at Home Referral System
Auteur	Thomas M. Menino
Date de publication	03 2006
Date de début du projet	2006
Date de fin du projet	N/A
Thème EUKN	M
Domaines connexes	M
Mots clés EUKN	M
Mots clés	M
Description en une ligne	Coopération et référencement professionnels transdisciplinaires dans le cadre de la prévention de l'asthme
Résumé	La collaboration Breathe Easy At Home entre l'Agence d'inspection des logements de la ville et la communauté médicale permet aux médecins de faire des déclarations aux services d'inspection à partir de leurs cabinets, via Internet. Le médecin référent reçoit ensuite automatiquement par e-mail des informations sur la progression du dossier et a un accès on-line qui lui permet de visualiser toutes ces déclarations. Les inspecteurs du service du logement de la ville se rendent au domicile des patients afin de vérifier les infractions au code, qui constituent également des facteurs déclenchants de l'asthme ; les infractions telles que la présence de moisissures, l'infestation de nuisibles/ rongeurs, la mauvaise aération, des sanitaires défectueux, la fumée de cigarette, des tapis insalubres, etc. Cette collaboration permet à la communauté médicale et aux inspecteurs du logement de la ville de travailler ensemble en vue de soulager, tant sur le plan médical que non médical, les patients asthmatiques de Boston.
Thème abordé	La prévention, les soins et la guérison de l'asthme doivent être évalués dans le cadre d'une approche transdisciplinaire.
Résultats	Pas d'application
Approche	Le programme "Breathe Easy at Home, Electronic Web-Base Referral System" fonctionnera comme suit: <ul style="list-style-type: none"> ➢ le personnel médical pose un diagnostic d'asthme et demande au patient la permission de soumettre son dossier à l'Inspection du logement ; ➢ le dossier est introduit dans le système et l'ISD programme une inspection du logement ; ➢ l'inspecteur procède à une inspection détaillée de l'endroit et émet des recommandations ; ➢ le propriétaire est informé des résultats de l'inspection et reçoit un délai pour se mettre en ordre ; ➢ l'inspecteur procède à une nouvelle inspection afin de s'assurer que toutes les infractions ont été éliminées ; ➢ les infractions qui n'ont pas été corrigées sont portées devant le tribunal de logement de Boston en vue de poursuites légales, sur la base d'une lettre du médecin référent.
Ressources et compétences	http://www.cityofboston.gov/isd/bmc
Endroit	Ville de Boston
Bénéficiaires	Patients asthmatiques et les membres de leur famille
Implication UE	O
Contact	Les cliniciens qui désirent rejoindre le réseau de référencement "Breathe Easy" pourront procéder à des référencements par le biais de Breathe Easy at Home. L'enregistrement se fait sur le site web suivant http://www.cityofboston.gov/isd/bmc Les locataires qui n'ont pas de lettre de référencement d'un médecin peuvent contacter la Commission de Santé publique de Boston en vue d'une inspection de leur logement Breathe Easy @ 617-534-5966 ou asthma@bphc.org Si vous avez le moindre problème ou si vous désirez plus d'informations, n'hésitez pas à appeler le Service Logement au 617-635-5322.
Type de contenu	M
Territoire	O

Champ d'application	Obligation
Intitulé	Client Access to Integrated Services and Information (CAISI)
Auteur	
Date de publication	24 juillet 2006
Date de début du projet	1999
Date de début du projet	Toujours en cours
Thème EUKN	M
Domaines connexes	M
Mots clés EUKN	M
Mots clés	M
Description en une ligne	Promouvoir les soins aux sans-abri pour finalement les inciter à abandonner les rues et les abris et trouver un logement.
Résumé	<p>1 Intégration au niveau individuel</p> <p>Au niveau individuel, l'intégration se traduit par l'encouragement des soins aux sans-abri pour les inciter à quitter la rue et les abris et trouver un logement. Cette transition peut être facilitée par:</p> <p>1) Une prise en charge précoce et un bon référencement – ce qui implique d'identifier les problèmes de santé chroniques et les problèmes sociaux de manière précoce et d'orienter les clients vers les programmes communautaires et les abris les mieux à même de les aider à résoudre leurs problèmes. 2) Gestion multi-agences –signifie proposer aux sans-abri l'occasion d'avoir accès à des soins au niveau de plusieurs agences qui toutes travaillent avec un seul plan de gestion des dossiers. 3) Soutenir la transition de la rue et des abris au logement –signifie que l'intégration au niveau individuel doit être motivée par le but ultime de mettre fin au statut de sans-abri de l'individu pris en charge.</p> <p>2. Intégration au niveau de la population</p> <p>1) Evaluation des besoins en temps réel –signifie que les agences qui participent au système CAISI peuvent avoir accès d'un simple clic au nombre de sans-abri vivant dans les rues ou dans les abris, qui sont malades mentaux, toxicomanes et/ou handicapés. 2) En temps réel – signifie que ceux qui travaillent pour trouver un logement aux sans-abri auront accès aux données décrites ci-dessus pour mieux pouvoir mettre en place un changement systémique susceptible de mettre fin à cette situation chronique, et notamment une aide plus importante au logement / et ressources pour mettre fin à la situation de sans-abri. 3) Instruments de santé publique - Le système CAISI fournit des outils utiles au contrôle TB (par exemple connaissance d'une infection TB latente au niveau individuel et au niveau de la population générale), planification vaccinale contre la grippe et les infections à pneumocoques (connaissance des taux d'immunisation parmi les sans-abri et sous-groupes de sans-abri), planification des pandémies / contrôle des épidémies (information sur l'exposition, notamment listes de ceux qui ont peut-être été exposés à la TB ou à d'autres maladies infectieuses par le biais d'un programme détaillé ou l'enregistrement des hospitalisations).</p>
Thème abordé	Le projet CAISI a pour objectif de réduire le fléau que représente le fait d'être sans-abri en promouvant l'intégration des soins au niveau des agences, au niveau de l'individu et au niveau de la population en utilisant un système d'information électronique.
Résultats	Niveau opérationnel atteint
Approche	Pas d'application
Ressources et compétences	http://www.caisi.ca/index.html
Endroit	Santé publique Toronto
Bénéficiaires	Les sans-abri

Implication UE	O
Contact	D. Philip Berger, Chief Department of Family and Community Medicine St. Michael's Hospital 30 Bond Street Toronto, ON M5B 1W8 BergerP@smh.toronto.on.ca <BergerP@smh.toronto.on.ca>
Type de contenu	M
Territoire	O

Champ d'application	Obligation
Intitulé	The mental health/outreach team (Health and Social Supports Branch Community Services Department City of Hamilton)
Auteur	Valine Vaillancourt
Date de publication	/
Date de début du projet	
Date de début du projet	Toujours en cours
Thème EUKN	M
Domaines connexes	M
Mots clés EUKN	M
Mots clés	M
Description en une ligne	Rendre les services de santé, de logement et de services sociaux accessibles.
Résumé	Développer des relations avec des individus dans les rues et les abris, qui n'ont pas accès aux services sociaux et aux services de santé. Les aider à avoir accès à la nourriture, au transport, au logement, à l'emploi et à des ressources financières. Leur apprendre et promouvoir les comportements permettant de réduire les risques. Établir des relations qui favorisent la confiance et l'acceptation.
Thème abordé	Faire connaissance avec les populations marginalisées et les aider à accéder à la santé, au logement et aux services sociaux.
Résultats	Un service opérationnel fournissant une réelle assistance.
Approche	Former une équipe pour lui apprendre à travailler dans un système dans lequel chacun et chaque élément sont destinés non pas à assouvir des ambitions de compétition ou de reconnaissance individuelle, mais de contribuer au système dans son ensemble sur une base win-win.
Ressources et compétences	Health and Social Supports Branch, Community Services Department, City of Hamilton
Endroit	Ville de Hamilton, Ontario, Canada
Bénéficiaires	Les sans-abri - les toxicomanes - les malades mentaux
Implication UE	O
Contact <input type="checkbox"/> Valine Vaillancourt Manager Mental Health/Outreach Team Health and Social Supports Branch Community Services Department City of Hamilton 905-546-3597 Valine Vaillancourt Manager Mental Health/Outreach Team Health and Social Supports Branch Community Services Department City of Hamilton 905-546-3597 vvaillan@hamilton.ca	<input type="checkbox"/> Type de contenu <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Territoire <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Type de contenu

Territoire	O
------------	---

Champ d'application	Obligation
Intitulé	Minnesota Visiting Nurse Agency
Auteur	Blade, Mary Ann
Date de publication	2005
Date de début du projet	Pas d'application
Date de début du projet	NA
Thème EUKN	M
Domaines connexes	M
Mots clés EUKN	M
Mots clés	M
Description en une ligne	Les infirmières MVNA proposent à leurs clients un éventail complet de services de santé à domicile.
Résumé	Le personnel infirmier participe à une formation continue destinée à mettre à jour ses niveaux de compétences cliniques et techniques. Les clients peuvent être assurés que nos soins à domicile sont sûrs, efficaces et d'une grande qualité clinique qui répond aux normes en matière de pratique médicale.
Thème abordé	Vérifier l'aspect environnement et santé du logement des clients.
Résultats	Pas d'application
Approche	<p>Les services comprennent:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Observation et évaluation compétentes des signes vitaux, réponses aux médicaments et traitements, ainsi que l'apprentissage de la gestion de la sécurité de la maison ou différentes maladies chroniques aiguës ou maladies invalidantes. ● Soins post-chirurgicaux, soins des plaies, prises de sang. ● Soins intestinaux et d'incontinence. ● Instructions dans le cadre du diabète et soins cardiaques et respiratoires. ● Administration d'injections intramusculaires / sous-cutanées. ● Apprentissage et administration de traitements intraveineux. ● Instructions sur les soins en cas de stomie, d'iléostomie et de colostomie. ● Instructions relatives aux sondes gastriques pour gavage. ● Services aux personnes en fin de vie. <p>MVNA propose également les services et programmes suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Gestion professionnelle des cas infirmiers *Evaluation de la sécurité de l'environnement dans les homes pour personnes âgées *Soins palliatifs – expertise dans le contrôle de la douleur *Logopédie, ergothérapie et travailleurs sociomédicaux *Aides à la santé à domicile *Programme South East Senior- Block Nurse Program *Soins en hospice (brevetés)
Ressources et compétences	http://www.mvna.org
Endroit	Minnesota (USA)
Bénéficiaires	Les patients bénéficiant de soins à domicile dans la région du Minnesota.
Implication UE	O

Contact	Minnesota Visiting Nurse Agency, 3433 Broadway Street NE, Suite 300, Minneapolis, MN 55413 ; 612-617-4600 (tel), 612-617-4659 (fax) Blade, Mary Ann
Type de contenu	M
Territoire	O

Champ d'application	Obligation
Intitulé	Housing and Health in Auckland
Auteur	Jenny Rankine
Date de publication	2005
Date de début du projet	1996
Date de début du projet	Toujours en cours
Thème EUKN	M
Domaines connexes	M
Mots clés EUKN	M
Mots clés	M
Description en une ligne	L'Auckland Regional Public Health Service organise des activités sous le thème de l'importance du logement dans la santé dans la région d'Auckland.
Résumé	Ce rapport a été conçu pour les travailleurs de la santé publique et de la promotion de la santé, le gouvernement et les organisations locaux intéressés ou impliqués dans le thème du logement. Son objectif est de résumer les connaissances actuelles, d'identifier les lacunes et de dresser l'inventaire des interventions suggérées, essayées ailleurs ou en cours d'essai dans la région.
Thème abordé	Mettre le thème de la 'santé et du logement' à l'agenda.
Résultats	Rapport sur les connaissances actuelles en matière de santé, d'environnement et de logement.
Approche	Pas d'application
Ressources et compétences	Auckland Regional Public Health Service
Endroit	Auckland, Nouvelle-Zélande
Bénéficiaires	Les habitants de la ville d'Auckland
Implication UE	O
Contact	Adresse centrale Cornwall Complex, Floor 2 Building 15, Greenlane Clinical Centre Auckland Tél.: (+64 9) 623 4600 http://www.arphs.govt.nz/publications/HealthyHousing/Healthy_Housing.asp
Type de contenu	M
Territoire	O

Champ d'application	Obligation
Intitulé	The Seattle-King County Health Homes Project
Auteur	James W. Krieger
Date de publication	Avril 2005 (American Journal of Public Health)
Date de début du projet	2000
Date de début du projet	2001
Thème EUKN	M
Domaines connexes	M
Mots clés EUKN	M
Mots clés	M
Description en une ligne	Application d'une approche détaillée destinée à améliorer la qualité environnementale intérieure dans les logements d'individus à bas revenus dans lesquels habitent des enfants asthmatiques.
Résumé	L'asthme pédiatrique constitue un problème de santé publique croissant, qui affecte de manière disproportionnée les personnes ayant de faibles revenus et les personnes de couleur. L'exposition aux facteurs déclenchants intérieurs de l'asthme joue un rôle important dans l'apparition et les crises d'asthme. Ce projet décrit la mise en œuvre du Seattle–King County Healthy Homes Project, une étude contrôlée, randomisée, de travail d'intervention de proximité / éducation destinée à améliorer la santé au niveau de l'asthme en réduisant l'exposition aux allergènes et aux irritants dans les logements. Nous avons choisi au hasard 274 enfants de familles à faibles revenus souffrant d'asthme et âgés de 4 à 12 ans et les avons attribués à un groupe à haute ou faible densité. Dans le groupe à haute densité, les agents sanitaires de communauté appelés Community Home Environmental Specialists (CHES), ont procédé à des évaluations environnementales intérieures initiales, ont remis aux occupants de ces logements des plans d'action individualisés et ont procédé à des visites supplémentaires sur une période de 12 mois afin d'éduquer et d'apporter un soutien social et d'encourager les actions des participants, leur fournir du matériel leur permettant de réduire l'exposition (y compris notamment des housses de literie), une aide au niveau de l'éradication des rongeurs et nuisibles et les encourager à améliorer leurs conditions de logement. Les membres du groupe faible intensité ont bénéficié de l'évaluation initiale, du plan d'action logement, d'une éducation limitée dans le cadre de la visite d'évaluation et ont reçu de la literie.
Thème abordé	Amélioration de la qualité de l'environnement intérieur dans les logements dans lesquels résident des enfants asthmatiques vivant dans des familles à faibles revenus.
Résultats	Les agents sanitaires ont réussi à diminuer le nombre de jours avec symptômes asthmatiques et le nombre des recours à l'aide médicale urgente tout en améliorant le score de qualité de vie des soignants. L'amélioration obtenue a été proportionnelle à l'intensité de l'intervention.
Approche	Le projet SKCHH était basé sur une approche intégrée de réduction de l'exposition aux facteurs déclenchants de l'asthme et autres risques environnementaux intérieurs. Nous avons souligné qu'un nombre limité de conditions sous-jacentes, notamment une humidité excessive, la poussière, la présence de tapis, des déficits structurels et la propreté du logement, étaient liées à l'exposition à de nombreux risques. Nous avons également appris aux participants à mettre en œuvre des mesures simples à faible coût et durables pour améliorer les conditions et nous avons pris des mesures plus spécifiques axées sur certaines expositions particulières. Nous avons émis l'hypothèse qu'apporter aux participants la connaissance, les outils et le soutien nécessaires pour qu'ils mettent en place eux-mêmes certaines actions plutôt que d'exécuter ces actions à leur place, donnerait des résultats plus durables.
Ressources et compétences	Public Health – Seattle and King County
Endroit	Seattle
Bénéficiaires	Enfants asthmatiques
Implication UE	O
Contact	J. Krieger ; Public Health – Seattle & King County, 999 Third Avenue, Ste. 1200, Seattle, WA 98104 USA. Téléphone (206) 296-6817 E-mail james.krieger@metrokc.gov

Type de contenu	M
Territoire	O

Champ d'application	Obligation
Intitulé	Healthy Homes Program (USA)
Auteur	
Date de publication	24 juillet 2006
Date de début du projet	1999
Date de début du projet	Encore en cours
Thème EUKN	M
Domaines connexes	M
Mots clés EUKN	M
Mots clés	M
Description en une ligne	Dans le budget 1999, le Department of Housing and Urban Development a proposé une initiative baptisée Health Homes destinée à protéger les enfants des conditions de logement responsables de nombreuses maladies et blessures.
Résumé	L'expérience du HUD dans la prévention de l'intoxication par le plomb chez les enfants. La solution à ce problème de santé publique réside dans la correction des conditions de logement (risques liés aux peintures à base de plomb). Le programme de subvention du contrôle des risques liés à la peinture à base de plomb du HUD nécessite la présence d'agences de logement et de santé locales capables de collaborer entre elles et avec les groupes communautaires pour fournir les services nécessaires. Les communautés qui ont été capables d'arriver à une bonne coordination ont obtenu de bons résultats: ceux qui ont essayé de faire "cavalier seul" en limitant ce programme à une agence locale de logement ou de santé ont encouru de longs retards dans la mise en oeuvre et d'autres difficultés.
Thème abordé	Cette initiative est partie des efforts de l'Administration pour répondre aux besoins spéciaux en matière de sécurité et de santé environnementales des enfants préconisée dans l'Ordre exécutif 13045 sur les risques sanitaires environnementaux et risques en matière de sécurité des enfants. Les maladies et blessures liées au logement entraînent un lourd tribut au niveau des enfants.
Résultats	Depuis 1999, le HHI a distribué 21,2 millions de \$ en subventions de démonstration et d'éducation, 6,4 millions de \$ en subventions pour des études techniques (de recherche) et 4 millions de \$ en subventions pour la lutte contre les moisissures et l'humidité. Les subventions vont d'environ 250.000 \$ à 1.500.000 \$. Jusqu'à présent, les soumissions à ces subventions ont débouché sur 41 subventions dans les catégories suivantes: projets de démonstration – projets d'éducation – études techniques (recherche) – projets de contrôle des moisissures et de l'humidité.
Approche	Cette initiative était destinée à poursuivre les activités existantes sur les thèmes relatifs à la santé et à la sécurité liées au logement, y compris le contrôle du risque d'intoxication au plomb, la sécurité structurelle des bâtiments, la sécurité électrique, la protection contre l'incendie, etc., et de s'attaquer au problème des maladies et blessures des enfants liées au logement de manière plus générale. L'intention est de procéder à une mise à jour du Plan au fur et à mesure de l'acquisition des nouvelles connaissances, de l'établissement de nouveaux liens entre les manquements au niveau du logement et les risques sanitaires, et de l'efficacité croissante dans la mise en oeuvre de l'initiative.
Ressources et compétences	http://www.hud.gov/offices/lead/hhi/index.cfm
Endroit	U.S. Department of Housing and Urban Development 451 7th Street S.W., Washington, DC 20410 Téléphone: (202) 708-1112 TTY: (202) 708-1455
Bénéficiaires	Les enfants et les citoyens des Etats-Unis
Implication UE	O
Contact	Peter Ashley, DrPH U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD) Office of Healthy Homes and Lead Hazard Control Room P3206 451 7th Street, SW Washington, D.C. 20410 Fax: 202 755-1000 Peter J. Ashley@hud.gov or Emily E. Williams@hud.gov

Type de contenu	M
Territoire	O

Champ d'application	Obligation
Intitulé	The Philadelphia Lead Abatement Strike Team
Auteur	Carla Campbell
Date de publication	24 juillet 2006
Date de début du projet	2002
Date de début du projet	2004
Thème EUKN	M
Domaines connexes	M
Mots clés EUKN	M
Mots clés	M
Description en une ligne	Accompagnement socio-pédagogique et socio-professionnel des primo-arrivants de la commune
Résumé	Le projet Lead Abatement Strike Team (LAST) a été développé en 2002 par le Ministère de la Santé publique de Philadelphie en réponse à une préoccupation communautaire exprimée au niveau de la prise en charge des enfants ayant des taux élevés de plomb dans le sang. Quatorze cents propriétés (hébergeant au moins un enfant ayant un taux de plomb élevé dans le sang) ont été identifiées dans le cadre d'une inspection et considérées comme présentant des risques en matière d'intoxication au plomb auxquels aucune solution environnementale satisfaisante (contrôle des risques liés au plomb) n'avait été apportée. Au cours des deux premières années du projet LAST, 834 nouveaux logements ont également été identifiés dans ce cadre. La sensibilisation de la population à ce problème, obtenue en partie grâce à des efforts de la communauté, a mené à l'allocation d'un budget de 1,5 million de \$ pour le développement de solutions environnementales.
Thème abordé	Améliorer l'état de santé des enfants au niveau de leur taux de plomb dans le sang.
Résultats	Au cours des deux premières années du programme LAST, 1.037 propriétés (à la fois anciennes et nouvelles) hébergeant 1.476 enfants ont été réhabilitées, ce qui représente une augmentation importante en termes de capacité de résolution des problèmes d'intoxication au plomb.
Approche	Un groupe de collaborateurs tant du domaine de la santé que du logement et d'autres fonctionnaires a été formé. La résolution des problèmes dans les logements présentant des risques dans le cadre de l'intoxication au plomb a été renforcée par la mise en place d'une cour de justice spécialement et exclusivement consacrée aux cas d'infractions commises par les propriétaires au niveau des lois de prévention contre l'intoxication au plomb. La désignation d'un groupe d'inspecteurs de réduction du plomb agréé en Pennsylvanie, le développement de l'équipe sanitaire de réduction de ce risque, la création d'une capacité de relogement temporaire et la possibilité de financer les travaux de réparation de base ont été les éléments clés de cette rapide amélioration de la situation.
Ressources et compétences	http://www.phila.gov/health/units/lead/index.html
Endroit	Ville de Philadelphie
Bénéficiaires	Enfants ayant des taux de plomb élevés dans le sang
Implication UE	O
Contact	Adresse de correspondance: Carla Campbell, MD, MS, Childhood Lead Poisoning Prevention Program, Philadelphia Department of Public Health, Philadelphia Nursing Home, Bldg. 3, 2100 West Girard Ave., Philadelphia, PA 19130-1400 ; tél. 215-685-2795 ; fax 215-685-2978; e-mail <Carla.Campbell@phila.gov>.
Type de contenu	M
Territoire	O

Champ d'application	Obligation
Intitulé	Development National Healthy Homes Training Center and Network, USA
Auteur	Rebecca L Morley
Date de publication	2006
Date de début du projet	2003
Date de début du projet	Toujours en cours
Thème EUKN	M
Domaines connexes	M
Mots clés EUKN	M
Mots clés	M
Description en une ligne	Le National Healthy Homes Training Center Network propose des formations croisées en matière d'habitat sain aux professionnels des secteurs de l'environnement, de la santé et du logement.
Résumé	<p>Cette initiative de formation tient compte des liens scientifiques établis entre le logement et la santé ; de la prévalence des risques et de la charge que représentent les maladies et les blessures qui y sont associées ainsi que de la disponibilité de méthodes pratiques et de protocoles à faible coût et fiables pour l'évaluation et le traitement des risques pour la santé et la sécurité liés à l'habitat.</p> <p>Ce centre de formation offre à ses participants l'occasion d'apprendre les principes clés d'un logement sain ; un forum d'échange d'informations sur les stratégies de logement sain; de bénéficier d'un mécanisme de mise en application des nouvelles recherches et d'opportunités de mise en réseau, de collaboration et de partenariat.</p>
Thème abordé	L'objectif ultime de cette initiative financée par l'U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et l'U.S. Department of Housing and Urban Development (HUD) est d'augmenter les compétences des travailleurs de la santé publique, de la santé environnementale et du logement dans le domaine de l'habitat sain et d'encourager les changements politiques dans la manière dont le logement est développé, rénové et entretenu aux Etats-Unis.
Résultats	En 2005, le NCHH et ses partenaires de formation ont formé près de 200 personnes, réalisé une présentation vidéo de sensibilisation aux aspects d'un habitat sain, mis en place un Healthy Homes Clearinghouse proposant des informations on-line sur l'habitat sain, mis au point un cours sur l'habitat sain destiné aux spécialistes de la rénovation des logements et lancé un programme de partenariat d'entreprise destiné à soutenir le centre de formation. En 2006, le NCHH a anticipé l'évolution de la situation en doublant le nombre de personnes formées, en lançant une initiative communautaire pour élargir la formation aux gouvernements communautaire dans le Sud-Ouest, élargir le Healthy Homes Clearinghouse, développer une formation on-line et mettre au point et diriger un cours d'habitat sain destiné aux entrepreneurs et commerciaux.
Approche	Développer l'instruction en matière de formation ou de programme éducationnel peut se faire sous de nombreuses formes. Il n'existe pas de modèle parfait et chaque modèle offre des avantages et présente des inconvénients. (ASTD 1997). Toute approche réussie est basée sur une approche systématique, objective et organisée et sur les paramètres suivants: • A qui s'adresse le programme mis au point (public cible) • Quelles connaissances le programme apportera-t-il à l'individu qui y participe (compétences) • Quelle est la meilleure approche pédagogique au niveau du contenu ou des compétences impliqués dans le programme (infrastructure – méthodes, activités, ressources) • Mesure de l'apprentissage réalisé (évaluation). Au niveau de la conception du Healthy Homes Training Center Curriculum, le NCHH a combiné deux approches de développement de la formation – l'Instructional Systems Design (ISD) et l'approche par compétence (Competencies and Curriculum Workgroup 2002, Grafinger 1998).
Ressources et compétences	rmorley@centreforhealthyhousing.org
Endroit	District of Columbia, USA
Bénéficiaires	Professionnels de la santé publique (et autres)
Implication UE	O

Contact	The National Center for Healthy Housing 10227 Wincopin Circle, Suite 100, Columbia, MD 21044 410.992.0712 / Fax: 410.715.2310 Rebecca L. Morley (rmorley@centerforhealthyhousing.org) Dave Jacobs (djacobs@centerforhealthyhousing.org)
Type de contenu	M
Territoire	O

Champ d'application	Obligation
Intitulé	Praktische handleiding bij het Binnenhuisbesluit (MMK Vlaanderen)
Auteur	Experts en santé environnementale (LOGOS)
Date de publication	2004
Date de début du projet	2004
Date de début du projet	Pas d'application
Thème EUKN	M
Domaines connexes	M
Mots clés EUKN	M
Mots clés	M
Description en une ligne	Ce manuel est destiné à expliquer les problèmes de santé liés à l'environnement intérieur pour lesquels vous pouvez vous adresser à des experts en médecine environnementale ou auprès de l'Inspection flamande de la santé.
Résumé	Il se penche avant tout sur le rôle que peut jouer l'expert en médecine environnementale dans le domaine de l'information sur les problèmes de milieu intérieur. Ensuite, il est important de savoir de quel service se compose les services proposés par les experts en médecine environnementale et l'Inspection flamande de la santé en ce qui concerne les problèmes de santé liés au milieu intérieur. Pour être complet, ce manuel aborde également plusieurs problèmes liés à l'habitat, qui ne sont pas repris dans l'arrêté sur le milieu intérieur ou ne font pas partie de nos compétences. Dans ces cas, nous avons essayé de vous orienter vers les instances les plus appropriées.
Thème abordé	Que faire en cas de problèmes de milieux intérieurs dans le cadre de l'arrêté sur le milieu intérieur ?
Résultats	Pas d'application
Approche	Aperçu sous forme de schéma des problèmes dans les bâtiments Partie 1 : Information et source d'information Partie 2: Procédures de traitement des plaintes
Ressources et compétences	Experts en santé environnementale des LOGOS // www.mmk.be
Endroit	Flandre
Bénéficiaires	Surtout les professionnels, mais aussi dans une moindre mesure les citoyens
Implication UE	O
Contact	Viviane Oltheten ; Medisch Milieukundige LOGO Gent vzw Baudelohof 9000 Gent TEL. 09/2357422 / FAX 092357426 GSM 0494523050 Viviane.Oltheten@gent.be
Type de contenu	M
Territoire	O

Champ d'application	Obligation
Intitulé	Habitools
Auteur	Coordination : L'asbl Rassemblement Bruxellois pour le Droit l'Habitat
Date de publication	Mai 2006
Date de début du projet	Pas d'application
Date de début du projet	Pas d'application (site web)
Thème EUKN	M
Domaines connexes	M
Mots clés EUKN	M
Mots clés	M
Description en une ligne	Habitools 2006 est un catalogue reprenant plus d'une centaine d'outils relatifs à l'éducation au logement mis au point par 28 associations actives dans le secteur du logement, accessible par thème, par associations ou via une liste exhaustive.
Résumé	Les associations et organismes qui travaillent dans le secteur du logement ont été amenés dans leur pratique quotidienne à développer différents outils pour sensibiliser leurs publics à bien habiter. Ces outils de sensibilisation touchent différents thèmes au cœur de la pratique de ces associations et organismes. Ces différents thèmes sont, entre autres, les pollutions intérieures, les stratégies pour consommer de manière durable et intelligente, les droits et devoirs des locataires et des propriétaires, les différents aspects pratiques comme "dois-je assurer mon logement ?". Ces outils peuvent prendre différentes formes: vidéo, brochures, formation, maquettes. Le présent catalogue reprend l'inventaire des outils que les différentes associations et organismes ont développé. Il présente plus d'une centaine d'outils mis au point par 28 associations et organismes, tant sur Bruxelles qu'en Wallonie, repris par thématique. Il est parti d'une volonté de mettre au point un outil de travail pouvant servir aux travailleurs sociaux dans leur quotidien.
Thème abordé	L'objectif est un objectif informatif et pratique, ce catalogue apportant toutes les informations nécessaires sur les différents outils développés : qui les a développés, à quel public est-ce destiné, de quel type d'outil s'agit-il ...
Résultats	NVT
Approche	<p>Animaux Nuisibles Info</p> <p>Code du logement Info</p> <p>Droits et Devoirs Info</p> <p>Eco-Consommation Info</p> <p>Education Info</p> <p>Pollutions Intérieures Info</p> <p>Pratique Info</p> <p>Sécurité Info</p>
Ressources et compétences	http://www.habitools.org/
Endroit	Brussel
Bénéficiaires	Information et outils pour professionnels dans le secteur de l'habitat
Implication UE	O
Contact	<p>Coordination : Rassemblement Bruxellois pour le Droit l'Habitat a.s.b.l.</p> <p>Rue du Grand Serment nr 2 / bte 1</p> <p>1000 Bruxelles</p> <p>Tél.: 02/502.84.63</p> <p>Email: rbdh@skynet.be</p>
Type de contenu	M
Territoire	O

Champ d'application	Obligation
Intitulé	Site web NIGZ Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen
Auteur	NIGZ (NE) Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
Date de publication	2005
Date de début du projet	2001
Date de début du projet	Pas d'application
Thème EUKN	M
Domaines connexes	M
Mots clés EUKN	M
Mots clés	M
Description en une ligne	Ce manuel est destiné à expliquer les problèmes de santé liés à l'environnement intérieur pour lesquels vous pouvez vous adresser à des experts en médecine environnementale ou auprès de l'Inspection flamande de la santé.
Résumé	Le projet SLAG s'occupe, depuis sa mise en place en 2001, du soutien des professionnels locaux de la santé, notamment au niveau de l'approche locale des discriminations en matière de santé. Les programmes d'information traditionnels n'ont jamais réussi jusqu'à ce jour à éliminer les discriminations en matière de santé. Ce projet inscrit ses interventions dans une 'approche communautaire', et accorde une place centrale à une approche locale, axée sur le quartier et intersectorielle. La promotion locale de la santé en général s'est en effet avérée plus efficace que les programmes de promotion de la santé nationaux et c'est pourquoi, depuis 2004, l'ensemble du NIGZ opère de manière 'locale'. Le soutien et les conseils des professionnels locaux de la santé en tant que service de santé communal.
Thème abordé	Axé sur le soutien de la politique de santé locale et des professionnels de la santé locale
Résultats	Pas d'application
Approche	En tant que cadre théorique, ce projet est basé sur un modèle de Leckie, Pettigrew & Sylvain (1996) qui essaie d'expliquer le comportement de recherche d'information des professionnels de la santé. Ce modèle part de l'hypothèse que le besoin d'information est déterminé par différentes caractéristiques liées à celui qui recherche les informations, par exemple les variables démographiques, les tâches et domaines d'attention. Le besoin en information mène à un comportement de recherche d'information. Le fait que quelqu'un recherche ces informations auprès d'une source donnée dépend de sa préférence pour un certain type de source d'information et de son opinion sur le fait qu'il dispose ou non de ce type de source.
Ressources et compétences	www.slag.nu
Endroit	Worldwideweb Pays-Bas
Bénéficiaires	Surtout les professionnels
Implication UE	O
Contact	NIGZ / SLAG Joop ten Dam Postbus 500 3440 AM Woerden <i>Accessible du lundi au jeudi compris:</i> 0348-439834/ 0348-439854
Type de contenu	M
Territoire	O

Bijlage 7.3: Exemple topiclist

Tables rondes : information pour les modérateurs

Nombre d'ateliers : 5

Nombre de participants par groupe : environ 10 + le modérateur

Participeront à ces ateliers des personnes issues des secteurs de la santé, du bien-être et du logement. Il est important d'exposer la vision des divers groupes.

Contenu des discussions

Le but de ces discussions est de réfléchir sur la manière dont les problèmes de logement et santé pourraient être détectés et transmis de manière standardisée à l'avenir.

Le commanditaire de l'étude (Ministère de l'Intégration Sociale, département des Grandes Villes) pense même à **introduire une nouvelle fonction : « médecin du logement »**. Ce médecin serait contacté quand des professionnels, lors d'une visite à domicile, constateraient des problèmes de santé liés à la qualité du logement ou lorsqu'ils soupçonneraient que les conditions de logement pourraient entraîner des problèmes de santé. Ce médecin serait un expert en ce qui concerne l'impact de conditions spécifiques de logement (par exemple la présence de formaldéhyde dans une maison) sur la santé.

Durant ces discussions, nous allons entendre **ce que les participants pensent de cette proposition** : quels sont les points positifs et négatifs...

Nous ne voulons pas limiter la discussion à cette nouvelle fonction mais ouvrir le débat sur l'absolue nécessité d'une centrale pour les problèmes de logement et/ou santé (que ce soit tenu par un médecin ou non), sur les alternatives possibles, sur les pièges à éviter dans l'utilisation de procédures standardisées de détection et/ou de transmission des informations, sur la façon dont la détection des problèmes de logement et/ou santé peut être intégrée dans l'ensemble des tâches des professionnels, sur les besoins de formation complémentaire pour les professionnels...

Liste de points

Le modérateur coache les discussions et les balise vers la liste de points à analyser. Il est important de traiter les mêmes thèmes dans chaque atelier de discussion. Comme le nombre de points est considérable, nous avons mis en évidence les questions déterminantes. Nous vous demandons **d'insister sur ces questions** lors de vos ateliers.

Comité d'éthique

Nous désirons que les modérateurs attirent l'attention des participants :

- sur le fait que les discussions seront traitées, et les assurer du respect de l'anonymat.
- Sur les informations reprises dans le dossier distribué : signaler une fois de plus le but de la recherche, le respect de la vie privée, comment recevoir plus d'information...
- Sur la signature du consentement éclairé !

Nous demandons aux modérateurs de récupérer les consentements éclairés afin de les donner finalement à Valérie Alaluf.

Dictaphones

Nous utilisons des dictaphones pour l'enregistrement (3 analogiques et 2 digitaux). Les cassettes des dictaphones analogiques durent 30 minutes. **Il faut donc changer de cassette toutes les 30 minutes.** Les appareils digitaux doivent être enclenchés au début de la discussion et éteints à la fin.

ATELIERS DE DISCUSSION : LISTE DE POINTS A ABORDER

Détection pendant la visite à domicile ?

- Lors de vos visites à domicile, ou de visites de vos collaborateurs, vous constatez probablement régulièrement des problèmes de santé ou des problèmes liés à la qualité de l'habitat. **Comment faites-vous, ou vos collaborateurs, le lien entre les problèmes de santé et la qualité du logement ?**
- Pensez-vous **que la tâche des professionnels de la santé** doit considérer la qualité du logement comme partie de la santé des habitants ? La détection et la transmission des problèmes de logement/santé doivent-ils être **intégrés dans la pratique quotidienne des professionnels ?**
- Dans votre organisme, y a-t-il des protocoles, **des documents... qui soutiennent vos collaborateurs durant leurs visites à domicile** dans leur vigilance sur l'impact du logement sur la santé ou sur les conséquences du logement sur la santé ? *Par exemple une liste de points à observer lors de la visite à domicile.*

Que se passe-t-il après la détection de problèmes durant une visite à domicile ?

- **Que se passe-t-il dans votre organisme quand un de vos collaborateur constate lors d'une visite à domicile** un problème de santé qui pourrait être lié à la qualité de l'habitat, ou un problème de qualité du logement qui pourrait conduire à des problèmes de santé pour l'habitant ? Pouvez-vous décrire les étapes qui sont suivies (de la détection à la solution) ?
- Le plan d'action est-il déterminé dans votre organisation (par exemple sous forme de **protocoles ou procédures**) ou est-il variable d'une fois à l'autre ?
- Pensez-vous que l'absence de manière structurée de réagir à un problème de logement ou santé dans votre organisme constitue un **manque** (ou une **plus-value** s'il existe une réponse structurée) ?
Par structuration, nous entendons qu'on suive un protocole ou une procédure pour rendre compte d'un problème.

Travail en réseau avec d'autres services

Peut-être est-il difficile de faire la différence entre les deux questions suivantes. Dans ce cas, elles peuvent traitées ensemble.

- Comment se passe **la collaboration entre collaborateurs travaillant dans les secteurs de la santé, du bien-être et du logement** ? Quels facteurs freinent ou stimulent le travail en réseau ?
- Comment se passe la transmission d'informations entre votre organisme et **les services concernés** ? Quels facteurs freinent ou stimulent le travail en réseau ?
- Votre organisme travaille-t-il avec **des services spécifiques** quand des problèmes de logement pourraient être la cause d'un problème de santé détecté ou quand des problèmes de logement constatés pourraient produire des problèmes de santé ? Avec qui ? Comment cela fonctionne-t-il ?
- Y a-t-il des initiatives locales qui **facilitent ou stimulent** la rencontre de divers secteurs (santé, bien-être, logement) ? Cherche-t-on des solutions à des problèmes individuels ?

Résumé

Quels points critiques voyez vous dans le processus détection – transmission de l'information dans votre organisation – action ? (parcourir le processus et inventorier les points critiques).

- Quels sont les points critiques pour le travail transdisciplinaire et transsectoriel ?

Nécessité d'une centrale ?

- Y a-t-il besoin d'une centrale pour les problèmes de santé et logement ?
- Comment peut-on imaginer cette centrale ? Forme organisationnelle ? Centrale ou locale ? Conditions indispensables ? Points critiques possibles ?
- Tout comme la « médecine du travail » est une tâche spécifique de la médecine, on pourrait développer une « **médecine de l'habitat** ». Ce médecin se spécialiserait dans l'impact de facteurs de logement sur la santé. Il/elle serait contacté(e) quand des services de soins ou aide soupçonneraient que les problèmes de santé d'un client soient liés à des facteurs de logement ou quand ils soupçonnent qu'une situation de logement pourrait potentiellement menacer la santé des habitants. Pourriez-vous être d'accord avec cette vision ?
- Tout comme il existe une inspection automobile technique, il pourrait aussi exister une **inspection du logement**. Pourriez-vous être d'accord avec cette vision ?
- Connaissez-vous des **initiatives** qui visent spécifiquement **l'impact du logement sur la santé** ?

Formation du personnel d'aide et de soins

- Dans la formation de base de vos collaborateurs, a-t-on porté assez d'attention à l'impact de l'habitat sur la santé ?
- Cela se trouve-t-il dans la formation de base ?
- Y a-t-il des formations complémentaires qui visent à cela ?
- Y a-t-il un besoin ? Y a-t-il des conditions pour une telle formation complémentaire ?
- Connaissez-vous des organismes qui organisent de telles formations ?

Annexe 7.4 Website Kenniscentrum (Ndl)

Voorbeeld [48-uursservice](#) van het Kenniscentrum Grote Steden (Ne)

In 2006 zal de 48-uursservice, als instrument in de interactie met de klant, vaker onder de aandacht worden gebracht. Als klanten op de website geen antwoord vinden op hun vraag, dan zoeken medewerkers van het Kenniscentrum het antwoord op. De korte adviesaanvragen worden, in beginsel, binnen 48 uur beantwoord. Gebleken is dat de klant de service hoog waardeert. Repeterende vragen worden opgenomen in een register van antwoorden. Daarmee is een bestand van Frequently Asked Questions (FAQ) opgebouwd. Met het Content Management Systeem is het eenvoudiger voor elk kennisprogramma een bestand van FAQ op te bouwen.

Verder heeft onze website een DOCBANK. De docbank is de digitale bibliotheek van het Kenniscentrum. De website is de centrale toegang tot **alle kennis** over het grotestedenbeleid die het Kenniscentrum verzamelt voor **31 grote steden en 9 departementen**. Via de 'DOCBANK' op de website hebben de gebruikers van het Kenniscentrum toegang tot relevante praktijkkennis, onderzoeksresultaten en documenten.

Voorbeeld **DOCBANK** Kenniscentrum Grote Steden

In de eerste helft 2005 heeft het Kenniscentrum de implementatie gedaan van **een nieuw content management systeem, een redactiesysteem waarin alle websites** van het Kenniscentrum zijn ondergebracht. Op 9 maart heeft het Kenniscentrum dit systeem gelanceerd. De websites zijn niet alleen in een nieuw jasje gestoken, maar volledig opnieuw opgebouwd. Daardoor zijn ze gebruiksvriendelijker en geavanceerder geworden: met verbeterde zoekfuncties, de mogelijkheid om gebaseerd op persoonlijke behoefte en voorkeuren op de hoogte te worden gehouden van de laatste ontwikkelingen en optimale serviceverlening aan mensen die via de website hun vragen stellen. Voor de website wordt gebruik gemaakt van open source en open standaarden. Op basis van deze technieken heeft het Kenniscentrum in november de XML-award 2005 gewonnen, de onderscheiding voor **de beste XML-aangedreven website van Nederland**. De prijs wordt jaarlijks toegekend aan een organisatie die met haar website innovatief gebruik maakt van XML-toepassingen.

De nieuwe website is de centrale toegang tot alle kennis over het grotestedenbeleid die het Kenniscentrum verzamelt voor 31 grote steden en 9 departementen. Via de 'DOCBANK' op de website hebben de gebruikers van het Kenniscentrum toegang tot relevante praktijkkennis, onderzoeksresultaten en documenten.

In 2005 is het Kenniscentrum gestart met **een methode om kennis te valideren**. Bezoekers van de website kunnen in een oogopslag zien wat de meest gewaardeerde kennis is. Het Kenniscentrum kan zo best practices omzetten in proven practices. Het waarderingssysteem is speciaal voor de content van de **e-bibliotheek** ontwikkeld. Het aantal merktekens () bij documenten op de DOCBANK geeft bezoekers direct inzicht in de kwaliteit van de aangeboden kennis.

Een taxonomie is een hiërarchische woordenlijst die zorgt voor een logische ordening van een verzameling documenten, doordat aan ieder document op een website één of meerdere thema's worden toegekend. In de Internetwereld heet dit 'tagging'. Het Kenniscentrum heeft **in 2005 twee grootstedelijke**

taxonomieën ontwikkeld. De ene taxonomie is voor de Nederlandstalige websites en is door het Kenniscentrum zelf opgesteld, de Engelstalige variant heeft EUKN met haar partners ontwikkeld. Tussen deze twee bestaat uiteraard een duidelijke samenhang. De Engelstalige variant is in het **European Urban Knowledge Network** in heel Europa in gebruik, waardoor deelnemende Europese kennisinstellingen ‘één gemeenschappelijke taal’ spreken.

De resultaten van de DOCBANK in 2005 zijn in onderstaande tabel samengevat.

websites, bezoekers, pagina's

en kennisvragen	2001	2002	2003	2004	2005
A Thematische websites	1	2	7	14	30
B Bezoekers aan websites	13.070	69.915	215.966	607.878	782.104
C Kennispagina's	123	351	2.054	4.632	7.041
Praktijkvoorbeelden	37	65	304	611	937
Onderzoeken	43	93	305	550	797
D Kennisvragen	93	173	497	549	429
Frequently Asked Questions			58	124	106

Tabel: Groei van het Kenniscentrum A. Thematische websites

Tot nu toe verdubbelt het aantal websites ieder jaar. De groei in 2005 is met name veroorzaakt door tien websites die het Kenniscentrum heeft gebouwd voor de partners van het European Urban Knowledge Network.

De Vereniging voor Statistiek en Onderzoek, de Commissie Stedelijke Distributie, de G4 en G27 hebben het beheer van hun eigen websites ondergebracht bij het Kenniscentrum. Gesprekken in 2005 hebben geleid tot een nauwe samenwerking met de vereniging van griffiers en het Kenniscentrum gaat in 2006 ook voor deze vereniging een website ontwikkelen. Deze samenwerking is separaat gefinancierd.

Voor alle websites geldt: door de bundeling van deze kennis met de bestaande kennis ontstaat meerwaarde: enkelvoudige invoer, meervoudig gebruik.

Thematische websites:

- Grote vier Statistieken en onderzoeksinformatie over de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag, Utrecht)
- G27.nl Grootstedelijk nieuws uit de G27-steden
- European Urban Knowledge Network: Een Europees platform om kennis, onderzoeksresultaten en ervaring op stedelijk gebied uit te wisselen, bestaande uit 15 lidstaten. Het Kenniscentrum verzorgt de websites voor de tien lidstaten die nog geen eigen website hadden.
- DOCBANK: Zoekmachine in alle praktijkvoorbeelden, wetenschappelijke onderzoeken, nieuws en dossiers van het Kenniscentrum
- Stedelijke Distributie: Kennis over de binnenstedelijke bereikbaarheid voor het goederenvervoer
- Vereniging voor Statistiek en Onderzoek Kennis- en informatie-uitwisseling tussen onderzoekers

B. Bezoekers aan de websites

De stijging van bezoekersaantallen heeft zich ook in 2005 voortgezet. Het totaal stijgt niet alleen, maar ook het bezoek van de thematische website stijgt. Slechts de websites, waarvan het kennisprogramma is beëindigd, laten over het algemeen een daling zien.

Redenen van de stijging in bezoekersaantallen:

- meer websites, die met elkaar verbonden zijn (wederzijdse versterking);
- meer webpagina's;

betere vindbaarheid via zoekmachines sinds de vernieuwing van de website (bijvoorbeeld, in Google staat het Kenniscentrum met de term 'integratie' bovenaan).

Bezoekers websites Kenniscentrum

Eerste 2 maanden 2005

63.672 januari 2005

57.089 februari 2005

Laatste twee maanden 2005

102.705 november 2005

84.432 december 2005

C. Kennispagina's, praktijkvoorbeelden en onderzoeken

In 2005 heeft het Kenniscentrum geïnvesteerd in **de kwaliteit van de webpagina's**. De overgang naar een nieuw systeem heeft niet alleen gezorgd voor een fris uiterlijk. De pagina's die de redactie in het verleden heeft geschreven zijn nagelopen op volledigheid en validiteit. Zo zijn pagina's geactualiseerd en is kennis toegevoegd. Ook is door de ontwikkeling van een taxonomie de classificatie van de kennis naar thema's verbeterd.

De productiedoelstellingen voor 2005 zijn behaald; er is veel nieuwe kennis toegevoegd. Nieuwe thema's, zoals veilig ondernemen en creatieve industrie, zijn opgenomen in de DOCBANK. Reeds bestaande thema's zijn door de redacteurs verder verdiept tot dossiers, bijvoorbeeld over de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en luchtkwaliteit. Deze combinatie van actualiseren, verzamelen en verdiepen van kennis zorgde voor een kwaliteitsverbetering die het Kenniscentrum in 2006 verder doorzet.

D. Kennisvragen / Frequently Asked Questions

Uit de cijfers blijkt **een daling van ongeveer 20 % in het aantal kennisvragen in 2005**. De oorzaak van deze daling kan meerdere redenen hebben. Een van de redenen is dat op de vernieuwde website bezoekers de benodigde kennis makkelijker kunnen vinden. **In het onderdeel 48-uurservice op de website staan de Frequently Asked Questions, of meest gestelde vragen, opgesomd. Bezoekers vinden daardoor eerder het antwoord op hun vraag op de website.** Met andere woorden, de kwaliteit van de DOCBANK doet op die manier het aantal kennisvragen verminderen. Niettemin is directe interactie met de bezoeker voor het Kenniscentrum van groot belang. Het aantal kennisvragen blijft daarom intensief gemonitord en waar nodig vindt bijsturing plaats.

Annexe 7.5 Medisch Milieukundigen

LOGO's

De **Medisch Milieukundigen** (MMK's) hebben als werkingsgebied één of meerdere **LOGO-regio's (Lokaal Gezondheidsoverleg vzw)** en zijn ook bij deze LOGO's gehuisvest.

De **26 Vlaamse LOGO's** hebben als opdracht elk in hun regio aan de 5 Vlaamse gezondheidsdoelstellingen te werken: **tabakspreventie, promoten van gezonde voeding, ongevallenpreventie thuis en in het verkeer, vaccinatie en borstkankerscreening**. Deze doelstellingen realiseren zij in samenwerking met verschillende lokale partners, zoals gemeentebesturen, scholen, bedrijven, huisartsen, e.a.

Een LOGO-team bestaat meestal uit een coördinator, 2 stafmedewerkers en een administratieve kracht. Ten gevolge van de subsidiëring van het Medisch Milieukundig Netwerk door de Vlaamse Gemeenschap, beschikt LOGO Brussel niet over een MMK.

OCL vzw

Hoewel de **MMK's** bij de LOGO's ondergebracht zijn, is hun **werkgever OCL (Ondersteuningscel LOGO's)**. OCL (www.ondersteuningscellogos.be) is een vzw die, naast het tewerkstellen van de MMK's, de LOGO's ondersteunt op het gebied van de ziektepreventie (borstkankerscreening en vaccinatiebeleid).

Het OCL-team bestaat uit een coördinator, 2 experts ziektepreventie en een administratieve kracht.

MedischE MilieukundE in Vlaanderen

Door het losbarsten van een aantal gezondheid-en-milieuschandalen (de dioxinecrisis, het Coca-Cola incident etc.) en de polemiek rond de huisvuilverbrandingsovens in Wilrijk en Sint-Niklaas, kwam het thema 'Gezondheid en Milieu' eind jaren negentig uitgebreid in het nieuws.

Vermits onze Nederlandse burens al meer dan een decennium ervaring hadden op het gebied van de medische milieukunde, werd nagegaan of hun manier van werken eventueel vertaald kon worden naar de Vlaamse situatie. Dit onderzoek (nov 1998 – feb 1999) leidde uiteindelijk tot een "**Eindrapport**" met een aantal mogelijke scenario's'. **Eén van deze scenario's, een medisch milieukundig netwerk bestaande uit drie niveaus, werd besproken met de toenmalige minister van Volksgezondheid Mieke Vogels**. De eerste conceptnota "Gezondheid en Milieu in Vlaanderen - naar een geïntegreerde aanpak met verschillende actoren" kwam er uiteindelijk in april 2000. **Eind 2000** werd er in het Vlaams Parlement een **ad hoc commissie 'Milieu en gezondheid'** opgericht onder leiding van de Heer Johan Malcorps. Dit resulteerde in een maatschappelijke beleidsnota "Milieu en gezondheid" die op 4 juli 2001 unaniem werd goedgekeurd door het Vlaamse Parlement.

Het heeft dan **tot 2004 geduurd vooraleer het Vlaams Medisch Milieukundig Netwerk een feit was**. Het autonoom Vlaams Medisch Milieukundig netwerk beoogt zowel een maximale **primaire preventie** (voorkomen van gezondheidsproblemen ten gevolge van een verontreinigd leefmilieu) als **secundaire preventie** (tijdig opsporen van potentiële bedreigingen in het leefmilieu voor de volksgezondheid). Het ganse netwerk streeft naar en is ontworpen voor een volwaardige participatie van diverse actoren en betrokken op vlak van gezondheid en milieu, zowel op lokaal als op Vlaams niveau:

- Op lokaal niveau werden **de LOGO's, het lokaal gezondheidsoverleg**, bemand met medisch milieukundigen, die instaan voor de ontwikkeling van een platform en overlegkader met artsen, apothekers, kinesisten, gemeenteambtenaren en belangengroepen. Ze vangen vragen en klachten op, signaleren ongewenste blootstelling van risicogroepen aan belastende milieufactoren, registreren milieugerelateerde gezondheidsklachten en zijn actief in voorlichting en risicocommunicatie.
- Op de tweede trap staan de **Afdeling Toezicht Volksgezondheid** (voorheen de Vlaamse gezondheidsinspectie) en de Dienst Milieu & Gezondheid van het Departement Leefmilieu, Natuur en Energie (LNE). De Afdeling Toezicht Volksgezondheid **adviseert de gezondheidsaspecten bij de aanvraag van een milieuvergunning**. Ze bewaakt ook de kwaliteit van het luik gezondheid in milieueffectenrapporten. Afdeling Toezicht Volksgezondheid kan ook bedrijven controleren of ze de gestelde voorwaarden naleven. Verder signaleren ze medisch milieukundige probleemsituaties op basis van trends en **ondersteunen ze de eerstelijnsfunctie van de medisch milieukundigen** bij complexe dossiers. Tenslotte staat Afdeling Toezicht Volksgezondheid in voor de uitwisseling van gegevens met de derde trap van het netwerk.



- Deze derde trap bestaat uit **het Steunpunt Milieu en Gezondheid**, een consortium van onderzoeksgroepen van alle Vlaamse universiteiten, de Vlaamse Instelling voor Technologisch Onderzoek (VITO), het Provinciaal Instituut voor Hygiëne (PIH), de Universiteit van Maastricht, het Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis Geel en het UZ Antwerpen. Hun strategische doelstellingen liggen op het vlak van **beleidsondersteuning, ontwikkeling**

van beleidsinstrumenten, surveillance en biomonitoring, toegepast milieu- en gezondheidsonderzoek, sociaal en gezondheidseconomisch onderzoek en ontwikkeling van methodologieën.

Taken en diensten

1. Aanspreekpunt voor vragen en klachten gerelateerd aan gezondheid en milieu

De MMK's beantwoorden en behandelen medisch milieukundige vragen, klachten en meldingen van gemeentelijke diensten, CLB's, huisartsen etc. Deze taak kan onderzoek en risicocommunicatie noodzakelijk maken.

Enkele voorbeelden:

- Er is onrust rond GSM-masten. Wat zijn de mogelijke gezondheidsrisico's?
- In een woonwijk komen veel gevallen van kanker voor. Kan dit te maken hebben met de aanwezigheid van industrie?
- Ik krijg meer patiënten met chronische luchtwegaandoeningen. Wat kan hier de oorzaak van zijn?
- Kan schimmel in huis allergieën veroorzaken?

2. Signaleringsfunctie

De MMK's kunnen dreigende of bestaande gezondheidsrisico's als gevolg van het milieu signaleren.

Dergelijke signalen kunnen voortkomen uit eigen onderzoek, nieuwe ontwikkelingen in de regio of een plotselinge toename van bepaalde klachten. Ze onderzoeken deze signalen en beoordelen het risico voor de volksgezondheid. Als een ongewenste situatie dreigt te ontstaan, wordt dat gemeld aan de directe betrokkenen en zo nodig aan de lokale overheid.

Enkele voorbeelden:

- In een gemeente komen significant veel leukemiegevallen voor.
- Er is bij de bevolking een potentieel gezondheidsrisico door de aanwezigheid van grote hoeveelheden vliegen.
- Uit bodemonderzoeken blijkt dat de omgeving van een droogkuis ernstig verontreinigd is en dat er gezondheidsrisico's zijn voor omwonenden.
- **Iemand woont in een woning die gezondheidskundig onbewoonbaar is.**

3. Voorlichting ter preventie

Onder preventieve voorlichting vallen activiteiten die gericht zijn op voorkoming van gezondheidsschade als gevolg van milieufactoren. **De MMK's ondersteunen en/of organiseren zelf voorlichtingsactiviteiten (vb.**

lezingen, ...) of verdelen ontwikkeld voorlichtingsmateriaal (**folders, brochures, ...**). Daarnaast nemen zij deel aan georganiseerde campagnes in een breder verband (vb. de **cadmiumpreventiecampagne voorjaar 2004** i.s.m. de Vlaamse Gezondheidsinspectie).

Naast deze preventieve voorlichting geven de MMK's ook specifieke voorlichting in reactie op gebeurtenissen of ter ondersteuning van andere taken.

Doelgroepen

De Medisch Milieukundigen (MMK's) zijn voor hun werking in grote mate afhankelijk van **lokale actoren en belanghebbenden** op vlak van gezondheid en milieu (gemeentelijke milieu-en gezondheidsambtenaren, huisartsen, lokale actiegroepen etc.)

- Zij hebben vaak een goed beeld van lokale milieu-en gezondheidsknelpunten of milieufactoren die bij de bevolking onrust veroorzaken

- Ze hebben daarnaast ook een kennis van de risicogroepen

- Ze hebben een goede vertrouwensrelatie met de burger

- Ze beschikken over efficiënte en toegankelijke informatiekanalen en –middelen (nieuwsbrieven, infobladen, platformvergaderingen etc.)

Daarom is de MMK-werking in de eerste plaats gericht op deze lokale intermediairen. Vanuit hun professionaliteit en onafhankelijkheid **trachten de MMK's intermediairen die geconfronteerd worden met vragen en klachten rond gezondheid en milieu, vrijblijvend en niet bindend te ondersteunen en adviseren.**

Individuele burgers kunnen **enkel via intermediairen** terecht bij de MMK's.

Annexe 7.6 : Wettekst II. VOORSTEL VAN RESOLUTIE BETREFFENDE MILIEU EN GEZONDHEID (*Parl. St.* VI. Parl. 2005-06, nr. 731/1)

II.1. Toelichting door een indiener

In de vergadering van 9 maart 2006 geeft mevrouw *Joke Schauvliege* toelichting bij het voorstel van resolutie.

Mevrouw Schauvliege stelt dat het voorstel van resolutie ruimer is opgevat dan het voorstel van de heer Daems e.a.. Ze kan begrip opbrengen voor de bekommernis van de heer Daems voor specifieke doelgroepen zoals ouderen en kinderen. Er zijn echter nog andere kwetsbare groepen, zoals zwangere vrouwen bijvoorbeeld, en de indieners van het nieuwe voorstel zien geen reden om de tekst te beperken tot de genoemde groepen.

Mevrouw Schauvliege stelt verder dat de problematiek inzake milieu en gezondheid reeds herhaaldelijk ter sprake kwam in de commissie, onder meer naar aanleiding van vragen en interpellaties. Op 7 juli 2005 heeft de plenaire vergadering, na een interpellatie in de commissie, een met redenen omklede motie goedgekeurd over het onderzoek naar de relatie tussen milieu en gezondheid (*Parl. St.* VI. Parl. 2004-05, nr. 425/1).

Ook het Vlaamse regeerakkoord heeft aandacht voor dit thema en stelt dat Vlaanderen zijn voorttrekkersrol in het onderzoek naar milieu en gezond moet behouden. Daar moeten de nodige middelen voor worden uitgetrokken.

De regering wordt in het voorstel van resolutie gevraagd verder werk te maken van het uitvoeren van de andere aanbevelingen van de Commissie ad hoc Milieu en Gezondheid, na toetsing aan het regeerakkoord. Het multidisciplinaire wetenschappelijke onderzoek naar de relatie milieu en gezondheid moet worden voortgezet en moet tot bruikbare indicatoren leiden. Via een concreet fasenplan moeten de lokale verontreinigingsbronnen worden gedetecteerd en aangepakt.

Het is belangrijk objectieve informatie te verspreiden bij de bevolking en de huisartsen en daarbij ook voldoende aandacht te hebben voor senioren en kinderen, zonder de informatieverstrekking tot die doelgroepen te beperken.

Tijdens de vorige legislatuur werd ook een biomonitoringonderzoek bij pasgeborenen opgezet; de eerste resultaten zijn bekend. De doelstelling van deze studie is 'meten om te weten' om dan in tweede instantie over te gaan tot acties: 'meten om te doen'. Er wordt in de resolutie gevraagd dat onderzoek voort te zetten, te evalueren en uit te breiden. De regering wordt gevraagd ten aanzien van specifieke probleemstoffen concrete beleidsinitiatieven te nemen om hun aanwezigheid terug te dringen en de schadelijke gezondheidseffecten te verminderen.

Tot slot wordt gevraagd het Europese programma inzake milieugevaarlijke stoffen (REACH) zo snel mogelijk te vertalen naar de Vlaamse beleidscontext en de nieuwe Europese norm voor fijne stofdeeltjes zo snel mogelijk te halen. De indieners zijn er zich

van bewust dat dit laatste een moeilijke opdracht zal zijn, maar de Vlaamse Regering heeft volgens mevrouw Schauvliege reeds de eerste stappen in de goede richting gezet.

II.2. Bespreking

De heer *Rudi Daems* heeft op zich geen probleem met de inhoud van het voorstel van resolutie zoals toegelicht door mevrouw Schauvliege. Het lid betreurt wel dat de indieners terughoudend zijn om aan bepaalde doelgroepen extra aandacht te schenken. De bespreking van het jaarverslag van het Kinderrechtencommissariaat (*Parl. St. VI. Parl. 2005-06, nr. 42/1*) in de commissie toonde net aan dat aandacht vragen voor een specifieke doelgroep na een aantal jaren resultaat kan opleveren in het beleid. Het voorstel van resolutie van Groen! omvat alle kwetsbare groepen, dus ook zwangere vrouwen bijvoorbeeld, maar wil specifiek voorloper zijn inzake ouderen en milieu en gezondheid. Binnen 10 tot 20 jaar zal de samenleving hoe dan ook worden geconfronteerd met de specifieke 'problemen' van de alsmaar groter wordende groep ouderen. De heer Daems kondigt aan dat hij mede-indiener is van een amendement dat de resolutie verder aanvult met specifieke aandachtspunten.

Mevrouw *Joke Schauvliege* bevestigt dat een amendement wordt ingediend waarin specifieke aandacht wordt gevraagd voor kwetsbare groepen en waarin onder meer wordt verwezen naar het actieplan voor milieu en gezondheid van kinderen. Op die manier wordt een evenwicht gevonden tussen het vragen van aandacht voor specifieke doelgroepen en het teveel focussen op bepaalde groepen.

Mevrouw *Marleen Van den Eynde* verwijst naar het standpunt van Vlaams Belang inzake de REACHverordening, dat aan bod is gekomen bij de bespreking van het voorstel van resolutie van de heer Rudi Daems e.a. betreffende het beleid inzake milieugevaarlijke chemische stoffen in Vlaanderen, en in het bijzonder de uitvoering van de Europese REACHverordening (*Parl. St. VI. Parl. 2005-06, nrs. 512/1 en 2*). Vlaams Belang staat achter de belangrijke baten en doelstellingen van het Europese programma, zoals het verminderen van het aantal doden door minder schadelijke chemicaliën. Het voorstel van verordening werd door de fractie echter verworpen in het Europees Parlement omdat duidelijk is dat het huidige voorstel een zeer grote administratieve rompslomp meebrengt. Bovendien vreest de fractie dat de verordening kostenverhogende effecten zal hebben voor de bedrijven met het delokaliseren van jobs en industriële activiteiten tot gevolg. Er zal ook een enorm verlies zijn aan innovatiekracht ten voordele van een aantal andere grote industriële mogelijkheden zoals de Verenigde Staten en Japan. Hoewel amendementen de tekst nog enigszins verbeterden, heeft Vlaams Belang toch tegen de verordening gestemd in het Europees Parlement.

Het voorliggende voorstel van resolutie betreffende milieu en gezondheid bevat de aanbeveling om REACH zo snel mogelijk naar de Vlaamse beleidscontext

te vertalen. Mevrouw Van den Eynde kondigt aan dat haar fractie een amendement indient om deze aanbeveling te schrappen.

De heer *Rudi Daems* ziet tegenstrijdigheden in het discours van Vlaams Belang. In eerdere tussenkomsten in de commissie heeft onder meer mevrouw Van den Eynde gewezen op de relatie tussen milieu en gezondheid en op de risico's van bepaalde chemicaliën. Dat is in tegenstrijd met de houding van de fractie inzake het voorstel van verordening, dat door toedoen van het lobby-apparaat van de chemische industrie reeds sterk werd afgezwakt.

De heer *Frans Wymeersch* repliceert dat er een grote rechtlijnigheid is in het standpunt van Vlaams Belang. Het onderbouwde standpunt dat in het Europees Parlement werd aangenomen, wordt vandaag bevestigd in het standpunt van de fractie ten aanzien van de voorliggende resolutie.

II.3. Wijziging van de tekst

De amendementen zijn gepubliceerd in *Parl. St.* VI. Parl. 2005-06, nr. 731/2.

Amendement nr. 1 van de heren Frans Wymeersch, Pieter Huybrechts en Stefaan Sintobin, mevrouw Marleen Van den Eynde en de heer Wim Van Dijck strekt ertoe aanbeveling 7°, over het vertalen van REACH naar de Vlaamse beleidscontext, te schrappen.

Amendement nr. 1 wordt verworpen met 9 stemmen tegen 4.

Amendement nr. 2 van mevrouw Joke Schauvliege en de heren Rudi Daems, Patrick Lachaert en André Van Nieuwkerke en de dames Tinne Rombouts en Stern Demeulenaere strekt ertoe een 9°, 10° en 11° toe te voegen.

Daarin wordt de Vlaamse Regering gevraagd de werking van de medisch-milieukundigen te optimaliseren en de administratieve samenwerking tussen milieu en gezondheid verder te versterken; op Vlaams niveau maximaal uitvoering te geven aan de Vlaamse engagementen binnen het Belgisch actieplan voor milieu en gezondheid van kinderen (CEHAP) en werk te maken van sensibilisatie en, rekening houdend met specifieke kwetsbare groepen, van een waarschuwingssysteem bij milieu-incidenten, zoals ozonvervuiling, hittegolven en pieken van luchtverontreiniging, met aanduiding van de risico's en de te nemen maatregelen.

De indieners voegen er in de verantwoording aan toe dat de laatste alinea van de toelichting van het voorstel van resolutie als volgt moet worden gelezen:

“Verder onderzoek en beleid rond de effecten van milieuvervuiling is van belang voor alle leeftijdsgroepen. Iedereen heeft recht op een gezond leefmilieu. Daarbij is bijzondere aandacht nodig voor gevals specifieke kwetsbare groepen.”

Amendement nr. 2 wordt aangenomen met 9 stemmen bij 4 onthoudingen.

II.4. Eindstemming

Het gewijzigde voorstel van resolutie wordt aangenomen met 9 stemmen tegen 4.

De verslaggever, De voorzitter,

Hilde CREVITS Patrick LACHAERT

TEKST AANGENOMEN DOOR DE COMMISSIE

Het Vlaams Parlement,

– vraagt de Vlaamse Regering, wat betreft het beleid met betrekking tot milieu en gezondheid:

1° verder werk te maken van het uitvoeren van de aanbevelingen van de parlementaire Commissie ad hoc Milieu en Gezondheid, na toetsing van het regeerakkoord;

2° het multidisciplinaire wetenschappelijk onderzoek naar de relatie milieu en gezondheid voort te zetten en tot bruikbare indicatoren te komen die vatbaar zijn voor actie waardoor de voortrekkersrol van Vlaanderen in het onderzoek naar milieu en gezondheid blijft behouden;

3° via een concreet fasenplan de (lokale) verontreinigingsbronnen te detecteren en aan te pakken.

4° informatie te verspreiden bij de bevolking en de huisartsen over het voorkomen en verminderen van blootstelling aan verontreiniging en daarbij ook voldoende aandacht te besteden aan gerichte informatie voor senioren en kinderen en aandacht te hebben voor centrale, open en objectieve communicatie;

5° het Vlaamse Humaan-Biomonitoringprogramma voort te zetten, te evalueren, en uit te breiden naar kwetsbare doelgroepen zoals jongeren en senioren op basis van de resultaten van dit onderzoek op volksgezondheidsvlak. Daarvoor worden de nodige financiële en personele middelen uitgetrokken;

6° ten aanzien van specifieke probleemstoffen zoals fijn stof, cadmium en endocrien versturende stoffen, concrete beleidsinitiatieven te nemen om hun aanwezigheid in het milieu terug te dringen en de schadelijke gezondheidseffecten te verminderen;

7° het Europese programma inzake milieugevaarlijke stoffen (REACH) zo snel mogelijk te vertalen naar de Vlaamse beleidscontext;

8° de nieuwe Europese norm (1999/30/EG) voor fijne stofdeeltjes zo snel mogelijk te halen en daartoe een actieprogramma op te zetten;

9° de werking van medisch-milieukundigen te optimaliseren en de administratieve samenwerking tussen milieu en gezondheid verder te versterken;

10° op Vlaams niveau maximaal uitvoering te geven aan de Vlaamse engagementen binnen het Belgisch actieplan voor milieu en gezondheid van kinderen (CEHAP), in opvolging van de afspraken van de interministeriële conferentie van Boedapest;

11° werk te maken van sensibilisatie en, rekening houdend met specifieke kwetsbare groepen, van een waarschuwingssysteem bij milieu-incidenten, zoals ozonvervuiling, hittegolven en pieken van luchtverontreiniging, met aanduiding van de risico's en de te nemen maatregelen.

Annexe 7.7 : Handelingen Vlaams Parlement aangaande de MMK's

Uit **Handelingen, 7 februari 2006** Rudi Daems versus Minister Vervotte (Commissievergadering, Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, **Vlaams Parlement**) blijkt dat er wel degelijk getwijfeld wordt aan **de functionele inhoud van de MMK's**. Volgende citaten geven dit weer:

'Ik vraag me af of de inhoud en de draagwijdte van dit besluit wel voldoende bekend zijn en of de mensen die het moeten uitvoeren voldoende slagkracht hebben voor een degelijke opvolging.'

*'Uit nieuwsgierigheid heb ik vorige week de proef op de som genomen. Ik heb willekeurig 10 huisartsen opgebeld, weliswaar zonder enige wetenschappelijke pretentie. Ik vroeg hun of ze de LOGO's kenden, of ze het probleem van binnenhuisverontreiniging kenden en of ze het besluit kenden om daar eventueel onderzoek naar te laten verrichten. **Het resultaat van mijn telefonenquête was dat 7 van de 10 artsen – netjes verdeeld 2 per provincie – daar compleet niets van afwisten. Eén arts had zelf schimmels uit een woning meegenomen naar een labo in Sint-Jan om te laten onderzoeken of er geen binnenhuismilieu probleem was. Dat bevestigt mijn vermoeden dat de mogelijkheden niet zo goed bekend zijn.'***

'Daarnaast hebben de LOGO's misschien ook onvoldoende middelen, zowel financieel als logistiek en qua personeel, om die eerstelijns taak te volbrengen en bijvoorbeeld de huisartsen, die toch fungeren als belangrijke aanspreekpunten, te betrekken en metingen te laten doen in publieke of privé-gebouwen'

'Mijnheer Daems, u stelt terecht de vraag over de bekendheid en hoe we die kunnen versterken. In eerste instantie is dat een taak van de medisch milieukundigen.'

'Mevrouw de minister, als ik goed heb gerekend, gebeurden op 2 jaar tijd 24 binnenhuismetingen. Dat is toch een veeg teken. Dat wil zeggen dat heel weinig mensen het instrument kennen

en ermee vertrouwd zijn.'

'Ik vraag me ook af of één halftijdse medisch milieukundige – die niet alleen met het binnenhuismilieu bezig moet zijn, maar ook met bijvoorbeeld de preventie van geneesmiddelen – in een regio van gemiddeld 5 tot 10 gemeenten, voldoende sterk staat om naar de doelgroepen te stappen en met het binnenhuismilieu bezig te zijn. Het zou toch nuttig zijn te bekijken of versterking mogelijk is.'

'Als een huisarts een gezondheidsprobleem vaststelt, staat de groene ambulance ter beschikking om metingen te verrichten. Ik kan me vergissen, maar ik denk dat tot nu toe, als er een binnenhuismeting wordt gevraagd voor een privé-gebouw, een school of een publiek gebouw, een mini-overheidsaanbesteding moet gebeuren. Een beperkte overheidsopdracht is een verschrikkelijk logge procedure om een labo aan te stellen om metingen te verrichten.'

Annexe 7.8 : CRIPI (IBGE, Bruxelles)

Vous habitez Bruxelles et vous avez des allergies, des maux de tête chroniques, des difficultés de concentration, des nausées répétitives ? **Vous êtes peut-être victime de pollution intérieure. Informez-en votre médecin de famille, l'ambulance verte passera peut-être par chez vous**

C'est en février 2000 que l'IBGE a créé, en partenariat avec l'ISP et la FARES, une **Cellule Régionale d'Intervention en Pollution Intérieure (CRIPI)**. Cette cellule, via une approche globale et intégrée vise à repérer, dans l'habitat, les pollutions pouvant être à la source de problèmes de santé. Elle intervient, en **complément d'un diagnostic médical**, lorsqu'un médecin suspecte qu'un problème de santé pourrait être lié à la présence d'une pollution à l'intérieur de l'habitation de son patient. Ce diagnostic s'accompagne de conseils pour réduire, voire éliminer, la ou les nuisance(s) et ainsi améliorer la santé des habitants.

Dans une approche préventive cette fois, un **autre objectif** de la cellule est l'étude et l'**évaluation des pollutions intérieures liées à l'habitat urbain en Région de Bruxelles-Capitale**. Ces travaux permettront à plus long terme de préparer une stratégie d'actions (conseils, comportements, traitements,...).

Qui peut solliciter la CRIPI?

L'accès à CRIPI se fait sur demande médicale et ne concerne que les habitations situées en Région de Bruxelles-Capitale.

Une **équipe constituée d'analystes et d'une infirmière sociale** se rend au domicile de l'habitant pour effectuer des prélèvements chimiques et biologiques et remplir un questionnaire avec l'habitant (concernant son mode de vie). Après analyse et commentaires des résultats par le médecin de famille ou le spécialiste (celui qui a alerté la cellule), des conseils spécifiques sont donnés. **L'intervention financière des autorités publiques d'aides sociales peut être sollicitée pour certains investissements à réaliser**. Un suivi du médecin et de l'équipe de la CRIPI permet l'évaluation des solutions mises en place.

Premiers résultats

Après **3 années d'existence** (2003), **317** interventions ont été réalisées à la demande de médecins bruxellois, avec les enseignements suivants:

Les interventions ont concerné **tous les niveaux socio-économiques** et l'ensemble du territoire de la Région;

Un tiers des interventions concernaient des **enfants**;

Les **symptômes** pour lesquels CRIPI est intervenu sont très variés et diversifiés. Ils comprennent des affections respiratoires, mais aussi des allergies cutanées, des nausées. Généralement, plus d'un symptôme a été mis en évidence chez un même malade;

Les résultats ont montré une **contamination des logements** par des polluants chimiques (invisibles) et biologiques (moisissures et acariens);

Certaines **situations très préoccupantes** ont mené au déménagement des occupants ou à la condamnation de la pièce contaminée;

Plus de 50% des habitants ont perçu une amélioration de leur santé après l'intervention de CRIPI, mais surtout suite l'application des conseils donnés.

Parmi les problèmes rencontrés on peut distinguer:

Les problèmes liés à une **mauvaise utilisation du logement**, les activités et les comportements ont une influence sur la qualité de l'air intérieur;

Les problèmes liés à une **aération insuffisante** du logement;

Les problèmes liés au **bâtiment** et à sa conception

Annexe 7.9 : SAMI (Wallonie)

La pollution intérieure est donc un problème complexe connu de longue date mais qui a été mis en avant depuis plus de quinze ans par le monde médical et scientifique et c'est ainsi qu'alertées, **les Autorités de la Province de Liège ont créé en octobre 1999 le premier Service d'Analyse des Milieux Intérieurs de Belgique « SAMI » dans le cadre de ses missions de subsidiarité, se saisissant d'une question délaissée par les autres niveaux de pouvoir.** Depuis lors, d'autres provinces ont emboîté le pas et ainsi pratiquement l'ensemble de la population francophone de Belgique a, à sa disposition, un Service d'Analyse des Milieux Intérieurs. Les coordonnées de ces différents services peuvent être consultées sur www.sami.be.

Comment le SAMI fonctionne-t-il ?

La première étape est la demande qui va souvent émaner du patient mais qui doit toujours être relayée par un médecin qui aura rédigé une prescription. Le dossier pourra ainsi être instruit par l'équipe du SAMI tant au niveau médical que technique.

Dans un premier temps, certains conseils seront donnés soit par téléphone soit par l'envoi de fiches techniques rédigées à cet effet. Ces fiches peuvent être obtenues auprès du SAMI sur simple demande. Elles concernent le radon, l'humidité, le formol, le monoxyde de carbone, les pesticides et l'aménagement des chambres d'enfants.

Lorsque cela s'avère nécessaire l'équipe du SAMI se rendra à domicile et, après un examen général du bâtiment, une visite de la maison, pièce par pièce, sera réalisée. Au moyen de différents appareillages, une détection sera effectuée afin de découvrir les différents agents qui pourraient être la cause de la pathologie évoquée mais surtout pour comprendre l'origine de ces polluants et ainsi pouvoir donner des conseils spécifiques à l'habitant afin de lui permettre de réduire l'exposition de sa famille à ces nuisances. Si nécessaire, des échantillons seront emportés vers le laboratoire pour une analyse plus fine. Différentes photographies seront prises lors de cette visite afin de pouvoir rédiger, à l'intention du médecin demandeur, un rapport circonstancié reprenant tous les éléments mis en évidence ainsi que les conseils prodigués.

Après quelques semaines voire quelques mois, un contact sera pris avec le patient afin de connaître l'évolution de son état de santé. Le même type de démarche sera effectué auprès de son médecin traitant. Ces renseignements permettront une évaluation de l'efficacité du SAMI et des éventuels nouveaux besoins en terme de types de polluants à rechercher.

L'intervention du SAMI est gratuite pour tout habitant de la Province de Liège.

Le SAMI peut ainsi détecter ou analyser de nombreux polluants qu'ils soient de nature physique, chimique ou biologique. La liste de ces polluants est déjà longue mais n'est pas limitée, en ce sens que toute nouvelle situation peut déboucher sur la mise au point d'une méthode de détection pour un nouveau polluant.

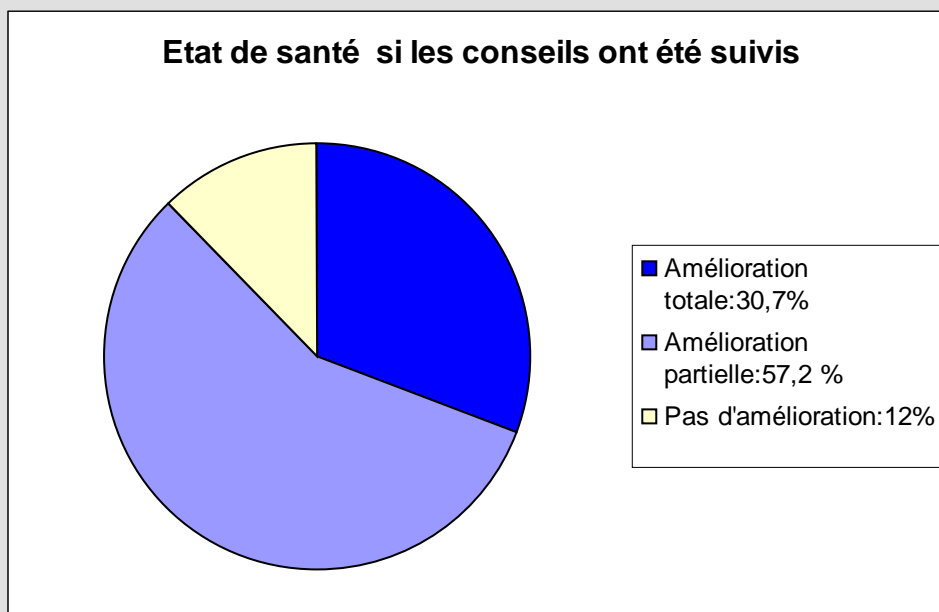
Depuis sa création, le SAMI a visité environ 500 habitations et a pu constater que, dans 60 % des cas, les problèmes d'humidité avec la présence de moisissures voire d'acariens sur les murs, étaient la cause d'une détérioration de l'habitat et de l'état de santé des résidents. En fréquence, viennent ensuite les problèmes liés à la présence de composés chimiques tels que les solvants et le formaldéhyde, puis le monoxyde de carbone, les composés azotés, les fibres minérales d'isolation et l'amiante.

Les pathologies le plus fréquemment rencontrées sont de type respiratoire soit non asthmatique, soit de type allergique et concernent aussi bien les voies respiratoires inférieures que supérieures. Des migraines, des vertiges, de la fatigue nous sont également fréquemment rapportés. Quant on sait que selon l’OMS, il y a 150 millions d’asthmatiques dans le monde et que dans dix ans, la moitié des Européens pourrait bien souffrir de l’une ou l’autre forme d’allergie, on comprend tout l’intérêt de la démarche du SAMI de la Province de Liège tant au niveau préventif que curatif.

Il faut insister sur le fait que les conseils donnés par l’équipe du SAMI sont habituellement simples à appliquer. Par exemple, dans le cas des maisons trop humides si souvent rencontré, nous conseillons d’attaquer le problème à la racine. S’il est vrai que parfois, la maison n’est pas étanche et qu’il faudra recourir aux services d’un homme de métier pour réparer la toiture ou que les fondations sont la source d’une remontée capillaire d’eau sous forme d’humidité ascensionnelle et qu’il faudra une solution spécifique à ce problème, dans la majorité des cas, les problèmes d’humidité sont dus à de la condensation intérieure sur des parois froides. En agissant au niveau des sources de vapeur d’eau telles que les salles de bains, les buanderies ou les cuisines, et en modifiant les habitudes liées à certaines activités, on pourra réduire nettement la charge de vapeur d’eau à évacuer quotidiennement. Pour ce faire, nous serons amenés à conseiller le placement et l’utilisation de grilles de ventilation, de hottes d’extraction dans les cuisines et dans les salles de bains mais également certaines précautions au niveau des murs et des parois froides, à savoir : éviter d’encombrer ces zones par des meubles difficiles à déplacer mais aussi préférer un revêtement lisse et lavable afin de pouvoir régulièrement vérifier l’état de ces murs et les laver pour éviter que d’éventuelles moisissures ne puissent y croître.

Conclusions

Lorsque les conseils du SAMI sont appliqués, on peut constater une disparition des plaintes ou une amélioration nette de l’état de santé dans plus de 80 % des cas.



Malheureusement, dans environ 25 % des cas, les conseils ne sont pas complètement suivis. Nous nous devons d'encourager ces personnes à appliquer nos conseils, car même si les liens entre l'habitation et la santé sont parfois complexes, l'expérience acquise par le SAMI depuis plus de six ans nous permet d'affirmer que les patients qui nous ont appelés ne sont pas des « malades imaginaires » mais sans doute, des personnes plus sensibles que d'autres et qui bénéficieront certainement, en termes de santé, d'une modification de leur environnement intérieur et d'un changement éventuel de certains comportements.

L'entourage de ces malades doit comprendre que même si le niveau toxique n'est pas atteint, une personne allergique ou hypersensible peut être gravement perturbée par les différents agents de pollution intérieure. Accepter cette différence et faire l'effort de remédier aux situations qui posent problèmes à ces personnes leur permettra sans doute de recouvrer la santé mais sera pour tous aussi une garantie de bien-être et d'équilibre.

C'est cette voie qu'ont décidé de suivre les Autorités Provinciales Liégeoises en mettant à la disposition de la population un service accessible et gratuit tel que le Service d'Analyse des Milieux Intérieurs, (SAMI) qui peut être contacté au 04/34 95 110 ou par courrier électronique à sami@prov-liege.be.

Annexe 7.10 : structure OCMW/CPAS

OCMW Gent

Onze dienst Wonen helpt u met problemen bij het huren van een woning en bemiddelt met uw huisbaas. De Dienst Wonen geeft ook informatie over:

- premies en huursubsidies
- de vereiste woonkwaliteit
- de procedures van onbewoonbaarverklaringen

Wij werken ook samen met de Huurdersbond.

Hulp bij het verhuizen, tweedehands meubilair.

Onze karweidienst helpt u met verhuizingen en allerlei karweien zoals schilderen of behangen als u de prijzen op de private markt niet kan betalen. U kan eventueel ook opgeknapt meubilair van de noodcentrale gebruiken. Uw maatschappelijk werker onderzoekt eerst of u met uw inkomen recht heeft op de gevraagde dienst. Uw bijdrage is afhankelijk van uw inkomen en uw gezinssituatie.

Noodwoning.

Ontploffing of brand? U kan tijdelijk terecht in één van onze noodwoningen (maximum 3 maand). De Dienst Wonen zoekt ook samen met u naar een nieuwe woning.

Sociaal verhuurkantoor.

Ons sociaal verhuurkantoor huurt huizen op de private markt en verhuurt die tegen betaalbare huurprijzen. We geven voorrang aan kandidaat-huurders met het laagste inkomen en de slechtste huisvestingssituatie.

Wie geen dak boven het hoofd heeft.

Als u dakloos bent of u bent door een crisissituatie in een onthaalcentrum of therapeutische gemeenschap terecht gekomen, dan heeft u vaak ook nog te kampen met financiële, sociale of administratieve problemen.

De maatschappelijk werkers van onze dienst thuislozenzorg kunnen u begeleiden en helpen bij het zoeken naar een woning. Wij doen dit samen met de hulpverleners van de opvangcentra.

Het Centrum Algemeen Welzijnswerk Artevelde vzw organiseert vanaf 20 december 2005, meer info op hun website www.artevelde.be/.

Wonen in De Baai.

Bent u alleenstaand en ouder dan 45 jaar en lukt het u al lange tijd niet om een vaste woonst te houden, dan kan u terecht in "De Baai". In ons OCMW pension "De Baai" kan u dan "definitief" gaan wonen. Bewoners die dat willen, kunnen ook begeleiding krijgen.

U kan alleen in De Baai komen wonen als u wordt doorverwezen door een hulpverlener.

Zelfstandig wonen als jongere.

Met uw vragen over zelfstandig wonen als jongere kan u terecht bij de dienst Jeugd.

Enkele cijfers

In 2005 verwerkte de Dienst Wonen 692 aanvragen van burgers met vragen rond het vinden van een woning.

1/3 van de OCMW-cliënten kampt met woonproblemen

In 2005 ontving het OCMW 964 meldingen van een uitzettingsprocedure

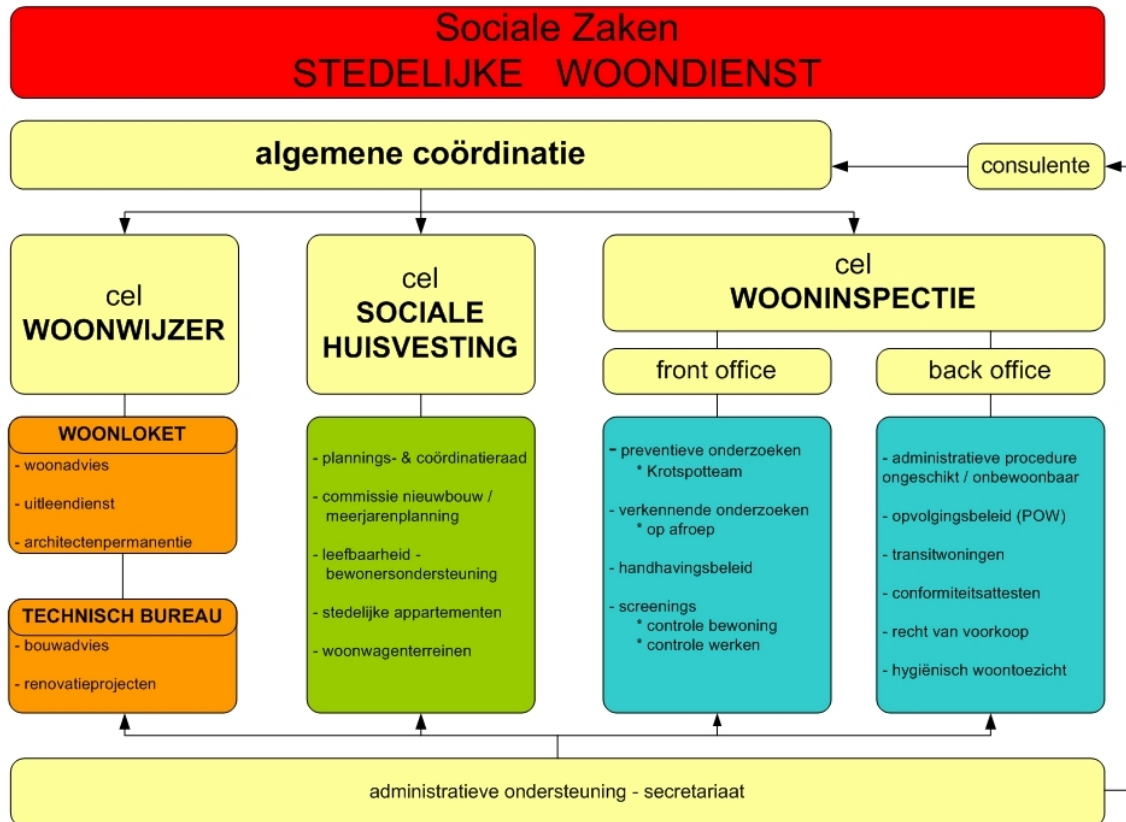
In 2005 werd in 264 situaties effectief overgegaan tot een uithuiszetting

In 2005 werd in 43 crisissituaties een noodwoning toegekend

In 2005 werden 461 thuislozen door OCMW Gent geholpen

Annexe 7.11 : Structure Services de Logement

Woondienst Antwerpen



STEDELIJKE WOONINSPECTIE

1. FRONTOFFICE

1.1. De ongeschikt- en onbewoonbaarverklaring

- de stedelijke wooninspectie heeft in 2005 na melding of klacht 911 dossiers behandeld, hetzij 16% meer dan in 2004.
- sinds het opstarten van de woondienst (1998) werden in totaal 3518 dossiers opgestart, waarvan er inmiddels 2569 hetzij 73% werden opgelost, d.w.z. deze woningen werden gesaneerd of gerenoveerd.
- er blijven op 31.12.2005 nog 949 woningen in Antwerpen ongeschikt of onbewoonbaar. Via de backoffice worden deze dossiers strikt opgevolgd.
- op 31.12.2005 zijn nog 416 dossiers in behandeling, d.w.z. de procedure voor ongeschikt- of onbewoonbaarverklaring werd nog niet afgerond.

Dit is een opmerkelijke verhoging (+ 76%) tegenover vorig jaar, vooral te wijten aan de stijging van de termijn die het Vlaams gewest nodig heeft om het wettelijk voorzien advies uit te brengen. Uitschieters zijn hier de dossiers die worden behandeld door de Vlaamse Wooninspectie (gemiddeld 5 ½ maand).

- 70% van alle dossiers hebben betrekking op het district Antwerpen.
- de meeste inspanningen worden in Antwerpen-noord geleverd. In 2005 is het aandeel van Antwerpen-noord nog verder gestegen (68%), vooral door de inspanningen van het Krotspotteam (zie infra)