

Note de synthèse n° 11

Santé et qualité de vie à Bruxelles

M. De Spiegelaere, M.-C. Closon, P. Deboosere, P. Humblet

• **Myriam De Spiegelaere**, médecin, docteur en sciences de la santé publique, est directrice scientifique de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles et chargée de cours à la Faculté de médecine de l'Université libre de Bruxelles (ULB). Ses travaux portent entre autres sur le suivi de l'état de santé des Bruxellois, les déterminants sociaux de la santé et l'aide à la décision dans le domaine de la santé publique. Elle a publié notamment *Les indicateurs de santé périnatale en Région de Bruxelles-Capitale 1998-2004*, Observatoire de la santé et du social, 2006.
Contact : mdespiegelaere@ccc.irisnet.be, 02/552.01.45

• **Marie-Christine Closon** est professeur d'Economie de la santé à l'Université catholique de Louvain (UCL). Elle est responsable du Centre de socio-économie de la santé à l'Institut de recherche «santé et société».
Contact : marie-christine.closon@uclouvain.be, 02/764.31.84, 0478/93.62.37

• **Patrick Deboosere**, maître en sciences politiques, docteur en sociologie, est lié au groupe de recherche Interface Demography de la Vrije Universiteit Brussel (VUB). Ses recherches se concentrent sur l'évolution de la composition des ménages et sur la démographie de la santé. Il a collaboré à diverses publications concernant la population de la Région de Bruxelles-Capitale. P. Deboosere, S. Demarest, V. Lorient, P.-J. Miermans, M.-I. Farfan-Portet, H. Van Oyen (2006), *Santé et soins de proximité (mantelzorg)*, *Enquête socio-économique 2001*, Monographie n° 1.
Contact : Patrick.Deboosere@vub.ac.be, 02/629.21.92

• **Perrine Humblet**, sociologue, docteur en sciences de la santé publique, est chargée de cours et dirige le département Politiques et systèmes de santé à l'Ecole de Santé Publique de l'ULB. Elle est cofondatrice du Centre d'Expertise et de Ressources pour l'Enfance (CERE). Elle travaille principalement sur les déterminants sociaux de la santé et les politiques de l'enfance. Elle a co-dirigé *Recomposer sa vie ailleurs. Recherche-action auprès de familles primo-arrivantes*, L'Harmattan, 2006.
Contact : phumblet@ulb.ac.be, 02/555.40.61

Les auteurs remercient chaleureusement, pour leurs remarques et commentaires pertinents sur une version préliminaire de cette note : Fred Louckx (VUB), Peter Verduykt (Observatoire de la santé et du social) et Murielle Deguerri (Observatoire de la santé et du social).

Conférence-débat :
16 février, 19h45

IHECS
rue de l'Étuve, 58-60
1000 Bruxelles



I. Constats

1. Une santé globalement moins bonne pour les jeunes Bruxellois

En Région bruxelloise, la proportion de la population qui ne s'estime pas en bonne santé est plus élevée que la moyenne nationale. Cette proportion est de 29,7% en Wallonie, 27,6% en Région bruxelloise et 22,2% en Flandre.

Si on tient compte de la structure d'âge, la situation en Wallonie et à Bruxelles est encore plus défavorable que ne le révèlent les chiffres bruts. Malgré la jeunesse de la population bruxelloise, la demande potentielle de soins de santé, mesurée au moyen de la santé perçue, est supérieure de 26% à celle observée en Flandre et de 8% inférieure à celle observée en Wallonie. Les différences entre régions peuvent être interprétées comme un déficit de santé par rapport à la région présentant le meilleur profil. La Région bruxelloise affiche un déficit de santé par rapport à la Flandre pour tous les âges en dessous de 84 ans (figure 1). Entre 24 et 72 ans, on constate, pour chaque âge, que la proportion de Bruxellois qui ne s'estiment pas en bonne santé est au moins 5% plus élevée que pour les Flamands du même âge.

En ce qui concerne les jeunes de moins de 40 ans, la situation bruxelloise est la plus défavorable. Cette dynamique bruxelloise reflète la composition de la population: une forte surreprésentation de migrants ayant un statut socio-économique faible chez les jeunes et une population belge âgée plus aisée qui vit dans les communes plus riches de Bruxelles. Dans le futur on peut s'attendre à une pression accrue sur les services de santé au fur et à mesure de l'avancée en âge des jeunes générations, en moins bonne santé que leurs aînés.

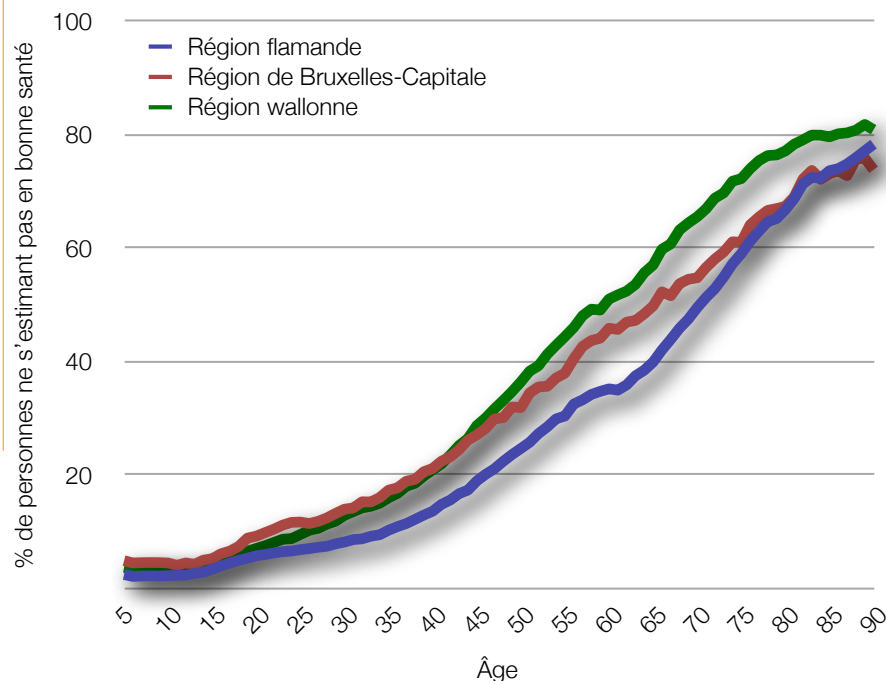


Figure 1a. Santé perçue par âge et par Région – 2001

Source : Deboosere P., *Atlas de la santé et du social*, p 115

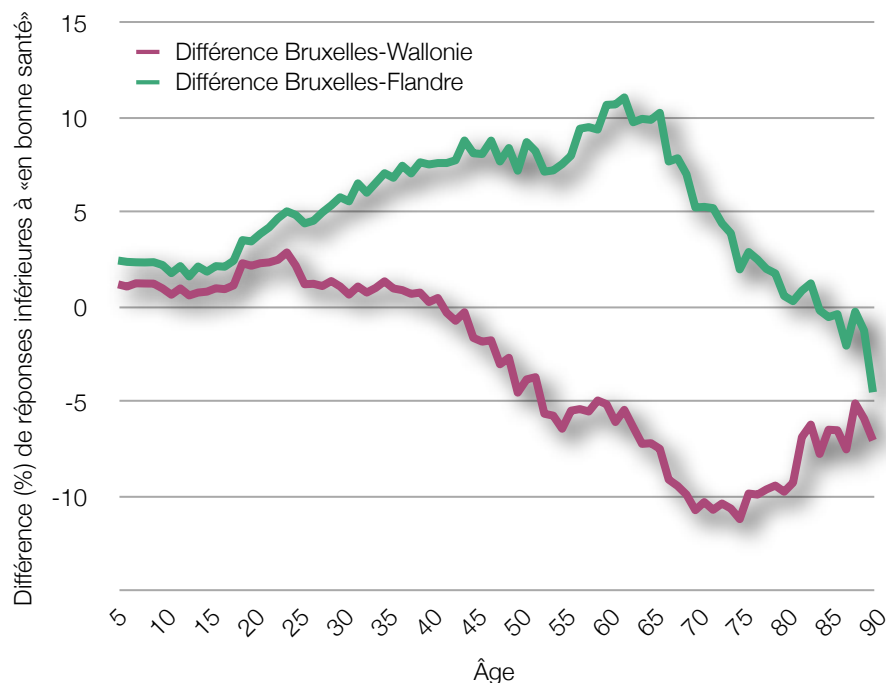


Figure 1b. Différence de perception de la santé entre la RBC et la Région flamande

Source : Deboosere P., *Atlas de la santé et du social*, p 115

2. Le poids majeur de l'environnement social

Le suicide est la principale cause d'années potentielles de vie perdues pour les Bruxellois, suivi du cancer du poumon et des cardiopathies ischémiques ; pour les Bruxelloises, le cancer du sein est largement en tête, suivi du suicide et du cancer du poumon. Ce top 3 met en évidence le rôle majeur de la souffrance psychique, de la consommation de tabac, de l'alimentation, du stress, de la sédentarité et, pour les femmes, de facteurs liés à la reproduction (par ex. l'augmentation croissante de l'âge du premier enfant) dans la mortalité prématurée. Autant de facteurs largement conditionnés par l'environnement social au sens large.

Comme dans l'ensemble des pays industrialisés, les principaux déterminants de la santé de la population bruxelloise sont le statut social, les styles de vie et l'environnement au sens large. Ces déterminants sont fortement liés les uns aux autres.

3. Des inégalités sociales marquées face à la santé

Le statut social est le déterminant le plus puissant de l'état de santé. La grande hétérogénéité sociale qui caractérise la Région se reflète donc par des inégalités sociales de santé importantes. Elles se marquent dès la naissance et concernent la santé physique comme la santé mentale. On observe aussi un gradient social très net pour des problèmes de santé en pleine expansion comme l'obésité qui touche 31 % des jeunes femmes à faible niveau d'instruction pour 5 % des femmes diplômées de l'enseignement supérieur. Il s'agit d'un véritable défi au vu des nombreuses complications médicales (diabète, affections cardiaques, cancers) et psychologiques qui y sont associées.

4. Des styles de vie, reflets de la diversité de la population

Les styles de vie, comme l'alimentation, le niveau d'activité physique, la consommation de tabac ou d'alcool, ont un impact important sur la santé des Bruxellois. Ces styles de vie ne résultent pas uniquement de choix individuels « libres » mais sont largement influencés par les conditions de vie, l'environnement, les ressources économiques, psychiques, sociales et le niveau d'instruction. C'est ce qui explique les inégalités sociales face à ces comportements. La proportion de gros fumeurs a diminué entre 1997 et 2004 parmi les Bruxellois ayant au minimum un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur tandis qu'elle augmente parmi les moins qualifiés.

Des aspects culturels influencent également ces styles de vie. Par exemple, le taux de mortalité pour les maladies liées à une consommation excessive d'alcool (6^e cause de décès des hommes avant 65 ans) varie fortement selon la nationalité: après standardisation pour l'âge, il est 6,3 fois plus faible pour les Bruxellois de nationalité marocaine ou turque que pour ceux de nationalité belge. Les taux de mortalité des non Belges sont aussi nettement plus faibles pour d'autres causes de décès liées aux styles de vie comme les cancers du sein et du poumon, le suicide, etc. La présence de communautés immigrées qui apportent avec elles des habitudes alimentaires souvent plus saines explique la situation plus favorable de Bruxelles pour certains indicateurs comme l'allaitement maternel, la consommation de fruits ou de poisson. Le milieu urbain favorise par ailleurs des styles de vie moins favorables comme la consommation de plats préparés et de « fast-food ».

5. La qualité de l'environnement inégalement répartie

L'environnement général influence aussi la santé. De manière négative par le bruit, l'humidité, les polluants, l'insécurité, etc. ou positivement en offrant lieux de détente et de convivialité, etc. La qualité de l'habitat joue un rôle important mais aussi l'augmentation de la circulation automobile dans la ville qui génère des nuisances sonores importantes, dégrade la qualité de l'air, est source d'insécurité pour les usagers faibles et englutit une part croissante de l'espace public.

La distribution spatiale des facteurs environnementaux favorables à la santé correspond plutôt à la distribution spatiale des quartiers plus aisés, tandis que la distribution spatiale des facteurs environnementaux défavorables correspond à la distribution spatiale des quartiers défavorisés.

6. La santé doit être envisagée dans la perspective du cycle de vie

L'état de santé est déterminé par l'accumulation de facteurs positifs et négatifs tout au long de la vie, depuis la vie in utero. La plupart des facteurs de risque pour la santé ont un impact à long terme et les conditions de vie pendant l'enfance et l'adolescence conditionnent fortement l'état de santé à l'âge adulte. Mais à chaque période de la vie correspondent aussi des besoins spécifiques et les facteurs qui favorisent et définissent une qualité de vie et une santé satisfaisante évoluent avec l'âge. Aux deux extrêmes de la vie, la question de la santé est particulièrement sensible et sera développée ci-dessous.

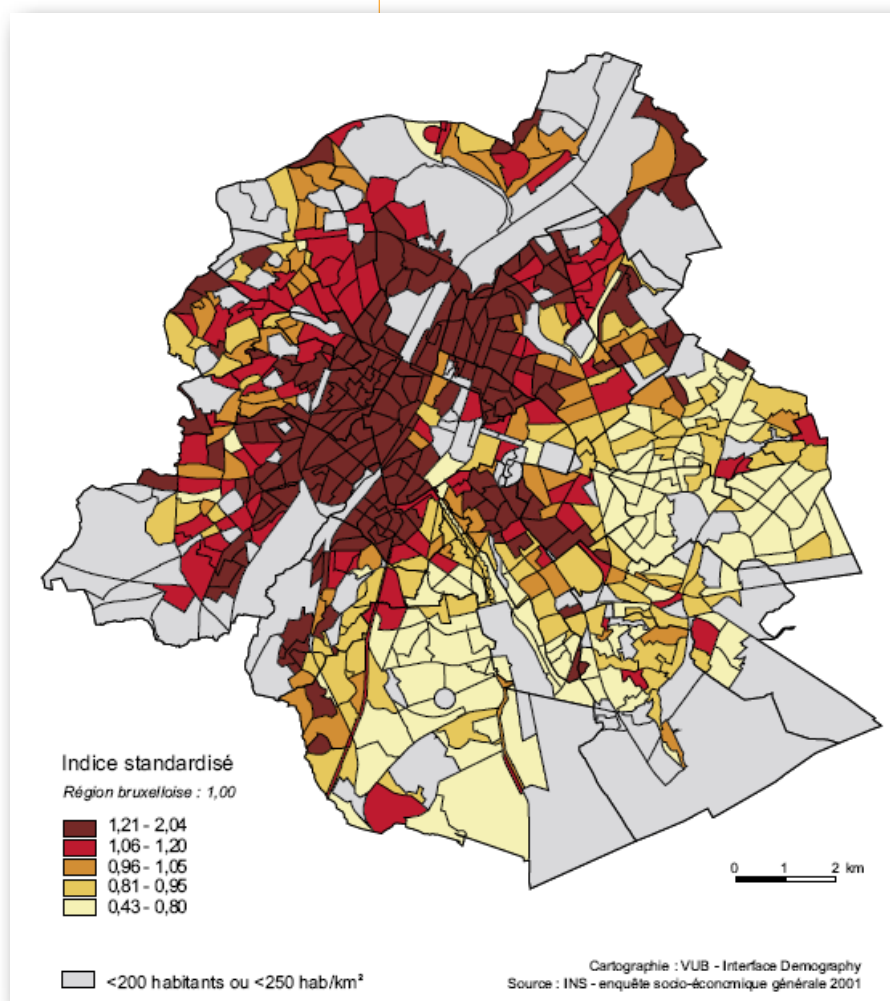
II. Questions-problèmes

1. Peut-on réduire les inégalités de santé importantes entre les quartiers bruxellois ?

La répartition inégale de la santé entre les quartiers (voir carte 1) soulève la question de l'influence du lieu d'habitation sur la santé.

Pour la Région bruxelloise, les effets de composition semblent jouer le rôle principal dans l'explication des différences entre quartiers. En effet, après contrôle pour les facteurs socio-économiques, pratiquement toutes les différences de santé disparaissent.

Il peut y avoir un effet de sélection en lien avec la santé, mais les différences de santé entre quartiers s'expliquent surtout par un effet de ségrégation sociale globale. Les inégalités de santé entre sous-catégories de population sont la conséquence de facteurs sociaux générateurs de mauvaise santé. Si une telle inégalité entre les quartiers existe, c'est parce que ces mêmes facteurs sociaux déterminent l'accès au marché du logement. Le niveau d'instruction, la carrière professionnelle et les revenus donnent accès au meilleur ou moins bon segment du marché du logement et ipso facto aux meilleurs ou moins bons quartiers. C'est la raison pour laquelle, malgré les mouvements migratoires intenses, les inégalités de santé présentent une inertie spatiale importante en Région bruxelloise. Les migrations ne modifient pas la composition sociale du quartier. Les nouveaux habitants s'établissent de manière sélective dans la ville en fonction de leurs moyens financiers.



Carte 1. Santé perçue standardisée par âge et sexe

Cela n'exclut pas que l'environnement immédiat peut, à son tour, influencer la santé de manière positive ou négative.

2. Comment limiter l'impact négatif de l'environnement sur la santé ?

L'impact sur la santé est majoré par le cumul d'exposition. Dans les quartiers défavorisés autour du centre ville, l'exposition au bruit est importante parce que plusieurs sources de bruits se conjuguent (trafic routier, bruits de voisinage) et que les bâtiments sont insuffisamment isolés ; l'air intérieur est particulièrement pollué par l'effet combiné de plusieurs sources (moyens de chauffage inadéquats, humidité, matériaux, tabagisme passif,...) et l'impact de cette pollution intérieure est renforcé par une promiscuité plus importante et les difficultés de ventilation. L'espace vital est limité tant à l'intérieur des logements qu'à l'extérieur où les espaces verts sont particulièrement rares.

L'impact sur la santé est majoré aussi par la durée d'exposition. Les fréquents déménagements au sein de la Région ont lieu entre quartiers et logements du même type. En conséquence, même si certaines personnes restent relativement peu de temps dans un même environnement résidentiel, elles accumulent durant leur vie le même type de déterminants négatifs de la santé. Cet environnement général contribue encore à renforcer le stress déjà significativement plus élevé pour les populations socialement défavorisées qui y habitent.

3. Comment offrir à tous les enfants des conditions d'enfance favorables à leur santé ?

Bruxelles connaît une situation tout à fait particulière concernant les enfants. Ils représentent une part plus importante de la population que dans le reste du pays et les inégalités de santé y sont particulièrement préoccupantes.

Avant d'approfondir ces éléments, il faut rappeler que les données sur la santé des enfants sont insatisfaisantes. Chez l'enfant, l'évaluation de la santé doit prendre en considération le développement moteur et physique et les aspects comportementaux, sociaux et émotionnels, cognitifs et linguistiques. Or les indicateurs disponibles en routine se limitent essentiellement à la santé physique. Par exemple la mortalité infantile qui est 3 fois plus élevée à St-Josse (6,3 pour 1000 naissances) qu'à Woluwé-St-Lambert (2,1 pour 1000).

D'autre part, on s'intéresse aux enfants surtout comme « futurs adultes », leur état de santé constituant un des déterminants de la santé de la population adulte de demain. Pourtant les enfants ne sont pas réductibles à un projet d'avenir et sont dépositaires de droits.

La « santé subjective » est le seul indicateur disponible pour approcher la santé de l'enfant et son bien-être 'ici et maintenant', malgré certaines limites lorsqu'il est appliqué à l'enfance. Pour cet indicateur aussi des inégalités géographiques existent chez les enfants de 6 à 12 ans, avec un risque supérieur d'enfants en mauvaise santé déclarée (souvent par un proche) à Saint-Gilles, Saint-Josse et Molenbeek.

Les déterminants de la santé sont préoccupants : les « conditions d'enfance » favorables, c'est-à-dire les conditions individuelles et collectives dans lesquelles les enfants sont amenés à vivre leur enfance et à se développer en santé, sont très inégales. Globalement, un tiers des enfants vit avec un seul parent, principalement la mère et 17% des naissances surviennent chez une mère isolée. Les mères isolées, particulièrement nombreuses à Bruxelles, sont deux fois plus nombreuses à se dé-

clarer en mauvaise santé entre l'âge de 20 et 40 ans que les femmes appartenant à d'autres types de ménage, ce qui n'est pas sans impact sur la santé de leurs enfants.

28% des naissances surviennent dans une famille sans revenus du travail. Le plus grand nombre d'enfants se trouve là où la population est la plus dense, la plus pauvre, où les logements sont plus exigus et peu équipés, où les jardins privés et publics sont les moins nombreux.

La population d'enfants est en croissance et les taux de natalité et de fécondité sont largement supérieurs aux deux autres régions. La Région concentre aussi le plus d'enfants primo-arrivants, légaux et illégaux. Cette croissance a un impact sur les services. Ainsi entre 1996-97 et 2006-07, la population scolaire a augmenté de 20% (+ 6 500 enfants) dans le maternel francophone et de 26% (+ 2 270 enfants) dans le maternel néerlandophone ; le grand nombre de places récemment créées dans les milieux d'accueil permet uniquement de maintenir le taux de couverture antérieur.

Les crèches, les écoles et lieux d'accueil pendant le temps libre, représentent des milieux de vie importants pour les enfants et leurs familles. Ils dépendent cependant de différents niveaux de décision et, au niveau communal, les investissements varient. Pour les crèches, un rapport de 1 à 5 s'observe entre les taux de couverture communaux extrêmes. Une partie de la demande n'est donc pas rencontrée. Pour les enfants de plus de 3 ans à Bruxelles, l'accès à l'école maternelle commence à nécessiter des stratégies d'inscription un à deux ans à l'avance. Il n'y a pas encore d'études sur ce nouveau phénomène et ses conséquences mais d'ordinaire ces dernières sont rarement à l'avantage des familles à faible niveau d'instruction.

Si nous insistons sur les milieux éducatifs c'est qu'aujourd'hui des significations multiples leurs sont reconnues : elles constituent des conditions matérielles de vie favorables pendant la journée, un soutien aux familles où parents et enfants sont en présence d'autres pratiques éducatives, où les parents construisent de nouveaux repères et où ceux qui connaissent une situation de précarité trouvent des opportunités d'une inscription sociale renforcée. De nouvelles formes de services apparaissent sur le terrain dans ces différentes perspectives, que ce soit pour un accueil ponctuel, à temps partiel ou au long cours, elles sont reconnues par les dispositifs de politiques sociales ou de revalidation des quartiers.

4. Quelle politique pour les personnes âgées à Bruxelles ?

La Région bruxelloise a une structure d'âge plus jeune que les deux autres régions : la part de la population de plus de 60 ans y est plus faible que dans le reste du pays et devrait rester stable dans les 15 ans à venir. Par contre, elle compte proportionnellement plus de personnes très âgées (≥ 85 ans) pour lesquelles les besoins d'aide et de soins sont plus importants. A l'avenir, le « vieillissement dans le vieillissement » devrait s'accroître. En 2050, le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans représentera 40% des personnes de plus de 60 ans pour 27% actuellement. Toutefois, les besoins n'augmenteront pas au même rythme car l'espérance de vie sans incapacité augmente également.

Actuellement, les Bruxellois de plus de 65 ans sont dans une situation plus favorable que la moyenne belge en termes d'instruction, de statut socio-économique et

d'état de santé. A terme, la situation devrait toutefois s'inverser. En effet, les personnes âgées actuellement de 50 à 65 ans, sont dans une situation moins favorable que la moyenne nationale pour ces indicateurs. La proportion de personnes issues de l'immigration dans les tranches d'âge les plus élevées augmentera fortement dans les 15 ans à venir.

Les trois commissions communautaires ont fixé comme priorité politique le maintien à domicile des personnes âgées le plus longtemps possible pour améliorer leur qualité de vie et mieux contrôler les dépenses.

En milieu urbain des facteurs comme l'isolement, la cohésion sociale plus fragile, le type d'habitat (maisons à étage souvent sans ascenseur) et la précarité sociale favorisent l'institutionnalisation. Par contre, le pourcentage important de la population issue de l'immigration favorise le maintien à domicile des personnes âgées, mais ceci pourrait se modifier progressivement.

A Bruxelles, la grande majorité des personnes âgées vivent à domicile. Mais la proportion des personnes âgées en institution y est plus importante que la moyenne nationale, 6,3% (vs 4,9%) pour les plus de 60 ans et 22,6% (vs 22,4%) pour les plus de 80 ans. Parallèlement, les dépenses moyennes liées aux soins à domicile sont 2,7 fois plus élevées en Flandre et 2,1 fois plus élevées en Wallonie qu'à Bruxelles.

Des recherches menées à Bruxelles ont montré que le risque d'institutionnalisation est plus faible chez les personnes qui ont une attitude active dans le fait de « devenir vieux ». Celles-ci maintiennent le plus longtemps possible une activité sociale, culturelle et physique, envisagent précocement leur vieillissement et adaptent leur comportement et environnement en conséquence. Elles se construisent un réseau d'aide à domicile informelle mais aussi professionnelle, ce qui permet d'éviter ou de retarder fortement l'institutionnalisation. Cette attitude n'est cependant possible que si l'environnement est favorable et que l'offre de soins et de services permet de répondre aux besoins des personnes âgées à domicile (besoins relationnels, sociaux, médicaux, infirmiers, psychologiques ...). L'inventaire des services offerts dans la Région bruxelloise a mis en évidence certaines lacunes : manque d'infirmières, d'aides familiales, d'aides et soins psychologiques, de soutien aux aidants informels, de centres d'accueil de jour, de nuit, de courts séjours, Très souvent l'aide et les soins orchestrés à partir du domicile se superposent sans réelle coordination et évaluation préalable de la diversité des besoins de la personne âgée.

La culture est encore trop médico-centriste, trop peu centrée sur la personne âgée elle-même.

III. Pistes politiques

1. Faire de la réduction des inégalités sociales de santé une priorité

La réduction des inégalités sociales de santé en Région bruxelloise constitue une priorité pour l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des Bruxellois. A l'instar d'autres régions ou pays, la Région bruxelloise (société civile et autorités politiques) pourrait se doter d'un véritable plan d'action visant la réduction des écarts de santé.

Seules des stratégies multiples, transversales et coordonnées peuvent aboutir à des résultats. Celles-ci doivent comprendre des interventions qui réduisent les inégalités de développement des jeunes enfants et les inégalités en matière d'enseignement, qui améliorent la sécurité d'existence, l'accès à l'emploi, à une protection sociale suffisante pour les plus vulnérables, à des soins de santé de qualité pour tous.

La réduction des inégalités sociales de santé passe sans doute aussi par une amélioration de la mixité sociale qui permet une redistribution plus équitable des ressources régionales, y compris des espaces verts.

2. Des environnements de vie favorables à la santé pour tous les Bruxellois

La santé physique et mentale peut être préservée ou améliorée par des interventions permettant à tous, même ceux dont les revenus sont très faibles, de disposer d'un espace vital suffisant, salubre, garantissant la sécurité, la qualité de l'air intérieur, la tranquillité et la possibilité d'établir des contacts de voisinage de qualité.

L'aménagement de l'espace public devrait aussi intégrer des objectifs de santé, par exemple en favorisant l'activité physique, en limitant l'isolement et en favorisant la convivialité.

Les politiques environnementales doivent prendre en compte le cumul d'exposition aux nuisances des populations qui vivent dans les quartiers les plus défavorisés, par exemple en ce qui concerne les nuisances sonores.

3. Une politique concertée pour la petite enfance

Les données dont on dispose concernant l'enfance devraient suffire à mobiliser des investissements prioritaires dans une politique concertée.

Des politiques structurelles économiques, sociales, éducatives et culturelles sont indispensables pour améliorer le statut socio-économique de toutes les familles mais elles ne sont pas suffisantes pour diminuer les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Elles doivent se compléter de dispositifs permettant une attention et des ressources supplémentaires dans les quartiers plus précaires où vivent des enfants en très grand nombre afin qu'ils bénéficient de conditions d'enfance favorables à leur santé, à leur culture et leur éducation, et à leurs besoins de rencontres, d'échanges et de jeux.

Le 'plan crèche' actuel semble bien jouer son rôle de stimulation pour une plus grande équité de la politique régionale d'accueil des jeunes enfants puisque les communes les plus pauvres où la natalité est la plus forte y sont reconnues comme prioritaires. Toutefois, la superposition de segments de politiques spécifiques à différentes questions sociales tels que le travail des mères, la pauvreté, les familles monoparentales, le temps libre, la maltraitance et les enfants à risques, etc. a montré

ses faiblesses à Bruxelles, au vu des résultats présentés. Les familles sont surtout à la recherche de ressources globales et de services non orientés par des « problèmes » mais plutôt vers le soutien de leurs compétences, de leur potentiel, de leurs capacités.

Cela pourrait passer par la reconnaissance d'un droit à part entière de tous les jeunes enfants à un lieu d'accueil de qualité à l'école maternelle et dans les services pour la petite enfance. Ces services permettent aux parents de travailler et de se former, ce qui représente une condition structurelle pour améliorer les conditions de vie familiales et celles des enfants mais également pour renforcer le statut social des mères et permettre aux mères isolées d'échapper à la pauvreté. Mais il est tout autant nécessaire de reconnaître d'autres motifs que les motifs économiques, pour rompre l'isolement, pour construire des repères, offrir des opportunités éducatives aux enfants et faire en sorte qu'élever des enfants résulte à Bruxelles d'une responsabilité collective.

4. Permettre aux Bruxellois âgés de bien vivre chez eux

La valorisation de la place et du rôle actif des personnes âgées dans la société est essentielle. Leur participation à la vie collective est utile à la société mais permet aussi de maintenir le plus longtemps possible leur vitalité et leur autonomie. La personne âgée doit rester acteur de sa vie.

Le développement de stratégies préventives sur les milieux de vie pour anticiper, retarder et accompagner les limitations liées au vieillissement est essentiel. Il s'agit de favoriser la participation des personnes âgées à des activités associatives, culturelles, sociales (accessibilité financière, mobilité, activités à domicile...). Il faut aménager les quartiers et les logements pour leur permettre de vivre plus longtemps à domicile (transports, commerces de proximité, sécurité des trottoirs, augmentation de l'offre de logements adaptés aux personnes âgées aux revenus modestes, de résidences services...).

Il est important de favoriser les évaluations précoces des fragilités gériatriques par la formation des médecins généralistes et l'information du public pour permettre la mise en place progressive de solutions.

Les personnes âgées ne pourront rester à domicile que si les services d'aide et de soins à domicile permettent de répondre aux besoins liés aux incapacités générées par le vieillissement. L'offre est actuellement insuffisante. L'information sur les aides possibles devrait être mieux centralisée et diffusée aux différents acteurs concernés. L'efficacité dans la coordination des interventions auprès des personnes âgées devrait être renforcée. Des grandes économies et une amélioration de la qualité de vie des personnes âgées pourraient être réalisées par une coordination efficiente en collaboration étroite avec la personne âgée et ses aidants proches pour la réalisation très concrète d'un plan de soins, de services et d'aides et la désignation d'un référent pour le suivi de sa réalisation.

Références

- CERE (2007) *Les conditions d'enfance en Région de Bruxelles-Capitale. Indicateurs relatifs à la petite enfance et aux familles.* (www.cere-asbl.be)
- DE SPIEGELAERE, M., DEGUERRY, M., HAELTERMAN, E., LOGGHE, P., WAUTERS, I. (2004) *Tableau de bord de la santé- Région de Bruxelles-Capitale 2004*, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.
- DE SPIEGELAERE, M. (2007) «Inégalités sociales, logement et santé», In Cornut P., Bauler T., Zaccàï (eds) *Environnement et inégalités sociales*, Editions de l'Université de Bruxelles.
- DUSART, A.-F. (2007) *Accueil atypique en Communauté française. A la recherche des conditions optimales d'accueil, vers une politique d'accès égal pour tous.* (www.cere-asbl.be)
- GOBERT, M., CLOSON, M.-C. (2007) *Personnes âgées en Région Bruxelloise et acteurs du maintien à domicile*, Rapport de recherche, IRSIB.
- HAELTERMAN, E., DE SPIEGELAERE, M., MASUY-STROOBANT, G. (2007) *Les indicateurs de santé périnatale en Région de Bruxelles-Capitale 1998-2004*, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.
- OBSERVATOIRE DE L'ENFANT (2006) «L'accueil de l'enfant à Bruxelles. Grandir à Bruxelles», *Cahiers de l'Observatoire de l'enfant*, n° 17-18. (www.grandirabruelles.be)
- OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL, Centre de documentation et de coordination sociale asbl (2007) *Vivre chez soi après 65 ans. Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles.*
- OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL (2008) *Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2008.*
- ROESEMIS, T. et al. (2006) *Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale 2006*, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.