

# PARLEMENT DE LA REGION DE BRUXELLES-CAPITALE

SESSION ORDINAIRE 2012-2013

17 DECEMBRE 2012

## AVIS

**relatif à l'égalité entre  
les femmes et les hommes**

## CHAPITRE 4

**Santé et Affaires sociales**

## RAPPORT

fait au nom du comité d'avis  
pour l'égalité des chances  
entre hommes et femmes

par Mmes Céline FREMAULT (F) et  
Anne HERSCOVICI (F)

---

Ont participé aux travaux du comité d'avis :

*Membres* : M. Bea Diallo, Mmes Nadia El Yousfi, Olivia P'tito, Dominique Braeckman, Céline Delforge, Anne Herscovici, Anne-Charlotte d'Ursel, Viviane Teitelbaum, Fatoumata Sidibe, Céline Fremault, MM. Jean-Luc Vanraes, Fouad Ahidar, Mme Brigitte De Pauw.

*Autre membre du Parlement* : Mme Danielle Caron.

# BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK PARLEMENT

GEWONE ZITTING 2012-2013

17 DECEMBER 2012

## ADVIES

**betreffende de gelijkheid  
tussen vrouwen en mannen**

## HOOFDSTUK 4

**Gezondheid en Sociale Zaken**

## VERSLAG

uitgebracht namens het adviescomité  
voor gelijke kansen  
voor mannen en vrouwen

door mevrouw Céline FREMAULT (F) en  
mevrouw Anne HERSCOVICI (F)

---

Aan de werkzaamheden van het adviescomité hebben deelgenomen :

*Leden* : de heer Bea Diallo, mevr. Nadia El Yousfi, mevr. Olivia P'tito, mevr. Dominique Braeckman, mevr. Céline Delforge, mevr. Anne Herscovici, mevr. Anne-Charlotte d'Ursel, mevr. Viviane Teitelbaum, mevr. Fatoumata Sidibe, mevr. Céline Fremault, de heren Jean-Luc Vanraes, Fouad Ahidar, mevr. Brigitte De Pauw.

*Ander lid van het Parlement* : mevr. Danielle Caron.

## Table des matières

### Santé et Affaires sociales

1.a. Exposé du Docteur Jenny Krabbe, psychiatre au SMES (Santé Mentale et Exclusion Sociale) (réunion du 23 avril 2012).....	3
1.b. Exposé de Mme Laurence Bourguignon, coordinatrice de la cellule psychologique du SAMU Social.....	8
1.c. Echange de vues.....	15
 2.a. Exposé de Mme Myriam De Spieghelaere, directrice scientifique de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capital (réunion du 7 mai 2012) .....	22
2.b. Exposé de M. Laurent Van Hoorebeke, directeur, et de Mme Olivia Dardenne, directrice adjointe, de La Strada .....	27
2.c. Exposé de M. Bert De Bock, travailleur de rue à Diogènes.....	30
2.d. Echange de vues.....	37
 3.a. Exposé de Mme Gert Van Ransbeek, directrice générale du Département de l'Action Sociale du CPAS de Bruxelles (réunion du 21 mai 2012)..	44
3.b. Exposé de Mme Anne Defossez, directrice du Centre d'Appui aux services de Médiation de Dettes de la Région de Bruxelles-Capitale.....	48
3.c. Exposé de M. Jacques Verstraeten, directeur, de M. Alain Caufriez, coordinateur du centre d'action sociale globale, et du Docteur Céline Ego, porte-parole de la maison médicale, de l'Entr'aide des Marolles.....	51
3.d. Exposé de Mme Isabelle Bariseau, coordinatrice du Resto du Coeur de Saint-Gilles.....	55
3.e. Echange de vues.....	56
 4.a. Exposé du Docteur Pierre Drielsma, représentant de la Fédération des maisons médicales (réunion du 4 juin 2012).....	63
4.b. Exposé du Docteur Dominique Cerf, chef de clinique adjoint au service des urgences du CHU Saint-Pierre (réseau des hôpitaux Iris) .....	65
4.c. Exposé de Mme Martine Vanderkam, sage-femme de l'ASBL Aquarelle (réseau des hôpitaux Iris).....	67
4.d. Echange de vues.....	69
 5. Procédure.....	75
6. Avis.....	76
7. Vote.....	79

## Inhoudstafel

### Gezondheid en Sociale Zaken

1.a. Uiteenzetting van Dokter Jenny Krabbe, psychiater bij het SMES (Santé Mentale et Exclusion Sociale) (vergadering van 23 april 2012) ..	3
1.b. Uiteenzetting van mevrouw Laurence Bourguignon, coördinator van de psychologische cel van de sociale SAMU.....	8
1.c. Gedachtewisseling.....	15
 2.a. Uiteenzetting van mevrouw Myriam De Spieghelaere, wetenschappelijk directrice van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (vergadering van 7 mei 2012) .....	22
2.b. Uiteenzetting van de heer Laurent Van Hoorebeke, directeur, en van mevrouw Olivia Dardenne, adjunct-directrice, van La Strada.....	27
2.c. Uiteenzetting van de heer Bert De Bock, straat-hoekwerker bij Diogènes.....	30
2.d. Gedachtewisseling.....	37
 3.a. Uiteenzetting van mevrouw Gert Van Ransbeek, algemeen directrice bij het Departement van de Sociale Dienst van het OCMW van Brussel (vergadering van 21 mei 2012) .....	44
3.b. Uiteenzetting van mevrouw Anne Defossez, directrice bij het Steunpunt voor de Diensten Schuldbemiddeling van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.....	48
3.c. Uiteenzetting van de heer Jacques Verstraeten, directeur, van de heer Alain Caufriez, coördinator van het Centre d'action sociale globale, en van Dokter Céline Ego, woordvoerder van het Gezondheidscentrum l'Entr'aide des Marolles.	51
3.d. Uiteenzetting van mevrouw Isabelle Bariseau, coördinator van het Resto du Coeur in Sint-Gillis.....	55
3.e. Gedachtewisseling.....	56
 4.a. Uiteenzetting van Dokter Pierre Drielsma, vertegenwoordiger bij de « Fédération des maisons médicales » (vergadering van 4 juni 2012).....	63
4.b. Uiteenzetting van Dokter Dominique Cerf, adjunct-hoofd van de dienst spoedgevallen van het UMC Sint-Pieter (Irisziekenhuizen).....	65
4.c. Uiteenzetting van mevrouw Martine Vanderkam, vroedvrouw bij de vzw Aquarelle (netwerk van de Irisziekenhuizen) .....	67
4.d. Gedachtewisseling.....	69
 5. Procedure.....	75
6. Advies.....	76
7. Stemming.....	79

## Santé et Affaires sociales

### **1.a. Exposé du Docteur Jenny Krabbe, psychiatre au SMES (Santé Mentale et Exclusion Sociale) (réunion du 23 avril 2012)**

Le Docteur Jenny Krabbe a tenu devant les commissaires le discours suivant :

#### **« 1. Présentation du Smes-B**

La population fortement précarisée socialement, et en prise avec de lourdes difficultés psychiques, se confronte à un accès difficile à l'aide et aux soins. Ses demandes et ses besoins, mal adaptés aux exigences des services classiques, imposent de revisiter nos pratiques et nos dispositifs.

Le SMES-B fédère des intervenants du social et de la santé mentale, en construisant des ponts et des réponses intersectorielles, à même de répondre aux besoins particuliers de cette population précaire, pauvre, souvent sans-abri ou sans domicile fixe, exclue de ses droits dans notre cité et en souffrance.

Concrètement, le SMES-B, créé en 1999, reconnu comme Réseau Santé depuis 2006, s'articule autour de trois dispositifs : la cellule d'appui, les intervisions et les tables d'échanges.

#### *La cellule d'appui*

Les problématiques sociales et de santé mentale compliquent très souvent les interventions des professionnels de l'un ou l'autre secteur. Il peut alors être fait appel à la cellule d'appui, opérationnelle depuis 2002, qui comprend, en 2012, six professionnels (psychiatre, médecin généraliste, psychologue, thérapeute, infirmier psychiatrique et assistant social) correspondant à trois équivalents temps-plein. La cellule se déplace vers le professionnel et l'usager, les soutient, et favorise le passage d'une situation de blocage à une remise en route du travail porté par le secteur psycho-médico-social. Mobilité, flexibilité et multidisciplinarité sont donc les caractéristiques principales de la cellule d'appui. Dans le même esprit, la cellule d'appui offre son aide par des formations, des intervisions aux équipes, adaptables à la demande, et à destination des professionnels des deux secteurs.

#### *Les intervisions*

Les professionnels de l'aide sociale et de la santé mentale se doivent de réfléchir constamment aux modalités de

## Gezondheid en Sociale Zaken

### **1.a Uiteenzetting van Dokter Jenny Krabbe, psychiater bij het SMES (Santé Mentale et Exclusion Sociale) (vergadering van 23 april 2012)**

Dokter Jenny Krabbe heeft voor de commissieleden de volgende uiteenzetting gehouden :

#### **« 1. Voorstelling van Smes-B**

Sociaal achtergestelde bevolkingsgroepen die met zware psychische problemen kampen, krijgen moeilijk toegang tot bijstand en zorg. Hun vragen en behoeften, die helemaal niet overeenkomen met de vereisten van de klassieke diensten, nopen ertoe dat we onze praktijken en regelingen moeten herzien.

SMES-B overkoepelt actoren van de welzijnssector en de sector geestelijke gezondheid door bruggen te bouwen en intersectorale antwoorden te bieden om tegemoet te komen aan de bijzondere behoeften van deze bestaanzekere, arme en vaak dakloze bevolkingsgroep die geen rechten heeft in onze stad en met gezondheidsproblemen kampt.

SMES-B werd opgericht in 1999 en vanaf 2006 erkend als gezondheidsnetwerk. Het netwerk is opgebouwd rond drie voorzieningen : de ondersteuningscel, de intervisies en de uitwisselingen.

#### *De ondersteuningscel*

De problemen op het vlak van welzijn en geestelijke gezondheid bemoeilijken zeer vaak het optreden van de professionals van de ene of andere sector. Er kan dan een beroep worden gedaan op de ondersteuningscel, die sinds 2002 operationeel is en in 2012 uit zes professionals bestaat (psychiater, huisarts, psycholoog, therapeut, psychiatrische verpleegkundige en sociaal assistent) die overeenkomen met drie voltijdsequivalenten. De cel verplaatst zich naar de professional en de gebruiker, verleent ondersteuning en bevordert de overgang van een geblokkeerde situatie naar het heropstarten van het werk van de psycho-medico-sociale sector. Mobiliteit, flexibiliteit en multidisciplinariteit zijn dus de hoofdkenmerken van de ondersteuningscel. In dezelfde geest verleent de ondersteuningscel bijstand via opleidingen, intervisies voor de teams die op verzoek kunnen worden aangepast en bestemd zijn voor de professionals van de twee sectoren.

#### *De intervisies*

De professionals van de welzijnssector en de sector geestelijke gezondheid moeten constant nadenken over hun

leurs interventions. Ils le font toutefois généralement dans leur secteur respectif.

Les interventions du SMES-B visent à permettre ces réflexions, à l'intersection du social et de la santé mentale, en réunissant mensuellement des professionnels des deux secteurs. A partir de situations concrètes, généralement vécues comme des impasses, ces professionnels peuvent alors prendre le recul nécessaire et élaborer de nouvelles pistes d'accompagnement.

#### *Les tables d'échanges*

Les tables d'échanges, quant à elles, visent à permettre le débat autour de thématiques actuelles et transversales au social et à la santé mentale. Puisque les problématiques se percutent, il est nécessaire de les étudier ensemble, afin d'élaborer des réponses politiques et citoyennes et, le cas échéant, d'adapter les pratiques professionnelles.

Pour l'avenir, le SMES-B continue d'élargir son action auprès des professionnels en contact avec les plus démunis, aux prises avec des difficultés d'ordre mental. Ce développement répond aux demandes du terrain. C'est ainsi que le SMES-B développe aussi des interventions en amont des crises, en répondant à des demandes provenant des travailleurs du secteur « logement social » et « CPAS ».

## **2. Les modalités d'intervention de la cellule d'appui et ses objectifs**

Les demandes d'intervention à la cellule d'appui sont sollicitées soit par contact téléphonique soit par contact direct lors des rencontres avec les institutions partenaires. Elles peuvent être formulées par toute l'équipe ou par un des intervenants privilégiés de la situation qui pose problème.

Après analyse de la requête en réunion d'équipe, deux membres de la cellule sont désignés, en fonction de leurs disponibilités mais surtout de leurs compétences particulières vis-à-vis de la situation exposée.

Tout en évitant d'agir dans la précipitation, un temps maximum d'une semaine s'écoule entre la demande et l'intervention proprement dite.

Se référant au principe de mobilité, les membres de la cellule rencontrent préférentiellement le « système demandeur » sur son lieu de travail et le « système client » sur son ou ses lieux de vie.

Au cours de ces rencontres, en initiant des pratiques nouvelles, la cellule questionne ce qui, dans le fonctionnement actuel des institutions et leur cadre de travail, leurs règles et règlements, les rendent peu accessibles pour une partie du public visé.

interventions. Ze doen dat evenwel meestal binnen hun eigen sector.

De intervisies van sector SMES-B dienen om dat denkwerk te verrichten op het kruispunt van de welzijnssector en de geestelijke gezondheid door maandelijks professionals van de twee sectoren bijeen te brengen. Op basis van concrete situaties, die meestal ervaren worden als impasses, kunnen die professionals de nodige afstand nemen en nieuwe begeleidingsmogelijkheden uitdenken.

#### *De uitwisselingen*

De uitwisselingen dienen om het debat over actuele en transversale onderwerpen die van belang zijn voor de welzijnssector en de sector geestelijke gezondheid mogelijk te maken. Aangezien de problemen met elkaar verbonden zijn, dienen ze samen bestudeerd te worden om beleidsmatische oplossingen uit te werken en, zo nodig, de beroepspraktijken aan te passen.

In de toekomst blijft SMES-B zijn werking bij de professionals uitbreiden in contact met de armsten die geestelijke gezondheidsproblemen hebben. Die ontwikkeling komt tegemoet aan de behoeften te velde. SMES-B werkt aldus aan interventions voordat de crisissen zich voordoen door in te gaan op vragen die afkomstig zijn van de werknemers van de sector sociale huisvesting en de OCMW's.

## **2. De interventions van de ondersteuningscel en zijn doelstellingen**

De ondersteuningscel wordt tijdens ontmoetingen met de partnerinstellingen gevraagd om in te grijpen per telefoon of via rechtstreeks contact. De aanvragen kunnen geformuleerd worden door het hele team of door een van de hulpverleners die de probleemsituatie het best kennen.

Na analyse van het verzoek tijdens een teamvergadering, worden twee leden van de cel aangewezen volgens hun beschikbaarheid, maar vooral op basis van hun bijzondere knowhow in verband met de situatie.

Men vermijdt overhaast te werk te gaan en er verloopt maximum een week tussen de aanvraag en de eigenlijke interventie.

Overeenkomstig het principe van de mobiliteit ontmoeten de leden van de cel het « aanvragende systeem » bij voorkeur op de arbeidsplaats en het « cliëntsysteem » bij voorkeur in zijn leefomgeving.

Tijdens deze ontmoetingen start de cel nieuwe praktijken op en worden de aspecten van wat de huidige werking van de instellingen en hun werkkader, regels en reglementen die de zorg weinig toegankelijk maken voor een deel van de doelgroep, ter discussie gesteld.

<p>Objectifs par rapport à l'usager :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– préserver le lien;</li> <li>– procurer et assurer une continuité des soins médicaux et psychologiques;</li> <li>– mettre en ordre ou faire en sorte que la personne ne perde pas ses droits sociaux;</li> <li>– créer un réseau de soins.</li> </ul> <p>Objectifs par rapport au travailleur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– accompagner, soutenir;</li> <li>– écouter, informer;</li> <li>– renforcer les compétences;</li> <li>– dédramatiser la situation (tout en acceptant son cadre de travail).</li> </ul> <p>Objectifs par rapport à l'institution :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– soutenir l'équipe et stimuler la réflexion interne autour du fonctionnement de l'institution;</li> <li>– sensibiliser et former à la santé mentale;</li> <li>– élaborer des pistes de travail;</li> <li>– prévenir l'exclusion sociale;</li> <li>– élargir le réseau.</li> </ul> <p>On construit le réseau à partir de chaque cas.</p> <p>Notre rôle est d'aider à tisser la toile du réseau, en s'assurant une bonne prise en charge, sur tous les niveaux qui sont nécessaires, en s'adaptant à chaque situation (aide à la référence dans un service de la santé mentale et, si impossible, aide au diagnostic, traitement éventuel, parfois mise en place d'un administrateur de biens, demande d'hospitalisation si nécessaire, sous la contrainte ou non, suivi et aide à la référence ...).</p> <p><b>3. Quelques chiffres tirés de nos statistiques sur dix ans d'activité (2002-2011) concernant spécifiquement la population féminine</b></p> <p>Notre service ne fait en général pas de différence entre hommes et femmes dans ses interventions, puisque nous répondons aux demandes des travailleurs du terrain. Mais suite à votre demande d'audition, plus spécifiquement orientée sur le genre, nous nous sommes donné un moment de réflexion et nous avons tiré, de notre base de données</p>	<p>Doelstellingen ten opzichte van de gebruiker :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– de band behouden;</li> <li>– continuïteit van de medische en psychologische zorg bereiken en waarborgen;</li> <li>– ervoor zorgen dat de persoon zijn sociale rechten niet verliest;</li> <li>– een zorgnetwerk opzetten.</li> </ul> <p>Doelstellingen ten opzichte van de werknemer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– begeleiding, ondersteuning;</li> <li>– luisteren, informatie;</li> <li>– de knowhow verbeteren;</li> <li>– de situatie dedramatiseren (en het werkkader aanvaarden).</li> </ul> <p>Doelstellingen ten opzichte van de instelling :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– het team ondersteunen en de interne reflectie over de werking van de instelling stimuleren;</li> <li>– bewustmaking van en opleiding inzake geestelijke gezondheid;</li> <li>– werklijnen uitwerken;</li> <li>– preventie van sociale uitsluiting;</li> <li>– het netwerk uitbreiden.</li> </ul> <p>Het netwerk wordt bij elk geval verder uitgebouwd.</p> <p>Het is onze taak het netwerk uit te bouwen door een goede opvang op alle noodzakelijke niveaus aan te bieden, door ons aan te passen aan elke situatie (hulp bij de verwijzing naar de dienst voor sociale gezondheid en, indien onmogelijk, hulp bij de diagnose, eventuele behandeling, soms aanstelling van een beheerder van de goederen, verzoek om ziekenhuisopname indien nodig, al dan niet onder dwang, follow-up en bijstand bij de verwijzing ...).</p> <p><b>3. Enkele cijfers uit onze statistieken over tien jaar activiteit (2002-2011) over het vrouwelijke publiek in het bijzonder</b></p> <p>Onze dienst maakt in het algemeen geen onderscheid tussen vrouwen en mannen bij zijn interventies, aangezien wij ingaan op de vragen van de veldwerksters. Maar ingevolge uw verzoek om een hoorzitting, met vooral aandacht voor de genderproblematiek, hebben wij daarover nagedacht en hebben wij uit onze databank, aangelegd op basis van tien</p>
--	--

de dix ans de pratique, les données spécifiquement liées au genre de notre population.

La population totale est de 718 patients, dont 245 femmes et 473 hommes, pour lesquels nous sommes intervenus via les travailleurs de première ligne entre 2002 et 2011.

Dans notre population, 34 % sont des femmes. Ceci correspond à peu près au pourcentage des femmes dans la population des personnes sans domicile fixe à Bruxelles (39 %).

L'âge moyen des femmes (43 ans) est plus élevé que celui des hommes (39 ans). Nous voyons surtout dans la partie de la population des plus que 50 ans une différence en faveur des femmes (27 % de femmes contre 17 % d'hommes). En général, le nombre des femmes augmente en fonction de l'âge alors que chez les hommes, le nombre diminue.

En ce qui concerne la nationalité, il n'y a pas de différence entre les hommes et femmes (environ la moitié est belge et l'autre moitié est d'origine étrangère).

En ce qui concerne l'état civil, nous remarquons une grande différence chez les hommes et les femmes : 62 % des hommes sont célibataires (contre 28 % des femmes); chez les femmes, 65 % sont ou ont été mariées dans le passé (par rapport à 33 % chez les hommes).

Les démarches psychiatriques antérieures sont identiques chez les hommes et chez les femmes : 50 % ont déjà eu un traitement psychiatrique avant d'être en contact avec la cellule mais sont pour le moment en rupture de soins. Chez 34 % des femmes, la cellule a initié pour la première fois un suivi psychiatrique, contre 26 % des hommes.

Dans la population pour laquelle nous intervenons, le diagnostic le plus souvent établi est la psychose : 29 % des femmes pour 20 % des hommes souffrent de cette maladie. Parmi ces femmes, 14 % souffrent de schizophrénie, 7 % de troubles délirants persistants, 5 % de psychose sans précision, et 2 % de trouble bipolaire. Dans les autres diagnostics psychiatriques, 20 % souffrent de troubles anxio-dépressifs contre 17 % des hommes. Chez les hommes, nous trouvons plus de problèmes mentaux liés à la consommation d'alcool (9 % chez les hommes contre 2 % chez les femmes).

#### **4. Réflexions**

Parmi les femmes de notre population, nous pouvons distinguer quatre groupes.

1. Des femmes belges qui souffrent de troubles psychiatriques majeurs et qui sont fortement isolées. Elles se retrouvent à la rue ou dans une maison d'accueil après un long processus d'exclusion. Du fait du trouble psychiatrique, le travail avec cette population n'est pas facile

jaar ervaring, de gegevens gehaald die specifiek betrekking hebben op het gender van ons publiek.

Het publiek bestaat in totaal uit 718 patiënten, waaronder 245 vrouwen en 473 mannen, waarvoor wij tussen 2002 en 2011 de eerstelijnszorg ingeschakeld hebben.

Ons publiek is voor 34 % vrouwelijk. Dat stemt ongeveer overeen met het percentage personen van het vrouwelijke geslacht zonder vaste woonplaats in Brussel (39 %).

De gemiddelde leeftijd van de vrouwen (43 jaar) is hoger dan die van de mannen (39 jaar). Wij zien vooral bij mensen ouder dan vijftig een verschil met een groter aandeel vrouwen (27 % vrouwen tegen 17 % mannen). In het algemeen stijgt het aantal vrouwen volgens leeftijd terwijl het aantal bij de mannen daalt.

Wat de nationaliteit betreft, is er geen verschil tussen mannen en vrouwen (ongeveer de helft is Belgisch en de andere helft is van buitenlandse oorsprong).

Wat de burgerlijke staat betreft zien wij een groot verschil tussen mannen en vrouwen : 62 % mannen is vrijgezel (tegen 28 % van de vrouwen); bij de vrouwen is 65 % gehuwd of gehuwd geweest (tegen 33 % van de mannen).

De psychiatrische voorgeschiedenis is dezelfde bij mannen en vrouwen : 50 % is reeds psychiatrisch behandeld alvorens in contact te komen met de cel, maar is op dit ogenblik niet in behandeling. Bij 34 % van de vrouwen heeft de cel voor de eerste maal voor psychiatrische opvolging gezorgd, tegen 26 % van de mannen.

In onze doelgroep is de meest voorkomende diagnose psychose : 29 % van de vrouwen tegen 20 % van de mannen lijden aan deze ziekte. Onder de vrouwen heeft 14 % schizofrenie, 7 % een persistent delirium, 5 % een psychose zonder verdere precisering en 2 % een bipolaire stoornis. Bij andere psychiatrische diagnoses lijdt 20 % aan angst en depressies, tegen 17 % van de mannen. Bij de mannen vindt men vaker mentale problemen als gevolg van alcoholgebruik (9 % van de mannen tegen 2 % van de vrouwen).

#### **4. Opmerkingen**

Onder de vrouwen van onze doelgroep kunnen wij vier groepen onderscheiden.

1. De Belgische vrouwen die lijden aan ernstige psychiatrische stoornissen en die heel geïsoleerd zijn. Zij komen op straat of in een opvangtehuis terecht na een lang proces van uitsluiting. Als gevolg van de psychiatrische stoornis is het voor de zorgverleners zeer moeilijk om

pour les intervenants. Elles n'ont pas de demande, elles ont des droits dont elles sont exclues car elles ne sont plus en ordre nulle part. Elles sont fort désocialisées.

2. Un deuxième groupe est constitué de femmes originaires d'Afrique du Nord, arrivées en Belgique suite à un mariage le plus souvent. C'est souvent après un (des) épisode(s) de violence conjugale qu'elles fuient le domicile. Comme leurs familles sont à l'étranger, elles se retrouvent en isolement total, souvent avec des enfants en bas âge. Ces femmes sont souvent analphabètes, sans réseau, elles ont des droits mais ne le savent pas. Leur problématique psychiatrique est souvent réactionnelle à leur situation.
3. Le troisième groupe comprend des femmes ressortissantes de l'Union européenne, avec une pathologie mentale lourde (psychose), qui errent de pays en pays. Elles se sentent souvent persécutées dans leur pays, dans lequel elles ont tous leurs droits (santé, logement, ...) mais en Belgique, elles n'en ont aucun (pas d'accès à la santé, pas d'accès au logement, pas d'aide sociale, ...).
4. Le dernier groupe est composé de femmes originaires d'un pays d'Afrique sub-saharienne (Congo, Guinée, Rwanda, Ethiopie, ...) qui souffrent souvent aussi d'une psychose, qui sont souvent illégales (ou légales sans le savoir), sans papiers, et leur état de santé mentale fait qu'elles ne se préoccupent plus de suivre les procédures de demande d'asile et/ou de régularisation.

Les demandeurs varient aussi selon les groupes de femmes. Si pour les deux premiers groupes, nous sommes souvent appelés par les travailleurs sociaux des logements sociaux et des maisons d'accueil (puisque ces femmes y ont droit), pour les deux derniers groupes, ce sont des travailleurs de rue, le SAMU Social ou les Médecins du Monde qui font appel à nous (ces femmes n'ayant pas accès aux maisons d'accueil).

Pour toutes ces femmes, il faut un suivi à long terme et à plusieurs niveaux. Elles doivent réapprendre ou apprendre à vivre dans notre société. Comme la problématique est complexe, il faut une collaboration entre différentes organisations, mise en réseau qui doit être coordonnée et concertée. Il est souvent utile d'avoir une personne relais, un accompagnateur psycho-social qui peut accompagner physiquement et coordonner toutes les démarches autour de cette personne, sous risque de ne pas aboutir et d'être à nouveau obligé de tout recommencer à zéro.

Ces femmes très précarisées en souffrance mentale sont les plus vulnérables dans notre société. Elles n'utilisent pas les services de santé mentale existants, donc il faut des services qui vont à leur rencontre et qui s'adaptent à elles plutôt que de leur demander de s'adapter elles aux services.

C'est très important d'appuyer et de former à la santé mentale toutes les structures qui travaillent avec les person-

met hen te werken. Zij zijn geen vragende partij, hebben rechten waarvan zij uitgesloten zijn omdat zij met niets meer in orde zijn. Zij zijn sterk geïsoleerd.

2. Een tweede groep bestaat uit vrouwen uit Noord-Afrika die meestal via een huwelijk in België terecht gekomen zijn. Zij onvluchten de woonplaats vaak na partnergeweld. Aangezien hun familie in het buitenland is, zijn zij helemaal geïsoleerd, vaak met kinderen op jonge leeftijd. Die vrouwen zijn vaak analfabet, zonder netwerk, hebben rechten maar weten dat niet. Hun psychiatrische toestand is vaak een reactie op hun situatie.
3. De derde groep omvat vrouwen uit de Europese Unie, met een ernstige geestelijke pathologie (psychose), die van land tot land trekken. Zij voelen zich vaak vervolgd in hun land, waar zij alle rechten hebben (gezondheid, huisvesting ...), maar in België hebben zij geen enkel recht (geen toegang tot de gezondheid, huisvesting, sociale bijstand enzovoort).
4. De vierde groep bestaat uit vrouwen uit een land uit Sub-Saharanisch Afrika (Congo, Guinea, Rwanda, Ethiopië ...) die ook vaak aan een psychose lijden en die vaak illegaal zijn (of legaal zonder het te weten), geen papieren hebben en hun mentale gezondheidstoestand verhindert dat zij de procedures voor asielaanvraag en/of regularisatieaanvraag nog kunnen opvolgen.

De aanvragers verschillen ook naargelang de groep vrouwen. Voor de eerste twee groepen krijgen wij vaak oproepen van de maatschappelijk werkers van de sociale woningen en de opvangtehuizen (aangezien die vrouwen daar recht op hebben), voor de twee laatste groepen krijgen wij oproepen van straathoekwerkers, de sociale Samu of de Dokters van de Wereld (omdat die vrouwen geen toegang hebben tot de opvangtehuizen).

Voor al deze vrouwen is een opvolging op lange termijn en op verschillende niveaus vereist. Zij moeten leren of opnieuw leren hoe te leven in onze maatschappij. Aangezien de problematiek complex is, is samenwerking vereist tussen verschillende organisaties met de nodige coördinatie en overleg. Het is vaak nuttig om een contactpersoon te hebben, een psychosociaal begeleider die fysiek aanwezig is en alle stappen voor die persoon kan coördineren, anders bestaat het gevaar dat geen resultaat geboekt wordt en van nul herbegonnen moet worden.

Die sterk achtergestelde vrouwen met een geestelijke stoornis zijn in onze maatschappij het kwetsbaarst. Zij maken geen gebruik van de bestaande diensten voor geestelijke gezondheid, dus is er nood aan diensten die zelf naar hen gaan en zich aan hen aanpassen in plaats van omgekeerd.

Het is belangrijk om alle structuren die met daklozen werken, of het nu mannen of vrouwen zijn, op te leiden

nes sans abri, qu'elles soient hommes ou femmes, pour permettre une meilleure prise en charge, plus de compétences dans ce domaine qui est mal connu et qui engendre souvent la peur donc l'exclusion. ».

### **1.b. Exposé de Mme Laurence Bourguignon, coordinatrice de la cellule psychologique du SAMU Social**

Mme Laurence Bourguignon a tenu devant les commissaires l'exposé suivant :

« On me demande aujourd'hui de vous rendre compte de l'expérience acquise du SAMU Social de Bruxelles en matière de sans-abrisme vu sous l'angle du genre, de relever les particularités de chaque groupe de population, ses spécificités, ses différences.

Il y aurait tant à dire car, depuis quelques années, la littérature foisonne et nous dépasserions les délais impartis. Je me permettrai donc de me concentrer sur notre activité de terrain, tout en mettant en lien quelques études et références utiles pouvant alimenter notre réflexion.

Dans un premier temps, il me semble opportun de rappeler à chacun les types d'activités qu'exerce le SAMU Social de Bruxelles.

L'ASBL SAMU Social est un dispositif urbain de lutte contre l'exclusion sociale. C'est un service d'urgence sociale dont l'action s'étend sur l'ensemble du territoire de Bruxelles-Capitale. Il a pour mission d'intervenir et de répondre aux situations de détresse et d'urgence sociale.

Nous intervenons donc pour toute personne se trouvant en situation d'errance sur la voie publique, toute personne sans abri se signalant ou étant signalée en détresse.

Le SAMU Social a développé plusieurs outils pour approcher et venir en aide à ce public précarisé en errance. Il s'est doté d'un numéro vert par lequel transitent toutes les demandes d'hébergement, les signalements, et la transmission d'information. Le SAMU Social, c'est aussi et avant tout un centre d'hébergement d'urgence, une structure adaptée de mise à l'abri d'environ 130 places (avec des sas supplémentaires en période hivernale). Hommes, femmes, couples et familles sans logement y trouvent un refuge. Parce que sa mission est aussi de réinsérer la personne, un service pluridisciplinaire est proposé avec psychologue, assistants sociaux, paramédicaux, éducateurs. Enfin, le SAMU Social dispose d'équipes mobiles sillonnant la nuit les rues de Bruxelles, à la rencontre du sans-abri sur son lieu de vie.

Si l'utilité et la nécessité de notre dispositif sont aujourd'hui reconnues, cela reste insuffisant. L'urgence sociale est devenue une réalité sociétale, il faut poursuivre les

op het vlak van geestelijke gezondheid, om te komen tot een betere begeleiding en sterkere kennis in dit domein dat weinig bekend is en vaak schrik inboezemt en dus tot uitsluiting leidt. ».

### **1.b. Uiteenzetting van mevrouw Laurence Bourguignon, coördinator van de psychologische cel van de sociale SAMU**

Mevrouw Laurence Bourguignon heeft voor de commissieleden de volgende uiteenzetting gehouden :

« Men vraagt mij om vandaag verslag uit te brengen over de ervaring van de sociale Samu van Brussel op het vlak van de daklozenproblematiek vanuit de genderinvalshoek, en te wijzen op de bijzondere kenmerken van elke bevolkingsgroep.

Daarover kan veel gezegd worden, want er wordt al enkele jaren veel over geschreven en wij zouden de gegeven termijnen overschrijden. Ik ben dus zo vrij me toe te spitsen op onze activiteit op het terrein, en te verwijzen naar enkele studies en referenties die ons denkwerk kunnen spijzen.

Om te beginnen lijkt het mij nuttig iedereen te herinneren aan de types activiteiten van de sociale SAMU te Brussel.

De VZW Sociale SAMU is een stedelijke voorziening om sociale uitsluiting te bestrijden. Het is een sociale nooddienst die op het gehele grondgebied van Brussel Hoofdstad werkt en tot taak heeft op te treden bij dringende sociale probleemsituaties.

Wij treden dus op voor gelijk wie die op de openbare weg doolt, geen onderdak heeft of wiens moeilijkheden gemeld worden.

De Sociale SAMU heeft verscheidene tools uitgewerkt om dat dolend publiek in moeilijkheden ter hulp te komen. Het heeft een groen nummer waar alle aanvragen voor onderdak, signalementen en informatie terechtkomen. In de eerste plaats is het tevens een centrum voor noodopvang, een aangepaste opvangstructuur met ongeveer 130 plaatsen (met extra mogelijkheden in de winterperiode). Mannen, vrouwen, koppels en gezinnen zonder onderdak vinden er hun toevlucht. Aangezien de opdracht ook inhoudt de persoon opnieuw te integreren, wordt multidisciplinaire dienstverlening voorgesteld : een psycholoog, sociale assistenten, paramedici, opvoeders. Tot slot beschikt de Sociale SAMU over mobiele teams die 's nachts in de Brusselse straten de daklozen tegemoet gaan.

De nood aan onze voorziening is thans erkend, maar zij blijft onvoldoende. Sociale noodtoestanden zijn een maatschappelijke realiteit geworden, de inspanningen moeten

efforts et se donner les moyens de lutter contre l'exclusion sociale et les multiples formes qu'elle recouvre.

Aujourd'hui, sur le sujet qui nous amène, le SAMU Social mettra l'accent sur la situation spécifique des femmes sans abri, phénomène qui semble s'amplifier depuis quelques années. Il y a de cela dix ans à peine, on parlait peu des femmes en rue. N'y en avait-il pas ou n'en parlait-on pas ? On parlait de vagabond, de clochard, d'un public exclusivement masculin *a priori*.

Il est vrai que dans nos représentations sociales, la rue, l'errance, la mobilité sont une affaire d'hommes avant tout. Karine Boinot, en 2008, disait à juste titre que le mouvement, l'errance est plus perçu comme une activité masculine, par opposition à la fixité attribuée à la féminité. De façon naturelle, nos représentations sociales lient la femme à la maison, car d'un point de vue anthropologique, la maison détermine le champ social attribué à l'activité de la femme et symboliquement recoupe un ensemble d'interprétations différentes au féminin (refuge, mère, sein). La femme sans abri, plus que l'homme, met mal à l'aise et bouscule nos systèmes de valeurs et l'ordre des choses. L'errance féminine a quelque chose de moralement suspect, elle renvoie à une transgression du destin social et biologique.

Parce que la femme ne peut être dans la rue, on ne l'y attend pas. Serait-elle pour autant invisible ou plutôt devons-nous reconnaître qu'elle ne peut être visible ? Ainsi, deux comportements s'observent auprès de la population générale.

Soit, on ne voit pas la femme sans abri : celle qu'on rencontre à la gare avec une valise marchant d'un pas décidé ou encore celle qui est assise sur un banc dans un parc profitant des rayons du soleil, ni même celle qu'on croise tous les matins à la boulangerie du quartier. Elle est invisible et partout.

Soit, on ne veut pas la voir, parce que cela nous dérange. Qui n'a jamais détourné les yeux devant une femme qui fait la manche. On ne voit pas, on ne regarde pas, on n'en veut pas.

Pourtant, au SAMU Social, les femmes sont bien présentes. En 2010, 913 femmes en situation de détresse ont été recensées. Alors qu'en 2006, nous parlions de 602 femmes. À l'époque, quarante-cinq femmes étaient considérées comme particulièrement vulnérables et fréquentaient notre centre d'hébergement chaque nuit. Aujourd'hui, sur nos 130 places, soixante-cinq sont attribuées à ces femmes vulnérables que nous ne pouvons nous soumettre à laisser dehors la nuit au vu de leur vulnérabilité. Elles sont très jeunes, âgées, grabataires, victimes de violences, malades, exilées, toxicomanes, etc. La liste est longue.

L'augmentation de ce public de femmes sans abri dans les rues de Bruxelles nous questionne et nous amène à revoir nos priorités dans l'accueil du public SDF.

verdiergezet worden, met de middelen om sociale uitsluiting in zijn vele verschijningsvormen te bestrijden.

Inzake het onderwerp dat wij vandaag behandelen, legt de Sociale SAMU de nadruk op de specifieke situatie van de dakloze vrouwen, die sedert enkele jaren meer en meer lijkt op te treden. Nauwelijks tien jaar geleden was er weinig sprake van vrouwen die op straat leven. Waren er geen of werd er niet over gesproken ? Er werd gesproken van zwervers alsof het *a priori* uitsluitend ging over mannen.

Het is waar dat in onze sociale beelden, de straat, zwervers, mobiliteit in de eerste plaats een mannelijkheid zijn. In 2008 zei Karine Boinot terecht dat rondlopen eerder gezien wordt als een mannelijke activiteit, in tegenstelling tot vastheid, die als een vrouwelijk eigenschap wordt gezien. Wij beelden ons spontaan in dat de vrouw verbonden is met het huis, want uit antropologisch standpunt bepaalt het huis het sociale veld dat wordt toegekend aan de activiteit van de vrouw en staat het symbool voor een geheel van interpretaties rond het vrouwelijke element (schuilplaats, moeder, borst). Een dakloze vrouw is nog meer verontrustend dan een dakloze man, en haalt ons waardesysteem overhoop. Een rondlopende vrouw heeft iets moreel verdachts en beantwoordt niet aan de sociale en biologische bestemming.

Aangezien een vrouw niet op straat mag leven, wordt dat niet verwacht. Zou ze daarom onzichtbaar zijn of moeten wij eerder toegeven dat zij niet zichtbaar mag zijn ? Zo stelt men twee houdingen vast bij de gewone mensen.

Ofwel ziet men de dakloze vrouw niet : degene die doelbewust voortschrijdt in het station met een valies of degene die op een bank in het park geniet van de zon, en zelfs niet degene die we elke dag kruisen bij de bakker in de buurt. Zij is alomtegenwoordig en onzichtbaar.

Ofwel willen wij haar niet zien omdat het ons stoort. Wie heeft nooit de blik afgewend van een bedelende vrouw ? We zien haar niet, we kijken niet, we willen er niet van weten.

Bij de Sociale SAMU zijn de vrouwen nochtans wel degelijk aanwezig. In 2010 waren er 913 vrouwen in een noodlijdende situatie, terwijl dat er nog maar 602 waren in 2006. Destijds werden vijfenvijftig als bijzonder kwetsbaar beschouwde vrouwen elke nacht opgevangen in ons centrum. Momenteel worden 65 van onze 130 plaatsen toegewezen aan die kwetsbare vrouwen, die wij 's nachts niet buiten kunnen laten, gelet op hun kwetsbaarheid. Zij zijn zeer jong, of oud, of bedlegerig, slachtoffer van geweld, ziek, verbannen of druggebruiker enz., de lijst is lang.

De toename van deze vrouwelijke daklozen in de straten van Brussel doet vragen rijzen en doet ons onze prioriteiten herzien bij de opvang van personen zonder vaste verblijfplaats.

En tirant de gros traits, à partir de nos observations et en partant de ce qui est décrit dans la littérature scientifique, on pourrait dire que les hommes sont plus actifs, plus visibles en rue, ils se font plus remarquer, sollicitent plus l'aide, sont plus débrouillards, sont physiquement plus forts et endurants, et se regroupent souvent pour assurer leur sécurité. Les squats, les espaces publics, les gares et métro sont leurs lieux de prédilection pour passer la nuit, à défaut bien sûr d'un logement. Ils sont moins victimes de harcèlements et d'abus sexuels que les femmes sans abri, mais sont exposés régulièrement à des faits de violence et de vols en tant que victime ou auteur. Notons aussi qu'en moyenne, le temps passé en rue est plus long.

Les femmes, quant à elles, sont plus discrètes, moins visibles, plus silencieuses. Elles passent en moyenne moins de temps en rue. Elles sont plus soucieuses de leur hygiène et de la qualité de leur alimentation. Néanmoins, elles sont plus vulnérables et font souvent l'objet de pressions de la part des hommes et sont régulièrement victimes de harcèlements, d'agressions physiques et de viols. Surtout si elles sont jeunes. Elles sont physiquement plus fragiles et leur passage en rue a vite fait d'abîmer leur corps.

Il est communément admis que les femmes sont plus vulnérables en rue que les hommes, qu'elles s'exposent à un risque accru de se trouver victimes de faits de harcèlements, de violences physiques et de sévices sexuels. De nombreuses études abondent dans ce sens (Suzanne Wenzel, Lillian Gelberg 2000, 2012 Los Angeles – Bell et al 1994). Déjà dans la population générale, on assiste à une augmentation significative des faits de violences sur les femmes, l'effet est d'autant plus exacerbé que le milieu de la rue est particulièrement inadapté et hostile pour la femme en perte de repères.

Une étude de Wenzel, Leake et Gelberg, récemment éditée en avril 2012, suggérait quatre facteurs qui potentialiseraient le risque pour une femme sans abri de se trouver victime de violence lors de son passage en rue : la sévérité de sa détresse, la qualité de ses relations sociales et familiales, ses stratégies de survie et l'abus de substances telles que l'alcool et les drogues.

Plusieurs autres études soulignent l'idée qu'il existerait un lien entre le vécu de ces femmes durant leur enfance et le fait de se retrouver un jour à la rue. Ainsi, des études sous-tendent l'idée que le fait d'être une femme et d'avoir été victime d'abus ou d'agressions durant l'enfance augmenteraient le risque de se retrouver un jour à la rue. Plus précisément, ces femmes seraient d'autant plus vulnérables en situation de sans-abrisme et se verrait plus souvent victimes d'agressions et de menaces (Gidycz, Hanson, Layman 1995, Moeller, Bachmann 1993, Browne et Bassuk 1997).

Plus encore, d'autres recherches ont démontré qu'une proportion importante des femmes sans abri ayant été victimes de violences sexuelles et physiques dans leur passé ont

In grote lijnen, uitgaand van onze vaststellingen en van wat beschreven wordt in de wetenschappelijke literatuur, zou men kunnen stellen dat de mannen actiever zijn, meer zichtbaar in de straat, zich meer laten opmerken, meer hulp vragen, zich beter kunnen redderen, fysiek sterker en taaier zijn en zich vaak groeperen voor de veiligheid. Kraakpannen, openbare ruimtes, stations en metro zijn de plaatsen die zij verkiezen om de nacht door te brengen, bij gebrek aan een woning uiteraard. Zij vallen minder vaak ten prooi aan seksueel misbruik dan dakloze vrouwen, maar geregeld aan geweld en diefstal, als slachtoffer of als dader. Wij merken ook op dat zij gemiddeld langer op straat blijven.

De vrouwen daarentegen zijn discrete, stiller en minder zichtbaar. Zij brengen doorgaans minder tijd door op straat. Zij dragen meer zorg voor hygiëne en goede voeding. Toch zijn zij kwetsbaarder en vaak onderhevig aan druk van mannen en zijn regelmatig slachtoffer van pesterijen, fysiek geweld en verkrachting, vooral als zij jong zijn. Zij zijn fysiek meer kwetsbaar en op straat leven eist vlug een tol op hun lichaam.

Doorgaans wordt aangenomen dat vrouwen meer kwetsbaar zijn op straat dan mannen, dat zij meer risico lopen slachtoffer te worden van pesterijen, fysiek en seksueel geweld. Dat blijkt uit vele studies (Suzanne Wenzel, Lillian GELBERG 2000, 2012 Los Angeles – Bell e.a 1994). Bij de gewone bevolking is er al sprake van een aanzienlijke toename van geweld tegen vrouwen, wat nog veel erger wordt omdat de straat een bijzonder onaangepaste en vijandige omgeving is voor vrouwen in moeilijkheden.

Een recent onderzoek van Wenzel, Leake en Gelberg dat in april 2012 werd uitgegeven, verwees naar vier factoren die invloed hebben op het risico voor een dakloze vrouw om slachtoffer te worden van geweld op straat : de ernst van haar problemen, de kwaliteit van de sociale en familiale relaties, de overlevingsstrategieën en het misbruik van stoffen zoals alcohol en drugs.

Verscheidene andere studies benadrukken het idee dat er een verband bestaat tussen wat deze vrouwen beleefd hebben tijdens hun jeugd en het feit dat zij op een dag op straat belanden. Zo blijkt dat het feit een vrouw te zijn en tijdens de kindertijd geweld of misbruik te hebben ondergaan het risico om op een dag op straat te belanden verhogen. Deze vrouwen zouden in het bijzonder kwetsbaarder zijn als zij dakloos zijn en zouden vaker het slachtoffer zijn van agressie en bedreigingen (Gidycz, Hanson, Layman 1995, Moeller, Bachmann 1993, Browne en Bassuk 1997).

Ander onderzoek heeft bovendien aangetoond dat een groot deel van de vrouwen die dakloos zijn en het slachtoffer geweest zijn van seksueel en fysiek geweld in het

plus de chances que les hommes SDF de subir la violence pendant la période où elles sont sans abri.

Le temps d'errance et les diverses formes de dépendance aux substances viennent alourdir ce constat.

Le SAMU Social de Bruxelles n'a pas encore de données statistiques à ce sujet. Mais les diverses anamnèses menées auprès de notre public femme par notre service psychosocial nous amène à rejoindre ces constats. La plupart des femmes qui ont accepté de s'entretenir avec notre service témoignent en effet d'avoir été victimes de faits de violence ou d'abus durant leur enfance ou l'adolescence. C'est notamment une des raisons qui les ont motivées à se soustraire de cette pression en décistant notamment de quitter le foyer familial. Nous observons malheureusement que ce sont souvent ces femmes au vécu difficile qui sont les plus exposées au harcèlement et à l'agression.

Nous suggérons trois autres facteurs pouvant accentuer cet état de vulnérabilité chez les femmes sans abri, à savoir un passé institutionnel durant l'enfance, le manque de ressources financières et la présence d'une pathologie psychiatrique invalidante.

Nous constatons que les jeunes femmes âgées entre 18 et 25 ans accueillies au SAMU Social de Bruxelles, ont eu pour la plupart un parcours institutionnel conséquent. Ce sont des jeunes femmes en rupture de liens familiaux depuis longtemps, qui ont été placées par un juge en institution jusqu'à leur majorité. Ces jeunes femmes présentent certaines caractéristiques communes : elles ont vécu de nombreux traumas, sont souvent émotionnellement immatures, présentent une fragilité psychique liée notamment au manque d'attachement, elles ont été insécurisées durant l'enfance, parfois aussi, elles souffrent de pathologies psychiatriques et de troubles du comportement. Elles sont particulièrement vulnérables aussi parce qu'elles sont jeunes, sans ressources, influençables et sans repères. Elles constituent une proie facile pour les hommes et les autres femmes plus âgées.

L'accompagnement psychosocial des ces jeunes femmes est souvent long et complexe. Nous considérons que ces jeunes femmes constituent une priorité dans nos prises en charge. Il faut éviter à tout prix de les voir s'installer dans le réseau sans abri et de venir ainsi augmenter nos statistiques annuelles de femmes chronicisées en rue. Nous regrettons le manque de places d'hébergement adaptées pour ce type spécifique de public.

La grande prévalence des troubles psychiatriques dans la population sans abri nous interpelle également. Dans la population homme sans domicile fixe recensée au SAMU, on retrouve majoritairement des pathologies liées aux dépendances, à la dépression, à l'anxiété et aux pathologies neurologiques liées à l'abus de substances. On retrouvera plus

verleden, meer kans hebben dan dakloze mannen om het slachtoffer te worden van geweld gedurende de periode dat zij dakloos zijn.

De tijd van ronddolen en de verschillende vormen van verslavering maken die vaststelling nog flagrante.

De Sociale SAMU van Brussel beschikt nog niet over statistieken ter zake. Maar de onderzoeken door onze psychosociale dienst naar de voorgeschiedenis van de vrouwen toont aan dat deze vaststellingen correct zijn. De meeste vrouwen die bereid geweest zijn te praten met onze dienst, getuigen inderdaad dat zij het slachtoffer geweest zijn van geweld of misbruik gedurende hun kindertijd of hun adolescentie. Dat is met name een van de redenen die hen ertoe gebracht hebben om daaraan te willen ontsnappen en de gezinswoning bijvoorbeeld te verlaten. Wij stellen spijtig genoeg vast dat het vaak de vrouwen zijn met een moeilijk verleden die het vaak lastiggevallen worden en slachtoffer worden van agressie.

Wij stellen drie andere factoren voor die deze kwetsbaarheid bij dakloze vrouwen kunnen onderstrepen, te weten een verblijf in instellingen gedurende de kindertijd, het gebrek aan financiële mogelijkheden en de aanwezigheid van een psychiatrische pathologie die hen kwetsbaar maakt.

Wij stellen vast dat de jonge vrouwen tussen 18 en 25 jaar die bij de Sociale SAMU terechtkomen, meestal in instellingen verbleven hebben. Deze jonge vrouwen hebben al lange tijd geen contact meer met hun familie en zijn door een rechter in een instelling geplaatst tot zij meerderjarig zijn. Deze jonge vrouwen hebben enkele gemeenschappelijke kenmerken : ze hebben vele trauma's opgelopen, zijn vaak emotioneel niet volwassen, zijn psychisch kwetsbaar onder andere als gevolg van een gebrek aan binding, zij hebben geen geborgen kindertijd gekend en vaak lijden zij aan psychiatrische stoornissen en gedragsstoornissen. Zij zijn in het bijzonder kwetsbaar omdat zij jong zijn, zonder hulpmiddelen, beïnvloedbaar zijn en geen ankerpunten hebben. Zij vormen een gemakkelijke prooi voor de mannen en de andere oudere vrouwen.

De psychosociale begeleiding van deze jonge vrouwen is vaak lang en complex. Wij menen dat deze jonge vrouwen een prioriteit vormen voor onze begeleiding. Men moet kost wat kost voorkomen dat zij terechtkomen in het netwerk van de daklozen en op die manier deel uitmaken van onze jaarlijkse statistieken van vrouwen die voortdurend op straat moeten leven. Wij betreuren het gebrek aan opvangplaatsen die aangepast zijn aan deze specifieke doelgroep.

De hoge prevalentie van psychiatrische stoornissen bij de daklozen beschouwen wij ook als een groot probleem. Onder de dakloze mannen die bij de SAMU geregistreerd zijn, vindt men voornamelijk stoornissen als gevolg van verslavering, depressie, angst en neurologische pathologieën als gevolg van misbruik van verslavende substanties. Men

souvent chez les femmes des pathologies psychiatriques de type psychose, schizophrénie, *borderline* et dépression majeure. Nous ne pouvons encore expliquer ce phénomène, lequel semble également être rapporté dans la littérature. Ainsi par exemple, une étude de Pascale Pichon de 2010, précise que chez la femme précaire, on note davantage d'atteintes psychiques que chez les hommes, 2,4 fois plus de psychoses, 1,9 fois plus de troubles du sommeil. Elles manifestent également souvent un sentiment généralisé d'insécurité susceptible d'entraîner des comportements morbides et une tendance suicidaire.

Quel que soit le genre, la maladie mentale fragilise. La dépression liée à un manque de sommeil récurrent par exemple réduit le niveau de vigilance de la personne et dans un environnement hostile, les conséquences peuvent être dramatiques. C'est ainsi que de nombreux sans-abri, hommes et femmes, nous rapportent des faits d'agressions et de vols. Il est fréquent de retrouver un sans-abri sans chaussures au petit matin. La perte de ce qui nous apparaît n'être que de petites choses peut prendre des proportions importantes pour le sans-abri qui en est victime.

Enfin, le manque de ressources apparaît évidemment comme un facteur de risque prépondérant. Sans moyen financier, l'homme et la femme sans abri se retrouvent sans moyens de subsistance pour couvrir leurs besoins élémentaires de vie, ne pouvant pas assurer un abri sécurisé pour la nuit.

Les stratégies de survie et le comportement en rue diffèrent également au sein du public sans abri. Nous nous sommes penchés sur les stratégies de survie des femmes lorsqu'elles se retrouvent du jour au lendemain dans la rue.

### **Stratégies de survie des femmes**

Les femmes sans abri instaurent des tactiques de survie plus ou moins élaborées pour se protéger. Les stratégies de survie des femmes se déclinent de façons différentes suivant l'âge, la culture d'origine, l'histoire de chacune. La caractéristique essentielle est de se rendre invisible le plus possible pour ne pas se faire repérer.

Ce point commun (invisibilité, discréetion) ressort de toutes les études faites sur cette population en Occident. Parce qu'elles ont conscience de leur vulnérabilité liée à leur statut de femme, ces dernières sont moins visibles, plus discrètes.

La femme sans abri tente de se fondre au maximum dans le décor de la cité, elle tentera tant que possible de fréquenter des lieux sûrs (bibliothèques communales, piscines publiques, laveries, centres commerciaux, etc.). Les choix étant plus restreints quand vient l'heure de fermeture des lieux publics, elles préfèrent alors regagner des lieux sûrs

vindt bij de vrouw vaker psychiatrische pathologieën van het type psychose, schizofrenie, *borderline* en zware depressie. Wij kunnen dit fenomeen nog niet uitleggen, maar het wordt ook beschreven in de literatuur. Zo toont een onderzoek van Pascal Pichon van 2010 aan dat bij de vrouw in een kwetsbare toestand er vaker psychische stoornissen voorkomen dan bij de mannen, 2,4 maal meer psychoses, 1,9 maal meer slaapstoornissen. Zij ondervinden ook vaker een algemeen gevoel van onveiligheid dat tot morbide gedrag en zelfmoordneigingen kan leiden.

Een geestesziekte maakt in welke vorm dan ook een persoon kwetsbaar. De depressie gekoppeld aan een gebrek aan slaap vermindert bijvoorbeeld het niveau van waakzaamheid van de persoon en in een vijandige omgeving kan zo iets dramatische gevallen hebben. Heel wat daklozen, mannen en vrouwen, getuigen bijvoorbeeld van feiten van agressie en diefstallen. Het gebeurt vaak dat een dakloze 's morgens teruggevonden wordt zonder schoenen. Wat voor ons als een verlies van kleine zaken lijkt kan enorme gevolgen hebben voor de dakloze die er het slachtoffer van is.

Het gebrek aan hulpmiddelen blijkt natuurlijk een grote risicofactor te zijn. Zonder financiële middelen hebben dakloze mannen en vrouwen geen overlevingsmiddelen meer om hun elementaire levensbehoeften te dekken en kunnen zij geen veilig onderkomen vinden voor de nacht.

De overlevingsstrategieën en het gedrag op straat verschillen eveneens binnen de daklozengroep. Wij hebben aandacht besteed aan de overlevingsstrategieën van de vrouwen wanneer die zich van de ene dag op andere op straat bevinden.

### **Overlevingsstrategieën van de vrouwen**

De dakloze vrouwen zoeken meer of minder uitgewerkte overlevingsstrategieën om zich te beschermen. De overlevingsstrategieën van de vrouwen verschillen naargelang leeftijd, cultuur van oorsprong, persoonlijke geschiedenis. Het voornaamste kenmerk is het zich onzichtbaar maken om niet op te vallen.

Dit gemeenschappelijke punt (onzichtbaarheid, discréetie) wordt aangetoond in alle onderzoeken naar deze bevolkingsgroep in het Westen. Omdat zij zich bewust zijn van hun kwetsbaarheid als vrouw, zijn de vrouwen minder zichtbaar en discréeter.

De dakloze vrouw tracht zoveel mogelijk op te gaan in de stad en zal zoveel mogelijk naar veilige plaatsen trekken (gemeentelijke bibliotheken, openbare zwembaden, wassallons, winkelcentra, enz.). De keuze is beperkter wanneer de openbare plaatsen sluiten en dan verkiezen zij naar veilige plaatsen te gaan om de nacht door te brengen : dringende

pour passer la nuit : centre d'hébergement d'urgence, chez une amie ou une connaissance, ou encore un lieu loin de tout regard et passage.

Alors qu'en général, les femmes sont soucieuses de leur état d'hygiène corporelle et de la qualité de leur alimentation, il arrive qu'au bout de plusieurs mois passés en rue ou plusieurs années, certaines femmes ne parviennent plus à ressentir l'état de besoin. Leur corps s'est abîmé, il s'est alcoolisé, la douleur n'est quasi plus perçue et leur identité féminine a été entachée. Le corps et l'esprit s'abandonnent.

L'incurie est alors une autre stratégie que certaines femmes sans abri chronicisées en rue ont adoptée. Elle est plus rare chez les jeunes femmes, plus fréquentes chez les SDF de longue date, mais en tout cas, semble efficace. L'incurie se manifeste par un état d'hygiène physique fortement négligé et par une certaine nuisance odorante. Cet état maintient l'éloignement des relations sociales et repousse les assauts et les agressions éventuels. Le revers de cette stratégie est qu'il confine la femme dans un isolement total, en la privant de la fréquentation de la majorité des lieux de vie collectifs.

Au SAMU Social, nous accueillons ces femmes dont le corps parle mais qui n'est plus reconnu. Là encore, le chemin de la réinsertion sociale est long, un important travail sanitaire et de restauration de l'image de soi est nécessaire avant qu'elles ne formulent une demande, un projet.

Une autre tactique de survie pour la femme sans abri consiste à se trouver rapidement un compagnon dans l'idée que ce dernier lui assurera une protection. Au SAMU Social, il est fréquent que des soi-disant couples ou compagnons de galère sollicitent ensemble des hébergements ou une aide. Ces couples sont, dans la plupart des cas, sans abri tous les deux; l'homme apporte une certaine protection à la femme, il la rassure en reconnaissant sa féminité et en contrepartie la femme lui tient compagnie. Ils se reconnaissent dans leur identité sexuée et pratiquent quelques échanges. Plusieurs études (Dutton et al, 1994, Breton, 1992, Fisher 1995) vont dans ce sens; elles soulignent que les relations sociales et affectives réduisent le risque d'être victime d'agression dans un environnement hostile. Néanmoins, la compagnie des hommes n'est pas toujours suffisante et ne protège pas nécessairement la femme d'un éventuel risque. Aussi, il arrive que ces hommes s'avèrent être les auteurs de ces agressions.

Autre stratégie : la prostitution. Afin d'assurer des ressources suffisantes et une sorte de protection, certaines femmes intègrent le réseau de la prostitution. Ces femmes sont d'autant plus exposées aux risques d'abus et d'agressions physiques qu'elles sont complètement dépendantes de leurs rencontres et souvent consommatrices de substances. Evidemment, le fait de ne pas disposer de lieu stable et

opvangplaats, bij een vriendin of een kennis, of op een plaats waar weinig mensen langskomen.

De vrouwen zijn in het algemeen bezorgd om hun lichamelijke hygiëne en de kwaliteit van hun voeding, maar het gebeurt dat zij die behoeft niet meer voelen na enkele maanden of jaren op straat. Hun lichaam is beschadigd, verdoofd door alcohol en de pijn wordt bijna niet meer gevoeld en hun identiteit als vrouw is aangetast. Lichaam en geest desintegreeren.

De verwaarlozing is een andere strategie van bepaalde dakloze vrouwen die op straat leven. Het komt minder voor bij jonge vrouwen en meer bij vrouwen die al lang op straat leven, maar de strategie blijkt in ieder geval efficiënt. De verwaarlozing wordt gekenmerkt door een sterk verwaarloosde lichamelijke hygiëne en door een zekere geurhinder. Die toestand houdt andere mensen op afstand en verhindert dat zij lastiggevallen worden en het slachtoffer worden van agressie. De keerzijde van deze strategie is dat de vrouw compleet geïsoleerd wordt omdat zij niet meer op de meeste openbare plaatsen komt.

Bij de Sociale SAMU vangen wij die vrouwen op van wie het lichaam spreekt maar niet meer wordt erkend. Ook hier is de weg naar sociale re-integratie lang en moet er veel gedaan worden op het vlak van hygiëne en herstel van het zelfbeeld, alvorens zij een vraag, een project naar voren brengen.

Een andere overlevingsstrategie voor de dakloze vrouw bestaat erin om snel een gezel te vinden in de overtuiging dat die bescherming zal bieden. Bij de SAMU Social gebeurt het vaak dat zogezegde koppels of strijdmakers samen vragen naar opvang of steun. Bij die koppels hebben in de meeste gevallen elk van beide personen personen geen huisvesting; de man biedt de vrouw een bepaalde bescherming, stelt haar gerust door haar vrouwelijkheid te erkennen en als tegenprestatie houdt de vrouw hem gezelschap. Zij erkennen elkaar in hun seksuele identiteit en onderhouden betrekkingen. Verschillende onderzoeken (Dutton et al, 1994, Breton, 1992, Fisher 1995) gaan in die zin. Die onderzoeken onderstrepen dat de sociale en affectieve relaties het risico verminderen om slachtoffer te worden van agressie in een vijandige omgeving. Het gezelschap van de mannen is echter niet altijd voldoende en beschermt de vrouw niet altijd tegen eventuele gevaar. Zo gebeurt het dat die mannen de daders van die agressie blijken te zijn.

Andere strategie : de prostitutie. Om te voorzien in voldoende middelen en in een soort bescherming stappen bepaalde vrouwen in de prostitutie. Vrouwen worden nog meer blootgesteld aan mogelijke misbruik en fysieke agressie omdat zij volledig afhankelijk zijn van hun ontmoetingen en zij vaak verslavende substanties gebruiken. Omdat zij niet beschikken over een stabiele en veilige omgeving,

sécurisant tel qu'une chambre pour pratiquer leurs échanges accentue ce risque.

Au SAMU Social, nous suspectons que certaines de nos hébergées soient victimes de la prostitution. Nous n'avons pas de données, il est rare que ces dernières viennent en parler lors des entretiens psychosociaux. Si ces dernières sont devenues silencieuses, c'est sans doute parce qu'elles ressentent un profond sentiment de honte et de culpabilité.

Et s'il y a bien un trait commun à toutes ces femmes en errance, c'est justement ce sentiment de honte. Ces femmes n'ont pas répondu aux attentes et exigences de la société. Elles ne sont pas parvenues à faire aucun des rôles qui leur sont dévolus; elles n'ont pas de foyer, leur vie affective est faite d'échecs répétés, elles n'ont pas réussi leur vie de couple; leurs enfants sont placés, elles n'ont pas su être mère et les souffrances accumulées les poussent souvent à s'alcooliser. La précarité, l'exclusion dans lesquelles ces femmes s'enfoncent avec le temps exacerbent le sentiment de honte. Elles confortent la mésestime de soi, la dévalorisation et le mépris d'elles-mêmes.

Pour conclure, le SAMU Social mettra l'accent sur plusieurs constats et sur l'impasse dans lequel il se trouve au regard de cette augmentation sensible des femmes sans abri :

- une femme en rue est vulnérable et fragilisée; elle présente un risque accru de se trouver victime d'agression, de viol et de harcèlement;
- la femme sans abri est peu visible et se confond à travers la population; elle ne sollicite pas souvent de l'aide malgré l'ampleur de ses besoins;
- il y a trop peu de places d'hébergement pour les femmes seules dans le réseau sans-abri bruxellois;
- la majorité des femmes chronicisées dans l'errance et qui fréquentent notre structure d'urgence depuis de longues années, ont peu de chances de pouvoir accéder à une place en maison d'accueil ou à un logement privé; elles ne répondent pas aux critères requis; elles sont trop vieilles, trop sales, pas assez autonomes, souffrent de pathologies psychiatriques invalidantes, présentent des troubles du comportement pouvant entraver la vie en collectivité; elles sont alcooliques, toxicomanes, sans ressources;
- il manque de lieux de vie adaptés et à bas seuil d'accès pour ces femmes fragilisées;
- aujourd'hui, le SAMU Social de Bruxelles sature et ne parvient plus à garantir l'hébergement de ces femmes alors que jusqu'ici, il s'était engagé à ne laisser aucune femme en demande d'hébergement à la rue. Sur 130 pla-

zoals een kamer, voor hun betrekkingen, wordt het gevaar groter.

Bij de SAMU Social vermoeden wij dat bepaalde van onze vrouwen slachtoffer zijn van de prostitutie. Wij hebben daar geen gegevens over en het gebeurt niet vaak dat vrouwen daar tijdens de psychosociale interviews over spreken. Zij zeggen niet veel omdat zij ongetwijfeld een gevoel van schaamte en schuldgevoel hebben.

Als er een gemeenschappelijk kenmerk is tussen al die vrouwen op straat, is het net dat gevoel van schaamte. Deze vrouwen hebben niet voldaan aan verwachtingen van de maatschappij. Zij zijn er niet in geslaagd om ook maar een van de rollen die hen toekomen te vervullen; zij hebben geen gezin, hun affectieve leven bestaat uit een opeenvolging van mislukkingen en zij zijn niet geslaagd in een leven als koppel; de kinderen zijn geplaatst, zij zijn geen goede moeder geweest en de opgelopen schade brengt hen er vaak toe alcohol te gebruiken. De fragiele toestand, de uitsluiting van deze vrouwen vergroten mettertijd het gevoel van schaamte. Zij hebben een negatief zelfbeeld en kijken op zichzelf neer.

De SAMU Social zal tot slot enkele vaststellingen en de impasse onderstrepen bij deze aanzienlijke stijging van de dakloze vrouwen :

- een vrouw op straat is kwetsbaar en gefragiliseerd; zij loopt een groter gevaar om slachtoffer te worden van agressie, verkrachtingen en om lastiggevallen te worden;
- de dakloze vrouw is weinig zichtbaar en gaat op in de bevolking; zij vraagt niet vaak steun ondanks haar grote behoeften;
- er zijn te weinig opvangplaatsen voor de alleenstaande vrouwen in het netwerk van Brusselse daklozen;
- de meeste vrouwen die lange tijd op straat leven en die aankloppen bij onze urgentiedienst sinds vele jaren, hebben weinig kans om een plaats te vinden in een opvangtehuis of om een privewoning te vinden, zij voldoen niet aan de vereiste criteria; zij zijn te oud, te vuil, niet genoeg autonoom, lijden aan psychiatrische aandoeningen die hen verzwakken, vertonen gedragsstoornissen die het leven in de maatschappij bemoeilijken; zij zijn verslaafd aan alcohol, aan drugs en hebben geen middelen;
- er ontbreekt een aangepaste leefomgeving met een lage drempel voor deze vrouwen in een kwetsbare toestand;
- thans is de sociale SAMU te Brussel overbezett, zodat zij de opvang van die vrouwen niet langer kan waarborgen, hoewel zij tot nu toe beloofd had geen enkele vrouw die onderdak vraagt op straat te laten. Ons gebouw op de

ces sur notre site du petit rempart, dont quarante sont destinées à l'accueil de familles avec enfants, soixante-cinq femmes sont hébergées tous les jours. Nous accusons à regret depuis peu quelques refus de mise à l'abri de femmes, faute de places. Ce qui va à l'encontre de nos principes de base.

J'espère que nos observations de travailleurs psychosociaux participeront à améliorer la qualité de l'accueil et des services offerts au public sans abri. Il importe pour ce faire de tenir compte des spécificités liées au genre. ».

### **1.c. Echange de vues**

Mme Danielle Caron remercie les orateurs. Les exposés illustrent parfaitement le travail déjà réalisé mais démontrent que beaucoup reste à faire.

La députée demande au Docteur Krabbe s'il existe des interactions entre les associations présentes en Région bruxelloise telles que Diogènes ou Infirmiers de Rue. Le réseau SMES agit-il sur l'ensemble du territoire de la Région ou ne répond-il qu'aux cas qui se présentent à lui ?

Par ailleurs, des initiatives différencieront en termes d'accueil sont-elles prises en fonction du sexe ?

Enfin, les disparités relevées ci-dessus entre hommes et femmes existent-elles depuis toujours ou peut-on déceler une évolution ? Comment l'expliquer ?

L'interlocutrice interroge également Mme Bourguignon sur le fait de savoir si le SAMU Social dispose de suffisamment de places ou s'il est amené à refuser certaines personnes.

L'association adopte-t-elle des comportements différents vis-à-vis des jeunes femmes les plus fragilisées ?

M. Fouad Ahidar remercie également les intervenants. Il est important de rappeler la précarité dans laquelle vivent encore de nombreuses personnes.

Les constats sont terribles et nécessitent que des mesures soient prises, au niveau de l'accueil et de l'accompagnement notamment. Un mémorandum a-t-il été déposé dans ce sens par le SAMU Social ?

Le député estime par ailleurs qu'il est particulièrement utile, comme le fait le réseau SMES, de sillonna le territoire de la Région et d'aller à la rencontre d'un public qui ne s'adresse pas spontanément à l'association. Le SMES a-t-il demandé une augmentation de personnel à cette fin ? D'autres associations agissent-elles de la sorte également ?

kleine wal biedt elke dag onderdak aan 65 vrouwen, op 130 opvangplaatsen zijn 40 voorbehouden aan gezinnen met kinderen. Tot onze spijt moeten wij sedert kort enkele vrouwen weigeren, bij gebrek aan plaats. Dat drukt in tegen onze basisprincipes.

Ik hoop dat dankzij onze opmerkingen van psychosociale werkers de kwaliteit van de opvang en die diensten aan de daklozen kunnen verbeterd worden. Daarvoor moet rekening gehouden worden met de bijzondere gendergebonden kenmerken. ».

### **1.c. Gedachtwisseling**

Mevrouw Danielle Caron dankt de sprekers. De uiteenzettingen geven perfect weer welk werk al verricht is, maar tonen dat er nog veel moet gedaan worden.

De volksvertegenwoordiger vraagt dokter Krabbe of er interactie is tussen de verenigingen die aanwezig zijn in het Brussels Gewest, zoals Diogenes of de Straatverplegers. Werkt het « SMES-netwerk » (Mentale gezondheid en sociale uitsluiting) op het ganse grondgebied van het Gewest of enkel voor gevallen die naar hem toe komen ?

Worden overigens verschillende initiatieven voor opvang genomen op grond van het geslacht ?

Tot slot, hebben de hierboven opgemerkte ongelijkheden tussen mannen en vrouwen altijd bestaan of zijn ze mettertijd geëvolueerd ? Hoe kan dat uitgelegd worden ?

De spreekster vraagt ook aan mevrouw Bourguignon of de sociale SAMU beschikt over voldoende plaatsen of sommige personen moet weigeren ?

Treedt de vereniging op een andere wijze op ten aanzien van de meest kwetsbare jonge vrouwen ?

De heer Fouad Ahidar bedankt eveneens de sprekers en zegt dat het belangrijk is te wijzen op de moeilijke toestand waarin vele mensen nog altijd leven.

De vaststellingen zijn vreselijk en nopen tot maatregelen, met name inzake opvang en begeleiding. Heeft de sociale SAMU een memorandum in die zin ingediend ?

De volksvertegenwoordiger vindt overigens dat het bijzonder nuttig is om, zoals het SMES-netwerk doet, in het Gewest het publiek dat zich niet spontaan tot de vereniging wendt tegemoet te gaan. Heeft de SMES meer personeel gevraagd daarvoor ? Werken andere verenigingen op dezelfde wijze ?

M. Ahidar se dit encore particulièrement sensible à la gêne qu' éprouvent certaines femmes. Les associations travaillent-elles sur le regard que la population porte parfois sur ces femmes ?

Mme Fatoumata Sidibe remercie elle aussi les orateurs.

La députée observe que la proportion de femmes souffrant de troubles psychiques augmente à partir de 50 ans. Comment l'expliquer ?

Par ailleurs, la psychose des femmes originaires d'Afrique sub-saharienne est-elle une réaction aux problèmes auxquels elles sont confrontées ?

Mme Sidibe s'interroge également sur le sort des femmes accompagnées de leurs enfants.

Enfin, la Strada a publié un recueil de données relatives aux personnes hébergées en 2010 en maison d'accueil. Il semble que le SAMU Social n'a pas participé à la démarche. Pourquoi ? Les données de la Strada et du SAMU Social ont-elles été croisées ? Il y a en tous cas des convergences.

Mme Nadia El Yousfi remercie également les orateurs.

La députée insiste sur la nécessité d'instituer une véritable politique de santé mentale au bénéfice des sans-abri. Le réseau SMES va-t-il à la rencontre de l'ensemble des acteurs de terrain ? Comment pérenniser son action ?

Mme El Yousfi s'interroge aussi sur la manière de préserver les droits de cette population fragilisée, comme celui du choix du médecin.

Comment s'effectue par ailleurs le travail en réseau ? Un réseau spécifique se développe-t-il autour de la personne ou un même réseau vaut-il pour tout le monde ? La députée se réfère aux projets menés dans le cadre de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux.

Le SAMU Social peut-il enfin préciser le nombre de places manquantes, en période hivernale ou non ? Qu'est-il fait en cas de refus à l'égard des femmes ? Parvient-on à dégager des solutions pour qu'elles ne se retrouvent pas dans la rue ?

Mme Anne Herscovici remercie d'autant plus les intervenants que leurs équipes sont souvent restreintes.

La députée rappelle que la santé mentale des candidates réfugiées et des femmes sans papier est affectée par la douleur de l'exil et l'incertitude quant à la décision qui sera prise à leur égard. Cela ne pèse-t-il pas sur la problématique de la rue ? Le nombre de places d'accueil disponibles

De heer Ahidar zegt voorts dat hij bijzonder gevoelig is voor de schaamte die sommige vrouwen voelen. Doen de verenigingen iets aan de blik die de mensen soms hebben op die vrouwen ?

Mevrouw Fatoumata Sidibe bedankt eveneens de sprekers.

De volksvertegenwoordiger merkt op dat het aantal vrouwen die lijden aan psychische stoornissen toeneemt vanaf de leeftijd van 50. Hoe kan dat verklaard worden ?

Vormt de psychose van de vrouwen uit Afrika ten Zuiden van de Sahara een reactie op de problemen waarmee zij te maken krijgen ?

Mevrouw Sidibe vraagt zich ook af wat er gebeurt met vrouwen die vergezeld zijn van hun kinderen.

Tot slot heeft La Strada gegevens gepubliceerd over de personen die in 2010 onderdak kregen in een opvangtehuis. Blijkbaar heeft de sociale SAMU daaraan niet deelgenomen. Waarom ? Werden de gegevens van « la Strada » en de sociale SAMU naast mekaar gelegd ? In ieder geval zijn er raakpunten.

Mevrouw Nadia El Yousfi bedankt eveneens de sprekers.

De volksvertegenwoordiger benadrukt dat het nodig is een echt gezondheidsbeleid tot stand te brengen ten voordele van de daklozen. Gaat het SMES-netwerk alle actoren op het terrein tegemoet ? Hoe kan zijn werk duurzaam gemaakt worden ?

Mevrouw El Yousfi vraagt zich ook af hoe de rechten van deze kwetsbare bevolking, zoals dat van de keuze van dokter, kunnen beschermd worden.

Hoe werkt dat netwerk overigens ? Komt een specifiek netwerk tot stand rond de persoon, of blijft het netwerk hetzelfde voor iedereen ? De volksvertegenwoordiger verwijst naar de projecten die gevoerd werden in het kader van artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen.

Kan de sociale SAMU tot slot preciseren hoeveel plaatsen er tekort zijn, al dan niet tijdens de winter ? Wat gebeurt er bij een weigering ten aanzien van vrouwen; worden oplossingen gevonden zodat zij niet op straat belanden ?

Mevrouw Anne Herscovici dankt de workers, des te meer omdat hun teams vaak beperkt zijn.

De volksvertegenwoordiger wijst erop dat de gezondheidstoestand van de kandidaat-vluchtelingen en de vrouwen zonder papieren beïnvloed wordt door de pijn omdat ze hun land hebben verlaten en niet weten wanneer een beslissing wordt genomen over hen. Heeft dat geen invloed

dépend évidemment de la manière dont on traite ces problématiques.

Une démarche collective a-t-elle par ailleurs été entamée sur la question des personnes qui, pour des raisons de santé mentale, ne parviennent à faire valoir leurs droits ?

La députée ajoute que les chiffres hommes-femmes sont très largement définis par le type de places offertes. Ainsi, depuis que les maisons maternelles « ONE » sont passées dans le secteur des maisons d'accueil, le nombre de femmes sans abri recensées a augmenté.

Mme Viviane Teitelbaum remercie également les intervenants.

Les associations présentes ce jour parviennent-elles à sortir les femmes de la rue de manière durable ? Combien ? Comment ?

Comment les mères voient-elles leurs enfants, souvent placés ? Un dispositif est-il mis en place à cette fin ?

Mme Dominique Braeckman se dit sensible à l'augmentation des chiffres. De 2006 à 2010, le nombre de femmes sans-abri est passé d'environ 600 à 900, soit une hausse de 50 %.

Il ressort par ailleurs des statistiques du SMES que lorsque l'âge augmente, la proportion de femmes sans abri augmente également. Cette tendance s'observe-t-elle au SAMU Social ? Comment expliquer ce basculement ? Cela résulte-t-il de l'augmentation de la capacité d'accueil, de la mise en place d'un dispositif hivernal et du fait que la zone d'attrait du SAMU est plus large et déborde en Wallonie et en Flandre où on ne retrouve pas un dispositif similaire ?

Une stratégie de défense est de trouver un compagnon, une autre est celle d'avoir un chien. Cette stratégie, utilisée par les hommes, s'observe-t-elle aussi chez les femmes ?

Les modalités d'accueil au sein du SAMU Social varient-elles en fonction du sexe ? Ces différences se manifestent-elles en termes d'infrastructures ou d'accompagnement ? Cela nécessite-t-il un autre type d'aide qui devrait être reconnu des pouvoirs subsidiaires ?

Enfin, comment permettre aux femmes de remettre le pied à l'étrier ?

\*  
\* \*

Le docteur Jenny Krabbe répond qu'une des spécificités du SMES est d'être la seule équipe qui se déplace en rue vers les sans-abri. D'autres projets menés dans le cadre de l'article 107 de la loi sur les hôpitaux incluent une dé-

op de mensen die op straat leven ? Het aantal beschikbare opvangplaatsen is uiteraard afhankelijk van de wijze waarop die problemen behandeld worden.

Is overigens iets gedaan voor de groep personen die om gezondheidsredenen er niet in slagen hun rechten te doen gelden ?

De volksvertegenwoordigster voegt daaraan toe dat de cijfers inzake mannen-vrouwen zeer sterk bepaald worden door het type plaatsen dat aangeboden wordt. Sedert de opvanghuizen voor moeders van het ONE onder de sector van de opvanghuizen ressorteren is het aantal dakloze vrouwen bijvoorbeeld gestegen.

Mevrouw Viviane Teitelbaum bedankt eveneens de sprekers.

Slagen de aanwezige verenigingen erin de vrouwen op duurzame wijze van de straat te halen ? Hoeveel ? Hoe ?

Hoe zien de moeders hun kinderen, die vaak geplaatst zijn ? Is daarvoor een voorziening opgericht ?

Mevrouw Dominique Braeckman zegt dat zij gevoelig is voor de stijging van die cijfers. Tussen 2006 en 2010 is het aantal dakloze vrouwen gestegen van ongeveer 600 tot 900, dit wil zeggen een toename met 50 %.

Uit de statistieken van het SMES blijkt overigens dat het aantal dakloze vrouwen ook toeneemt met de leeftijd. Is die trend ook merkbaar bij de sociale SAMU ? Hoe kan dat verklaard worden ? Vloeit dat voort uit de toename van de opvangcapaciteit, de wintervoorzieningen en het feit dat de aantrekkingszone van de sociale SAMU ruimer is en zich uitstrekken over Vlaanderen en Wallonië, waar dergelijke voorzieningen niet aanwezig zijn ?

Een verdedigingsstrategie bestaat erin gezelschap te vinden, of een hond te houden. Mannen gebruiken die strategie, doen vrouwen dat ook ?

Verschillen de nadere regels inzake opvang bij de sociale SAMU op grond van het geslacht ? Komen die verschillen tot uiting op het vlak van de infrastructuur of de begeleiding ? Vereist dat een mogelijk ander soort hulp van de subsidiërende overheden ?

En tot slot, hoe kunnen vrouwen geholpen worden om terug vat te krijgen op hun leven ?

\*  
\* \*

Dokter Jenny Krabbe antwoordt dat een van de bijzondere kenmerken van het SMES is dat het als enige de daklozen tegemoet gaat op straat. Andere projecten in het kader van artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen bevatten een

marche similaire mais s'adressent jusqu'à présent aux personnes disposant d'un logement et qui nécessitent un suivi intense.

Le réseau couvre le territoire des dix-neuf communes.

Le personnel est limité mais le travail se fait surtout avec les travailleurs, ce qui élargit les compétences. Il n'en demeure pas moins que la demande dépasse parfois les possibilités et qu'une augmentation du personnel serait la bienvenue.

Le réseau travaille avec toutes les associations bruxelloises qui rencontrent des personnes souffrant de l'exclusion sociale combinée à des troubles psychiatriques, soit trente-cinq à quarante associations. Vu le nombre d'intervenants, concertation et coordination sont très importantes.

Un nouveau projet prévoit la réalisation d'un examen afin de voir si un accompagnateur particulier peut faire la différence. Une personne sans abri souffrant d'une maladie mentale ne peut se rendre dans une dizaine d'institutions différentes pour effectuer des démarches; un accompagnement est indispensable. Le SMES n'effectue pas ce travail lui-même mais, en concertation avec les membres du réseau, désigne un responsable.

Au niveau des pathologies, la psychose est très présente. Elle abîme très fort car ceux qui en souffrent ne peuvent prendre soin d'eux-mêmes. Ils n'accomplissent pas les démarches nécessaires en raison de la méfiance qu'ils éprouvent vis-à-vis des institutions et perdent ainsi leurs droits.

On constate également des dépressions, des troubles anxieux, des troubles de la personnalité et des troubles du comportement.

L'intervention se fait toujours au cas par cas. Chaque personne est différente et appelle une solution différenciée.

Une des premières étapes est de trouver un abri. Or, ce n'est pas chose aisée pour une femme souffrant de troubles psychiatriques. Cela tient au manque de ressources, à l'absence de papiers ou à la présence de chiens.

L'interlocutrice constate encore une forte représentation des femmes de plus de cinquante ans et plus dans la rue. La maladie psychiatrique conduit la personne qui en souffre à la perte de son ménage puis de son logement et se traduit souvent par l'isolement, le refus d'un projet social, les difficultés de communication. L'accueil de ces malades devient difficile.

Mme Laurence Bourguignon ajoute que la maladie se manifeste différemment selon le sexe. La violence, plus présente chez les hommes, inquiète davantage la société

gelijkaardige stap, maar richten zich tot nu toe enkel tot personen die beschikken over een woning, en die intense follow-up vereisen.

Het netwerk omvat het grondgebied van de negentien gemeenten.

Het heeft niet veel personeel, maar er wordt vooral gewerkt met de mensen, wat de competenties verruimt. Toch kan niet altijd tegemoet gekomen worden aan alle aanvragen en zou extra personeel welkom zijn.

Het netwerk werkt met alle Brusselse verenigingen die personen ontmoeten die lijden onder sociale uitsluiting in combinatie met psychiatrische stoornissen, dat zijn er ongeveer 35 à 40. Gelet op het aantal betrokken partijen is overleg en coördinatie heel belangrijk.

Een nieuw project voorziet in het verwezenlijken van een onderzoek om te zien of een bepaalde begeleider het verschil kan maken. Een dakloze met een mentale stoornis kan niet naar tien verschillende instellingen gaan en begeleiding is dus noodzakelijk. Het SMES verricht dat werk niet zelf, maar wijst in overleg met de leden een verantwoordelijke aan.

Inzake pathologieën is psychose zeer aanwezig : dat leidt tot veel schade want mensen met een psychose kunnen niet voor zichzelf zorgen. Zij doen niet de nodige stappen omdat zij de instellingen wantrouwen, en zo verliezen zij hun rechten.

Ook depressies, angst-, persoonlijkheids- en gedragsstoornissen worden vastgesteld.

Elk geval wordt afzonderlijk behandeld, want iedereen is verschillend en heeft een verschillende oplossing nodig.

Een van de eerste stappen is huisvesting te vinden, en dat is niet makkelijk voor een vrouw met psychiatrische stoornissen. Dat heeft te maken met het gebrek aan middelen, aan papieren of de aanwezigheid van honden.

De spreekster stelt voorts vast dat vrouwen ouder dan vijftig sterk vertegenwoordigd zijn bij de daklozen. De psychiatrische ziekte veroorzaakt het verlies van het gezin, vervolgens van het onderdak en komt vaak tot uiting in isolement, weigering van een sociaal project, communicatieproblemen. De opvang van die zieken wordt moeilijk.

Mevrouw Laurence Bourguignon voegt daaraan toe dat de ziekte verschillende vormen aanneemt volgens het geslacht. De mannen vertonen vaker geweld, wat de maat-

et incite à prendre plus rapidement des mesures d'interne-  
ment.

Le docteur Jenny Krabbe précise encore que l'hospitali-  
sation est plus difficile en l'absence de danger.

L'oratrice dénonce encore le manque de logements de  
transit où les femmes pourraient réapprendre à vivre en  
société. Le *Housing First* pourrait peut-être répondre à la  
problématique.

Le SMES travaille également dans le logement social afin  
d'éviter la mise à la rue. Des femmes souffrant de troubles  
psychiatriques perturbent facilement le voisinage et, face au  
nombre grandissant de plaintes, sont finalement exclues de  
leur logement privé. On entre alors dans un cercle vicieux.

Le Docteur Krabbe explique ensuite, à propos des fem-  
mes originaires d'Afrique noire, que la vulnérabilité est  
souvent préexistante à leur migration et que la psychose se  
développe ici par la suite.

Le travail en réseau est d'autant plus nécessaire lors-  
que la femme a des enfants. Ceux-ci sont souvent utilisés  
comme une protection, au détriment de leur scolarité. Ils  
peuvent par exemple servir d'interprète lorsque la mère ne  
parle pas le français ou le néerlandais.

La préservation des droits suppose quant à elle un travail  
global. Il ne faut pas isoler la maladie psychiatrique; il y a  
généralement plusieurs problèmes à des niveaux différents.  
La concertation est à nouveau primordiale. Il faut des avo-  
cates, des médecins (la production d'un certificat médical  
évite souvent la perte de droits acquis).

Il est possible d'offrir une sécurité aux femmes sans pa-  
pier mais ce travail est long et intense. Il faut garder courage  
mais les dossiers sont parfois ouverts pendant des années.

Le travail est souvent répété de maison d'accueil en mai-  
son d'accueil. Si le SMES connaît la personne, il peut ser-  
vir de fil conducteur en vue de l'établissement d'un projet  
d'avenir.

Mme Akès N'Kweso, infirmière au SMES, ajoute qu'on  
parvient à sortir des individus de la rue mais que la solution  
dépend de la personne concernée et de sa pathologie.

L'issue sera plus rapide pour les femmes disposant d'un  
réseau préexistant. Si le SMES parvient à identifier le mé-  
decin généraliste de la souffrante, son domicile, etc, ... le  
projet peut être élaboré assez vite et prévoir, dès la sortie de  
l'hôpital, une place en maison d'accueil ou en logement de  
transit de manière à permettre sa réinsertion sociale.

Mme Laurence Bourguignon explique que plus rapide  
sera la réaction, plus grandes seront les chances de pouvoir  
orienter correctement une personne.

schappij verontrust en aanspoort om vlug interneringsmaat-  
regelen te nemen.

Dokter Jenny Krabbe vermeldt nog dat opname in een  
ziekenhuis moeilijker is als er geen gevaar dreigt.

De spreekster klaagt nog over het gebrek aan transitwo-  
ningen waar vrouwen opnieuw samen met anderen leren  
leven. *Housing First* zou misschien daarvoor een oplossing  
kunnen bieden.

Het SMES werkt ook in sociale woningen om te voorko-  
men dat mensen op straat belanden. Vrouwen met psychi-  
atrische problemen versturen vaak de buurt en als er altijd  
meer klachten komen, worden ze uiteindelijk uit hun pri-  
vate woning gezet en belanden ze in een vicieuze cirkel.

Dokter Krabbe legt vervolgens uit inzake vrouwen uit  
zwart Afrika dat ze vaak al kwetsbaar waren voor hun mi-  
gratie en dat de psychose zich vervolgens hier verder ont-  
wikkelde.

Werken in een net is nog noodzakelijker als de vrouw  
kinderen heeft. Zij worden vaak gebruikt als bescherming  
en gaan daardoor niet naar school. Zij kunnen bijvoorbeeld  
dienen als tolk als hun moeder geen Frans of Nederlands  
spreekt.

De bescherming van rechten veronderstelt een globale  
aanpak. De psychiatrische ziekte mag niet geïsoleerd wor-  
den; doorgaans zijn er verscheidene problemen op verschil-  
lende vlakken. Overleg is nogmaals primordiaal; met advo-  
caten, dokters (een medisch getuigschrift voorkomt vaak  
dat verworven rechten verloren gaan).

Het is mogelijk vrouwen zonder papieren veiligheid te  
bieden, maar dat is een lang en moeilijk werk, en men moet  
moed houden, soms verschillende jaren.

Het ene opvanghuis herhaalt vaak het werk van het an-  
dere. Als het SMES de persoon kent, kan het een leidraad  
vormen om het toekomstproject te bepalen.

Mevrouw Akès N'Kweso, verpleegster bij het SMES,  
voegt daaraan toe dat mensen van de straat kunnen worden  
gehaald, maar dat de oplossing afhankelijk is van de be-  
trokkene en het ziektebeeld ervan.

Vrouwen die al een netwerk hebben, geraken vlugger uit  
de nood. Als het SMES te weten komt wie de huisdokter is,  
waar hij woont enz. ...., kan het project redelijk vlug wor-  
den uitgewerkt en kan een plaats gevonden worden in een  
opvanghuis of in een transitwoning zodra de persoon het  
ziekenhuis verlaat, wat de mogelijkheid biedt tot sociale  
herinschakeling.

Mevrouw Laurence Bourguignon legt uit dat hoe vlug-  
ger de reactie, hoeveel hoger de kans is om een persoon  
behoorlijk de weg te kunnen wijzen.

Le SAMU Social constate que des femmes âgées présentes en rue l'étaient déjà il y a dix ans.

Certaines l'ont quittée pour diverses raisons. Assez âgées et fort abîmées, elles ont par exemple intégré une institution ou une maison de repos à la suite d'une hospitalisation.

D'autres, présentes en rue depuis longtemps, souffrent de grosses pathologies psychiatriques peu médiquées et peuvent difficilement être réorientées et dirigées vers des maisons de repos, d'ailleurs vues comme des mouroirs.

Des jeunes femmes arrivent également dans le réseau sans-abri, pour lesquelles la solution s'avère également compliquée. Il leur est ainsi particulièrement malaisé de retrouver un logement et, dans la mesure où on a souvent agi pour elles, il leur est difficile de poursuivre un projet personnel.

Le SAMU Social plaide dès lors pour la mise en place de structures adaptées. Prises en charge jusqu'à 18 ans, elles sont pour l'instant livrées à elles-mêmes à leur majorité.

Les maisons d'accueil, considérées comme une deuxième ligne avant le logement, ne parviennent en outre plus à absorber les demandes. Les places y sont extrêmement rares et les intervenants de première ligne continuent à héberger les personnes concernées.

Il manque de places mais les besoins sont spécifiques et différenciés. Il faut agir à différents niveaux et éviter, comme c'est le cas à l'heure actuelle, que d'autres services se déchargent sur le SAMU Social.

Le Docteur Jenny Krabbe ajoute que le seul logement ne permet pas de traiter les troubles psychiatriques. Un traitement, ambulatoire ou non, un suivi à domicile, une revalidation, une rééducation, etc. doivent être prévus.

Un réseau doit donc être créé.

M. Bruno Rochet, psychologue au SAMU Social, rappelle la très grande diversité des femmes présentes en rue et la forte présence de problèmes de santé mentale.

Les réponses institutionnelles ne sont toutefois pas adaptées et demandent généralement du temps. Le logement supervisé, initiative pourtant intéressante, est ainsi sous-développé.

Cette population en souffrance a besoin d'un encadrement psycho-médico-social. Il faut dès lors développer les moyens de première et deuxième lignes.

L'orateur ajoute que la problématique des femmes avec enfants est encore très différente et très variée. On recense

De sociale SAMU stelt vast dat oudere vrouwen op straat daar tien jaar geleden al waren.

Sommige zijn weg uit de straat om uiteenlopende redenen : wegens hun leeftijd en slechte toestand zijn ze bijvoorbeeld in een instelling of een rusthuis beland na een ziekenhuisopname.

Anderen, die al lang op straat leven, lijden aan zware psychiatrische stoornissen zonder veel medicatie en kunnen moeilijk doorverwezen worden naar rusthuizen, die trouwens beschouwd worden als sterfhuizen.

Ook jonge vrouwen belanden in dakloosheid, en ook voor hen blijkt de oplossing niet makkelijk. Het is bijzonder moeilijk voor hen om onderdak te vinden en vaak hebben zij moeite met een persoonlijk project omdat anderen in hun plaats opgetreden zijn.

De sociale SAMU pleit bijgevolg voor aangepaste structuren : tot 18 jaar wordt voor hen gezorgd, maar eens meerjarig worden ze aan hun lot overgelaten.

De opvanghuizen worden beschouwd als een tweede lijn voor huisvesting en kunnen bovendien alle aanvragen niet meer aan. Er zijn zeer weinig plaatsen en de betrokkenen blijven vaak in de eerstelijnsopvang hangen.

Er is plaatsgebrek, maar de noden zijn specifiek en uiteenlopend : er moet op verschillende vlakken gewerkt worden en voorkomen dat andere diensten hun gevallen afweten op de sociale SAMU, zoals nu het geval is.

Dokter Jenny Krabbe voegt daaraan toe dat huisvesting alleen niet de mogelijkheid biedt psychiatrische stoornissen te behandelen en dat moet voorzien worden in al dan niet ambulante behandeling, follow-up aan huis, revalidatie, heropvoeding enz.

Er moet dus een netwerk komen.

De heer Bruno Rochet, psycholoog bij de sociale SAMU, wijst op de grote verscheidenheid van de vrouwen in de straat en op het feit dat zij vaak mentale problemen hebben.

De antwoorden van de instellingen zijn echter niet aangepast en vergen doorgaans tijd. Huisvesting met toezicht bijvoorbeeld is te weinig uitgewerkt, hoewel het een interessant initiatief is.

Die bevolking in nood heeft psycho-medische-sociale begeleiding nodig en er middelen in eerstelijn en in tweedelijn moeten dus ontwikkeld worden.

De spreker voegt daaraan toe dat de problemen van vrouwen met kinderen nog heel verschillend en uiteenlo-

évidemment des cas de familles avec enfants mais surtout de femmes seules avec enfants, souvent victimes de violence conjugale, en situation irrégulière, refusées dans les structures d'accueil de FEDASIL, ...

M. Rochet rappelle encore que le sans-abrisme existe toute l'année. Si le dispositif hivernal permet plus de souffrance, le SAMU Social doit en temps normal refuser des femmes, des hommes, des familles. L'association doit alors veiller à ne pas perdre les liens créés, par la maraude, la collaboration avec d'autres services, ... L'interlocuteur ne saurait trop insister sur l'importance du travail en réseau qui doit être développé tant au niveau institutionnel qu'au niveau de chaque travailleur.

Mme Laurence Bourguignon dit encore que les centres d'hébergement d'urgence sont absolument inadaptés aux femmes avec enfants victimes de violences conjugales.

La confrontation à un public hostile constitue un deuxième traumatisme. Les enfants débarquent sans affaires personnelles, ne disposent pas de salle de jeux, ... et les femmes finissent par retourner au domicile conjugal trois ou quatre jours plus tard. Partant, la prudence s'impose quand on leur suggère de porter plainte.

Il arrive aussi aux pères de profiter de la situation pour dénoncer un soi-disant rapt qui débouche parfois sur le placement des enfants.

Mme Aude Gijssels, coordinatrice au SAMU Social, ajoute qu'une politique de prévention est menée au niveau des écoles où on aborde les thématiques de la précarité et de l'exclusion sociale de manière à modifier le regard des enfants sur le sans-abrisme.

L'hiver dernier a montré qu'il existe un grand potentiel au niveau des citoyens mais, eu égard à la complexité du vécu des sans-abri, on a surtout besoin de professionnels.

Mme Laurence Bourguignon conclut en précisant que le SAMU Social travaille aussi en rue, principalement le soir à partir de 16 h jusqu'à 2h du matin. Plusieurs équipes mobiles sillonnent ainsi chaque nuit le tout Bruxelles à la rencontre des sans-abri, sur leur lieu de vie. Ces équipes sont composées d'un assistant social, d'un responsable maraude et d'un infirmier. Régulièrement, et à leur demande, les psychologues intègrent la maraude en cas de nécessité.

pend zijn. Natuurlijk gaat het over gezinnen met kinderen, maar vooral over alleenstaande vrouwen met kinderen, die vaak slachtoffer zijn van echtelijk geweld, zonder verblijfsvergunning, die geweigerd worden in de opvangstructuren van FEDASIL, ...

De heer Rochet wijst erop dat er heel het jaar door daklozen zijn. De voorzieningen voor de winter bieden de mogelijkheid tot meer soepelheid, maar de sociale SAMU moet in gewone tijden vrouwen, mannen en gezinnen weigeren. De vereniging moet dan zorgen dat ze de banden die tot stand gekomen zijn in de nood en de samenwerking met andere diensten niet verliest. De spreker benadrukt ten zeerste hoe belangrijk het is in een net te werken, dat moet uitgewerkt worden op het niveau van de instellingen én van elke werker.

Mevrouw Laurence Bourguignon zegt nog dat de centra voor crisisopvang absoluut niet aangepast zijn voor vrouwen met kinderen die slachtoffer zijn van echtelijk geweld.

Te maken krijgen met een vijandig publiek leidt tot een tweede trauma. De kinderen komen aan zonder persoonlijke bezittingen, hebben geen speelruimte, ... en de vrouwen keren uiteindelijk na enkele dagen terug naar de echtelijke woning. Bijgevolg is voorzichtigheid geboden als men hen aanraadt klacht in te dienen.

Het komt ook voor dat de vaders gebruik maken van de situatie om te zeggen dat hun kind geroofd is, wat soms leidt tot het plaatsen van de kinderen.

Mevrouw Aude Gijssels, coördinatrice van de sociale SAMU, zegt nog dat een preventiebeleid gevoerd wordt bij de scholen, waar armoede en sociale uitsluiting worden besproken teneinde de kijk van kinderen op dakloosheid te wijzigen.

Vorige winter is gebleken hoeveel de burgers kunnen doen, maar gelet op de complexiteit van wat de daklozen doormaken, is er vooral nood aan professionele hulp.

Mevrouw Laurence Bourguignon besluit ter afronding dat de sociale SAMU ook straatwerk doet, vooral 's avonds van 16u tot 2u 's ochtends. Verschillende teams trekken elke nacht door Brussel op zoek naar daklozen, op de plek waar ze leven. Die teams bestaan uit een maatschappelijk werker, een verantwoordelijke en een verpleger. Regelmatig en op hun verzoek nemen ook psychologen deel aan die teams indien nodig.

**2.a. Exposé de  
Mme Myriam De Spiegelaere,  
directrice scientifique de  
l'Observatoire de la Santé et  
du Social de Bruxelles-Capitale  
(réunion du 7 mai 2012)**

Mme Myriam De Spiegelaere a tenu devant les commissaires le discours suivant :

« La plupart des informations diffusées ce jour sont disponibles dans le Baromètre social et le Tableau de bord de la santé.

La population bruxelloise croît depuis 2010. Cette augmentation démographique n'est pas sans conséquence sur le rapport hommes-femmes en Région de Bruxelles-Capitale. L'augmentation du nombre de jeunes adultes et la diminution des 65-80 ans sont plus marquées chez les femmes. Le rapport hommes-femmes décroît progressivement à partir de 50 ans avec, aux âges plus élevés, plus de cinq fois plus de femmes que d'hommes.

Si, comme ailleurs, les petits garçons sont numériquement supérieurs aux petites filles, deux caractéristiques se dégagent dans la population bruxelloise :

- entre 20 et 29 ans, les femmes sont numériquement supérieures aux hommes;
- entre 30 et 50 ans, les hommes sont numériquement supérieurs aux femmes.

Ces ratios de population sont essentiellement dus aux flux migratoires.

## Social

Des résultats de l'Enquête sur les forces de travail (2010), il appert qu'en matière de vulnérabilité sociale, les différences entre hommes et femmes se marquent surtout au niveau du taux d'activité, à savoir la proportion d'hommes et de femmes qui sont sur le marché de l'emploi. Or, moins de 60 % des femmes de 15 à 64 ans et 73,4 % des hommes de 15 à 64 ans sont sur le marché de l'emploi et près de 49 % des femmes de 15 à 64 ans et 61 % des hommes de 15 à 64 ans ont un emploi. Quant à la proportion des personnes qui ont un travail par rapport à la population active, elle est relativement similaire pour les deux sexes (82 % des femmes et 83 % des hommes).

Les disparités hommes-femmes en termes de taux d'emploi sont beaucoup plus marquées au-delà de 25 ans qu'avant. Pour les jeunes, les différences sont effectivement très faibles. Elles sont davantage marquées chez les Bruxellois non-européens et chez les moins qualifiés.

**2.a. Uiteenzetting van  
mevrouw Myriam De Spiegelaere,  
wetenschappelijk directrice van  
het Observatorium voor Gezondheid en  
Welzijn van Brussel-Hoofdstad  
(vergadering van 7 mei 2012)**

Mevrouw Myriam De Spiegelaere heeft volgende uiteenzetting gegeven voor de commissieleden :

« De meeste tot nog toe verspreide inlichtingen zijn beschikbaar in de Sociale Barometer en de Boordtabel voor gezondheid.

De Brusselse bevolking neemt toe sedert 2010, en die demografische groei heeft gevolgen voor de man-vrouw-verhouding in het Brussels Gewest. De toename van het aantal jonge volwassenen en de daling van de 65-80 jaar is duidelijker bij de vrouwen. De man-vrouwverhouding daalt geleidelijk vanaf 50 jaar, en in de oudste groep zijn er vijfmaal meer vrouwen dan mannen.

Net als elders zijn er meer kleine jongens dan meisjes, maar de Brusselse bevolking vertoont twee kenmerken :

- tussen 20 en 29 jaar is het aantal vrouwen hoger dan het aantal mannen;
- tussen 30 en 50 jaar is het aantal mannen hoger dan het aantal vrouwen.

Dat is voornamelijk te wijten aan de migratiestromen.

## Sociaal

Uit de resultaten van de Enquête over de arbeidskrachten (2010) blijkt dat inzake sociale kwetsbaarheid, de verschillen tussen mannen en vrouwen vooral tot uiting komen op het vlak van de activiteitsgraad, te weten het aandeel mannen en vrouwen op de arbeidsmarkt. Minder dan 60 % van de vrouwen van 15 tot 64 jaar en 73,4 % van de mannen van 15 tot 64 jaar zijn op de arbeidsmarkt en bijna 49 % van de vrouwen van 15 tot 64 jaar en 61 % van de mannen van 15 tot 64 jaar hebben werk. Het aandeel personen op de arbeidsmarkt ten opzichte van de actieve bevolking daarentegen is redelijk vergelijkbaar voor de twee geslachten (82 % van de vrouwen en 83 % van de mannen).

De ongelijkheden tussen de geslachten op het vlak van het percentage werkenden zijn veel duidelijker na dan voor 25 jaar. Voor de jongeren zijn de verschillen inderdaad zeer gering. Bij de niet-Europese Brusselaars en de laag-opgeleiden is dat verschil veel duidelijker.

Il faut également souligner que 31 % des femmes et 11 % des hommes ont un emploi à temps partiel et que 29 % des personnes occupées à temps partiel déclarent l'être faute d'avoir décroché un emploi à temps plein.

Quant au taux de chômage, les différences sont moins importantes. Si l'écart est faible pour les Bruxellois issus de l'Union européenne, il se creuse pour les non-Européens (cinq points en défaveur des femmes) et pour les non-qualifiés.

Le chômage de longue durée (plus d'un an) des isolés est plus important chez les hommes que chez les femmes. Le taux de chômage de longue durée des familles monoparentales est de 17,7 % et concerne essentiellement des femmes.

Des données d'Actiris, il ressort un taux de chômage plus élevé pour les femmes que pour les hommes<sup>(1)</sup>.

On constate également que les différences hommes-femmes varient en fonction des communes. Le taux de chômage féminin est systématiquement sensiblement plus élevé sauf dans trois communes : Etterbeek, Ixelles et Saint-Gilles où les différences sont plus faibles voire inversées. Cela tient à l'importance des jeunes adultes dans ces communes et à la proportion élevée de personnes issues de l'Union européenne.

La différence hommes-femmes est beaucoup plus faible chez les moins de 25 ans. Dans une partie des communes plus aisées, le chômage des jeunes hommes est supérieur à celui des femmes, à l'inverse d'autres entités telles que Schaerbeek, Molenbeek-Saint-Jean ou Saint-Josse-ten-Noode.

Ce moindre écart pour les moins de 25 ans est probablement dû au niveau de qualification. Bruxelles compte une forte proportion de jeunes adultes sans diplôme de l'enseignement secondaire supérieur et ce phénomène touche plus les garçons que les filles. A l'entrée du secondaire, la proportion d'enfants accusant au moins deux ans de retard est considérable, et généralement plus importante chez les garçons (18 %) que chez les filles (15 %). A l'avenir, le problème de la qualification des jeunes et le décrochage scolaire des garçons entraîneront certainement une vulnérabilité accrue des hommes bruxellois sur le marché du travail.

Par ailleurs, un nombre plus important de femmes bénéficient du revenu d'intégration sociale et les écarts s'accroissent avec le temps (on constate néanmoins une stabilisation ces dernières années). Cette augmentation du nombre des bénéficiaires du revenu d'intégration sociale et le décalage hommes-femmes sont particulièrement marqués à Saint-Josse-ten-Noode, beaucoup moins à Woluwe-Saint-Pierre.

(1) Le taux de chômage d'Actiris est plus élevé que dans l'Enquête sur les forces de travail qui sous-estime le nombre de chômeurs dans sa définition.

Tevens moet benadrukt worden dat 31 % van de vrouwen en 11 % van de mannen deeltijds werk hebben en dat 29 % van hen verklaren dat zij deeltijds werken bij gebrek aan een voltijdse job.

Inzake het werkloosheidspercentage zijn de verschillen minder uitgesproken. De kloof is klein voor de Brusselaars uit de Europese Unie, maar voor de niet-Europese Brusselaars wordt hij groter (vijf punten ten nadele van de vrouwen), alsook voor de mensen zonder kwalificatie.

Langdurige werkloosheid (meer dan een jaar) van alleenstaanden is hoger bij mannen dan bij vrouwen; bij eenoudergezinnen treft dat 17,7 % en voornamelijk de vrouwen.

Uit de gegevens van Actiris blijkt een hoger werkloosheidspercentage bij vrouwen dan bij mannen<sup>(1)</sup>.

Tevens stelt men vast dat de verschillen tussen mannen-vrouwen schommelen naar gelang van de gemeente. Het werkloosheidspercentage bij de vrouwen is systematisch gevoelig hoger, behalve in drie gemeenten, Etterbeek, Elseine en Sint-Gillis, waar de verschillen kleiner zijn of zelfs in het voordeel van de vrouwen zijn. Dat heeft te maken met het aanzienlijk aantal jonge volwassenen in die gemeenten en met het hoge aantal personen uit de Europese Unie.

Het verschil tussen mannen en vrouwen is veel geringer bij personen jonger dan 25. In een deel van de rijkere gemeenten zijn meer jonge mannen werkloos dan jonge vrouwen, wat niet het geval is in andere gemeenten zoals Schaarbeek, Sint-Jans-Molenbeek of Sint-Joost-ten-Noode.

Die kleinere kloof voor mensen jonger dan 25 is waarschijnlijk te wijten aan het opleidingsniveau. Brussel heeft een hoog aantal jonge volwassenen zonder diploma hoger secundair onderwijs, en dat is nog meer het geval bij jongens dan bij meisjes. Bij de aanvang van het secundair onderwijs is het aantal kinderen met ten minste twee jaar achterstand aanzienlijk, en doorgaans meer bij de jongens (18 %) dan bij de meisjes (15 %). In de toekomst zal het probleem van de kwalificatie van de jongeren en het voortijdig verlaten van de school zeker leiden tot een hogere kwetsbaarheid bij de Brusselse mannen op de arbeidsmarkt.

Bovendien geniet een hoger aantal vrouwen een leefloon en wordt de kloof met de tijd groter (hoewel men een stabilisatie vaststelt de laatste jaren). De toename van het aantal mensen met een leefloon en de kloof tussen mannen en vrouwen is bijzonder duidelijk in Sint-Joost-ten-Noode, en veel minder in Sint-Pieters-Woluwe. Meer mannen dan vrouwen genieten het equivalent leefloon en de verhouding

(1) Het werkloosheidspercentage bij Actiris is hoger dan in de Enquête over de arbeidskrachten, waarin het aantal werklozen in de definitie laag geschat wordt.

Les bénéficiaires de l'équivalent au revenu d'intégration sociale sont plus souvent des hommes que des femmes, le rapport hommes/femmes évolue différemment selon la commune.

De manière générale, l'augmentation des bénéficiaires du revenu d'intégration sociale concerne plus les cohabitants et les personnes qui ont une famille à charge. Les femmes sont dès lors particulièrement concernées.

Remarquons également que 17 % des mères se déclarent, au moment de l'accouchement, seules avec enfants. Parmi ces 17 %, 11 % n'ont pas de revenu du travail. Or :

- être seul avec des enfants constitue un obstacle à l'entrée sur le marché du travail;
- il y a beaucoup plus de femmes peu qualifiées et/ou issues de l'immigration non européenne qui ne sont pas sur le marché du travail et sont donc particulièrement fragilisées en cas de rupture familiale et se retrouvent plus facilement dans l'aide sociale puisqu'elles n'ont pas d'autres droits;
- pour les personnes bénéficiant d'un revenu de remplacement, le statut de cohabitant et une série de bénéfices liés à la monoparentalité constituent également des pièges.

## Santé

L'espérance de vie des femmes est plus longue que celle des hommes. On constate toutefois un rattrapage de l'espérance de vie des hommes au cours du temps.

Les taux de mortalité par âge sont systématiquement plus élevés pour les hommes que pour les femmes. C'est déjà vrai pour les bébés, pour les enfants et pour les jeunes adultes, même si, à ces âges, les taux de mortalité restent très faibles. Le décalage est plus visible à partir de 40 ans.

La mortalité prématuée (avant 65 ans) est en diminution constante; elle décroît plus rapidement chez les hommes que chez les femmes.

Les causes les plus importantes (celles qui font perdre le plus grand nombre d'années de vie) sont :

- chez pour les hommes :
  - le suicide;
  - le cancer du poumon;
  - l'infarctus du myocarde;
  - l'alcool strict (pathologies très spécifiquement liées à l'alcool : cirrhose alcoolique, pancréatite alcoolique,...);
  - les maladies cérébro-vasculaires;

mannen/vrouwen evolueert verschillend naargelang de gemeente.

In het algemeen heeft de toename van de mensen met een leefloon meer betrekking op de samenwonenden en de personen met een gezin ten laste, dus vooral de vrouwen.

Wij merken eveneens op dat 17 % van de moeders verklaren dat ze op het moment van de bevalling alleen waren met kinderen, en 11 % van hen hadden geen inkomen :

- alleen zijn met kinderen vormt een hinderpaal om op de arbeidsmarkt te komen;
- veel meer vrouwen die laaggeschoold zijn en/of afkomstig zijn uit de niet-Europese immigratie zijn niet op de arbeidsmarkt en zijn dus bijzonder kwetsbaar in geval van breuk met de familie en belanden dus gemakkelijker in de sociale hulpverlening omdat zij geen andere rechten hebben;
- voor de personen met een vervangingsinkomen vormen de status van samenwonende en een aantal voordelen als alleenstaande ouder eveneens valstrikken.

## Gezondheid

De levensverwachting van de vrouwen is langer dan die van mannen, hoewel vastgesteld wordt dat de mannen met tertiëel die kloof inhalen.

De sterftecijfers per leeftijd zijn systematisch hoger voor de mannen dan voor de vrouwen. Dat geldt al voor baby's, voor kinderen en voor jonge volwassenen, hoewel de sterftecijfers op die leeftijd heel laag blijven. Vanaf 40 jaar wordt de kloof duidelijker.

Vroegtijdige sterfte (voor 65 jaar) neemt voortdurend af, vlugger bij mannen dan bij vrouwen.

De voornaamste oorzaken (die de meeste levensjaren doen verliezen) zijn :

- voor mannen :
  - zelfmoord;
  - longkanker;
  - hartinfarct;
  - alcohol in de strikte zin (ziekten die specifiek voortvloeien uit alcoholgebruik : levercirrose, pancreatitis door alcohol, ...);
  - hersen-vaatziekten.

– chez les femmes :

- le cancer du sein;
- le suicide;
- le cancer du poumon.

Cette dernière est la seule cause en augmentation, reflet des modifications des habitudes tabagiques des femmes au cours des vingt dernières années.

Le taux de suicide est globalement la première cause de mortalité prématuée. Il est deux fois plus important chez les hommes avec un décalage très important chez les hommes âgés. Pour la première fois, le taux de suicide chez les adolescentes est toutefois égal ou supérieur à celui des adolescents. Si les tentatives de suicide ont toujours été beaucoup plus importantes chez les filles, on peut supposer que ces dernières adoptent désormais des modes de suicide plus violents, impliquant des réussites de suicide plus fréquentes.

Les autres causes dites non naturelles touchent plus souvent les hommes que les femmes :

- les accidents de la circulation (risques importants pour les hommes entre 15 et 40 ans et entre 45 et 49 ans, risques plus élevés aussi pour les hommes plus âgés en tant qu'usagers faibles);
- les accidents de la vie courante, plus importants que les accidents de circulation en Région bruxelloise (risques plus élevés pour les hommes);
- les accidents liés à des chutes pour les personnes âgées (risques plus élevés pour les hommes).

Les constatations diffèrent en termes de santé subjective, à savoir la perception qu'ont les gens de leur propre santé et qui combine des facteurs de l'ordre de la santé physique et de la santé mentale.

Plus de femmes (27 %) que d'hommes (24 %) ne s'estiment effectivement pas en bonne santé. En matière de santé physique, la proportion de personnes qui souffrent d'une maladie chronique est plus importante chez les femmes avant 50 ans et chez les hommes ensuite. Quant à la santé mentale, à tous les âges les femmes ont une probabilité plus importante de présenter des troubles que les hommes (23 % des femmes et 15 % des hommes).

Un autre indicateur de la morbidité est le taux d'invalideur qui, entre 2000 et 2007, augmente chez les femmes, ouvrières ou employées, diminue chez les hommes employés et se stabilise chez les hommes ouvriers.

Cette augmentation s'explique essentiellement par l'augmentation des invalidités liées à des troubles mentaux, première cause d'invalidité, tant chez les hommes que chez les femmes, en Région bruxelloise.

– bij vrouwen :

- borstkanker;
- zelfmoord;
- longkanker.

Alleen de laatste oorzaak komt meer voor, wat de gewijzigde gewoonten inzake tabaksgebruik weerspiegelt bij vrouwen in de laatste twintig jaar.

In het algemeen is zelfmoord de eerste oorzaak voor vroegtijdige sterfte; het komt tweemaal zoveel voor bij mannen, en nog meer bij oude mannen. Voor het eerst is het aantal zelfmoorden bij vrouwelijke adolescenten echter even hoog of nog hoger dan bij mannelijke adolescenten. Hoewel zelfmoordpogingen altijd veel vaker voorkomen bij meisjes, kan verondersteld worden dat zij thans gebruik maken van meer gewelddadige middelen, zodat de pogingen vaker slagen.

Andere « niet natuurlijke » doodsoorzaken treffen vaker mannen dan vrouwen :

- verkeersongevallen (aanzienlijk risico voor mannen tussen 15 en 40 jaar en tussen 45 en 49 jaar, ook hoger risico voor oudere mannen als zwakke weggebruiker);
- ongevallen in het dagelijkse leven, frequenter dan verkeersongevallen in het Brussels Gewest (hogere risico's voor de mannen);
- ongevallen van ouderen die ten val komen(hoger risico voor mannen).

Inzake subjectieve gezondheid lopen de vaststellingen uiteen, i.e. de eigen kijk van mensen op hun gezondheid, een combinatie van factoren in verband met de fysieke en de mentale gezondheid.

Inderdaad vinden meer vrouwen (27 %) dan mannen (24 %) dat zij niet in goede gezondheid verkeren, het aantal personen met een chronische ziekte is hoger bij de vrouwen jonger dan 50 en vervolgens bij de mannen. Inzake de mentale gezondheid treden, op alle leeftijden, stoornissen vaker op bij vrouwen dan bij mannen (23 % bij vrouwen en 15 % bij mannen).

Een andere indicator inzake sterfte is het invaliditeitscijfer, dat tussen 2000 en 2007 stijgt bij vrouwen, zowel arbeidsters als bedienden, daalt bij mannelijke bedienden en stabiel blijft bij mannelijke arbeiders.

Die stijging wordt voornamelijk verklaard door de toename van de invaliditeit ingevolge mentale stoornissen, de eerste oorzaak van invaliditeit, zowel bij mannen als bij vrouwen in het Brussels Gewest.

La question de la santé ne peut faire fi non plus de celle des styles de vie. Ici, les différences entre hommes et femmes sont relativement variables d'un indicateur à l'autre. Par exemple, le manque d'activité physique pénalise davantage les femmes, alors que, sur le plan nutritionnel comme en termes de tabagisme ou de consommation d'alcool, le style de vie des femmes s'avère plus favorable.

La consommation de soins diffère quant à elle fortement selon le genre (2).

Un premier indicateur est le pourcentage de personnes qui ont un médecin généraliste attitré. Le décalage, globalement favorable aux femmes, est particulièrement important pour les moins de 40 ans (80 % des femmes et moins de 70 % des hommes).

Les femmes se rendent en outre plus souvent chez le médecin généraliste que les hommes, sauf aux âges les plus élevés (équivalence). Les femmes consultent également plus fréquemment les spécialistes. Deux tiers des femmes de 25 à 29 ans ont ainsi consulté un spécialiste au cours de l'année; le rôle du gynécologue n'est évidemment pas négligeable. Cette différence se marque également aux âges plus élevés.

Par contre, si les hospitalisations sont plus fréquentes chez les femmes aux âges jeunes (accouchements), elles sont globalement plus nombreuses chez les hommes.

En résumé, les femmes ont des contacts plus fréquents et plus favorables avec les soins de santé.

En termes d'accessibilité, il est à noter que plus d'un quart des ménages bruxellois sont amenés à postposer ou à renoncer à des soins de santé pour raisons financières et ce d'autant plus lorsque le chef de famille est une femme.

A l'intérieur du groupe des femmes comme du groupe des hommes, on observe évidemment des inégalités importantes. L'espérance de vie varie effectivement en fonction du niveau socio-économique de la commune de résidence.

Par ailleurs, des différences de santé apparaissent en fonction de la nationalité. A titre d'exemple, les disparités hommes-femmes en termes de troubles psychiques sont nettement plus marquées dans la population turque que dans la population belge.

Il faut donc, lorsqu'on traite des différences hommes-femmes en termes de santé, à la fois tenir compte des aspects socio-économiques et des aspects culturels.

Inzake gezondheid moet ook rekening gehouden worden met de levensstijl. Op dat vlak variëren de verschillen tussen mannen en vrouwen redelijk sterk naar gelang van de indicator. Gebrek aan fysieke activiteit is bijvoorbeeld erger voor vrouwen, terwijl op het vlak van de voeding, tabaksgebruik of alcoholgebruik, de levensstijl van vrouwen gunstiger blijkt.

Het gebruik van zorgen varieert sterk naargelang van het geslacht (2).

Een eerste indicator is het percentage mensen met een vaste huisarts. De kloof is bijzonder groot bij de mensen jonger dan 40 jaar (80 % vrouwen in verhouding tot minder dan 70 % mannen).

Bovendien gaan vrouwen vaker naar de huisarts dan mannen, behalve op zeer hoge leeftijd (evenveel). Vrouwen raadplegen ook vaker een specialist; twee derde van de vrouwen van 25-29 jaar hebben bijvoorbeeld in de loop van het jaar een specialist geraadplegd; de rol van een gynaecoloog is uiteraard niet gering. Dat verschil komt ook tot uiting op hogere leeftijd.

Hoewel vrouwen vaker worden opgenomen in het ziekenhuis op jonge leeftijd (bevallingen), worden mannen in het algemeen vaker opgenomen.

Kortom, vrouwen hebben meer frequente en meer gunstiger contacten met gezondheidszorg.

Op het vlak van toegankelijkheid moet worden opgemerkt dat meer dan een vierde van de Brusselse gezinnen gezondheidszorg moet uitstellen of opgeven om financiële redenen, nog vaker als het gezinshoofd een vrouw is.

Binnen de groep vrouwen en binnen de groep mannen worden uiteraard aanzienlijke ongelijkheden vastgesteld. De levensverwachting varieert immers op grond van het sociaal-economisch niveau van de gemeente waar iemand woont.

Verschillen op het vlak van de gezondheid komen overigens tot uiting volgens de nationaliteit. De ongelijkheid tussen mannen en vrouwen op het vlak van psychische stoornissen is bijvoorbeeld duidelijk hoger bij de Turkse bevolking dan bij de Belgische bevolking.

Bij het bekijken van de verschillen tussen mannen en vrouwen op het vlak van gezondheid moet dus zowel rekening gehouden worden met sociaal-economische als met culturele aspecten.

(2) Voir Enquête de santé (2008).

(2) Zie Gezondheidsenquête (2008).

En conclusion :

- les vulnérabilités plus importantes des femmes sont connues : taux d'activité plus faible, fragilité familiale (pièges du statut cohabitant/monoparental), santé subjective (santé mentale);
- les vulnérabilités plus importantes des hommes sont moins médiatisées : accrochage scolaire et qualification, mortalité, contacts avec les services de santé (besoins/demandes);
- les inégalités sociales face à la santé sont en général plus marquées chez les hommes mais s'accentuent chez les femmes. ».

## **2.b. Exposé de M. Laurent Van Hoorebeke, directeur, et de Mme Olivia Dardenne, directrice adjointe, de La Strada**

M. Laurent Van Hoorebeke a tenu devant les commissaires le discours suivant :

« La Strada est le centre d'appui au secteur bruxellois d'aide aux sans-abri. Nous ne sommes pas des spécialistes de la problématique du genre mais espérons pouvoir vous fournir quelques données.

La Strada a débuté ses activités en 2008, avec, à l'origine, deux priorités : le recueil de données à travers un système central de données et l'organisation de la concertation bruxelloise de l'aide aux sans-abri. A cela se sont ajoutées une série de tâches.

Le système central de données a livré ses premiers résultats au début de cette année. Ils concernent l'année 2010.

Il s'agit d'un système centralisé qui intègre les données de chaque système d'enregistrement de données. Ces données concernent l'accueil des personnes sans-abri en maison d'accueil ou en centre d'hébergement d'urgence en Région bruxelloise.

Jusqu'alors, chaque centre encodait ses données et les publiait dans son rapport d'activités. Il n'existe pas de centralisation des données des centres d'hébergement des différents pouvoirs de tutelle de la Région bruxelloise (trois systèmes d'enregistrement et trois bases de données différentes) et donc aucune vue d'ensemble des personnes accueillies, de leur profil, de la durée de leur séjour, ... au niveau de la Région.

L'objectif était :

- d'obtenir une vue d'ensemble des personnes accueillies en Région bruxelloise et des données sur leur séjour;

Besluit :

- hogere kwetsbaarheid van de vrouwen is bekend : lagere activiteitsgraad, familiale kwetsbaarheid (risico van de status samenwonende/eenoudergezin), subjectieve gezondheid (mentale gezondheid);
- hogere kwetsbaarheid van de mannen haalt minder vaak de media : scholing en kwalificatie, sterftecijfers, contacten met de gezondheidsdiensten (behoeften/vragen);
- sociale ongelijkheden in verband met de gezondheid zijn doorgaans meer uitgesproken bij mannen maar nemen toe bij vrouwen. ».

## **2.b. Uiteenzetting van de heer Laurent Van Hoorebeke, directeur, en mevrouw Olivia Dardenne, adjunct-directrice, van La Strada**

De heer Laurent Van Hoorebeke a fait l'apport suivant :

« La Strada est le centrum voor ondersteuning van de Brusselse sector van hulpverlening aan daklozen. Wij zijn geen specialisten inzake de genderproblematiek, maar hopen enkele gegevens te kunnen verschaffen.

La Strada is van start gegaan met zijn activiteiten in 2008, met twee prioriteiten : het verzamelen van gegevens via een centraal datasysteem en de organisatie van het Brussels overleg inzake zorg voor daklozen. Daarbij komen nog een aantal andere taken.

Het centraal datasysteem heeft de eerste resultaten voortgebracht in het begin van dit jaar (met betrekking tot 2010).

Het gaat over een gecentraliseerd systeem met de gegevens van elk systeem voor de registratie van gegevens. De gegevens hebben betrekking op het onthaal van daklozen in opvangtehuizen of in noodopvang in het Brussels Gewest.

Tot dan toe codeerde elk centrum zijn gegevens en maakte ze bekend in zijn activiteitenverslag. De gegevens inzake de opvangcentra van de verschillende toezichthoudende overheden in het Brussels gewest werden niet gecentraliseerd (drie verschillende registratiesystemen en drie verschillende databanken), waardoor er geen enkel overzicht was van de opgevangen personen, hun profiel, de duur van hun verblijf, ... op het niveau van het Gewest.

Het was de bedoeling :

- een overzicht te krijgen van de personen die opgevangen worden in het Brussels Gewest en van de gegevens over hun verblijf;

- d'objectiver le profil de ces personnes;
- de cibler des sujets à approfondir;
- de donner des outils aux fédérations pour argumenter, évaluer et faire évoluer le secteur d'aide aux sans-abri;
- de donner des outils aux responsables politiques pour évaluer les besoins et priorités.

En Région bruxelloise, vingt-sept centres d'hébergement sont agréés : quatorze pour la Commission communautaire française, 8 pour la Commission communautaire commune et 5 pour la Vlaamse Gemeenschapscommissie. Cela revient à 372 places pour les hommes, 370 pour les femmes et 376 pour les couples avec ou sans enfants.

Vingt-trois des vingt-sept centres ont participé au recueil central de données, soit 876 sur 1.118 places agréées. ».

Mme Olivia Dardenne a tenu devant les commissaires le discours suivant :

« En récoltant les données des centres d'urgence et des maisons d'accueil, on avait 2.340 séjours encodés. Certaines personnes ont séjourné plusieurs fois dans des centres d'hébergement et on compte donc 2.064 personnes différentes qui ont séjourné en 2010.

Les séjours des personnes qui ont été accueillies sans dormir au moins une nuit ont été exclus du calcul. Cela a donc donné au total 2.251 séjours, ou 2.051 personnes. À celles-ci s'ajoutent 964 enfants qui accompagnaient leurs parents.

## Résultats

57 % de ces séjours concernent des hommes et 43 % des femmes.

Les femmes qui ont fréquenté les maisons d'accueil et les centres d'urgence sont en moyenne plus jeunes (28 ans) que les hommes (34 ans). 62 % des femmes ont entre 18 et 35 ans alors que 60 % des hommes ont entre 26 et 45 ans.

Si avant 35 ans les femmes sont plus nombreuses, la proportion hommes-femmes s'inverse ensuite.

Parmi les personnes qui ont séjourné dans un centre d'hébergement en 2010, 95 % des hommes et 93 % des femmes sont isolés. Parmi les femmes isolées, la moitié le sont avec des enfants, pour seulement 1,6 % des hommes.

Pour un quart des séjours, des parents étaient accompagnés d'enfants. Les enfants accompagnent plutôt des

- het profiel van die mensen te objectiveren;
- te bekijken welke onderwerpen uitgediept moeten worden;
- middelen te geven aan de federaties om de sector van de dakloenzorg te bespreken, de evalueren en te doen ontwikkelen;
- middelen te geven aan de beleidsmensen om de behoeften en de prioriteiten te evalueren.

Thans zijn in het Brussels Gewest 27 opvangcentra erkend : veertien voor de Franse Gemeenschapscommissie, 8 voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en 5 voor de Vlaamse Gemeenschapscommissie. Dat komt neer op 372 plaatsen voor mannen, 370 voor vrouwen en 376 voor paren met of zonder kinderen.

Drieëntwintig van de zeventewintig centra hebben meegewerk aan de centrale gegevensverzameling, i.e. 876 van de 1.118 erkende plaatsen. ».

Mevrouw Olivia Dardenne heeft de volgende uiteenzetting gehouden voor de commissieleden :

« Op grond van de gegevens van de noodopvang en de opvangcentra werden 2.340 verblijven gecodeerd. Sommigen verbleven verscheidene maal in opvangcentra, dus hebben 2.064 verschillende mensen er verbleven in 2010.

Verblijven zonder minstens één overnachting werden niet meegerekend. Dat geeft dus alles samen 2.251 verblijven, of 2.051 personen, plus 964 kinderen die hun ouders vergezelden.

## Resultaten

57 % van de mensen die er verbleven waren mannen en 43 % vrouwen.

De vrouwen die in (nood)opvangcentra hebben verbleven zijn gemiddeld jonger (28 jaar) dan de mannen (34 jaar). 62 % van de vrouwen zijn tussen 18 en 25 jaar, terwijl 60 % van de mannen tussen 26 en 45 jaar oud zijn.

Tot 35 jaar zijn de vrouwen in de meerderheid, daarna is het omgekeerde waar.

Zowat 95 % van de mannen en 93 % van de vrouwen die in 2010 in een opvangcentrum hebben verbleven, zijn alleenstaand. De helft van de alleenstaande vrouwen hebben kinderen, in vergelijking tot enkel 1,6 % van de mannen.

Bij een vierde van de verblijven waren ouders vergezeld van hun kinderen, in de meeste gevallen waren dat eenou-

familles monoparentales qui concernent, pour 96 % des cas, des femmes. Les familles hébergées comptent pour la plupart un à deux enfants. Pour cinquante-huit séjours, on comptait plus de quatre enfants.

Près d'un quart des personnes étaient hébergées dans un centre d'hébergement d'urgence avant d'être orientées vers une maison d'accueil. Les femmes se trouvaient le plus souvent à leur domicile privé ou logeaient temporairement chez des proches. 21 % des hommes étaient dans la rue.

La durée de séjour est, pour 42 %, inférieure à six semaines. Un tiers des séjours ont une durée comprise entre six semaines et six mois. Au total, 90 % des personnes ont quitté le centre avant un an. En ce qui concerne les séjours en hébergement d'urgence, la très grande majorité sont inférieurs à six semaines.

Les durées de séjour des femmes sont plus courtes que celles des hommes. Plus la durée de séjour augmente, plus la proportion d'hommes est élevée.

Près de 60 % des femmes qui sortent des maisons d'accueil ou des centres d'hébergement d'urgence, trouvent un logement privé ou social ou assimilé (accompagné, transit, AIS ou solidaire); 18 % des personnes trouvent une place dans une autre institution du secteur sans-abri; 14 % sont logées auprès de la famille ou de tiers.

Les hommes ont un niveau d'instruction plus faible que les femmes. La moitié des hommes ont un niveau qui ne dépasse pas l'enseignement secondaire inférieur et 43 % des femmes ont un niveau d'enseignement secondaire supérieur ou d'enseignement supérieur.

## Synthèse

Les situations sont précaires : faible niveau de scolarité, pas de ressources financières à l'admission. Les durées de séjour sont pour 42 % inférieures à six semaines et dans trois quarts des cas inférieures à six mois. 75 % ont vécu avant l'accueil à Bruxelles. 60 % ont la nationalité belge. 25 % des séjours concernent des familles, souvent monoparentales (généralement il s'agit de mères).

On peut déduire des informations récoltées un profil type assez caricatural des séjours des femmes et des hommes.

La femme est belge, résidait à Bruxelles avant l'accueil, est âgée entre 18 et 35 ans (médiane : 28 ans), est isolée, avec ou sans enfant, a une durée de séjour courte et est orientée par une large gamme de services.

L'homme est belge, résidait à Bruxelles avant l'accueil, est âgé entre 26 et 45 ans (médiane : 35 ans), est isolé et l'était avant l'accueil, est rarement accompagné d'enfants,

dergezinnen en 96 % daarvan met een vrouw als ouder. De meeste gezinnen die onderdak kregen telden één of twee kinderen, in achttien gevallen waren er meer dan vier kinderen.

Bijna een vierde van de personen werden opgevangen in noodopvang alvorens doorverwezen te worden naar een opvangtehuis. De vrouwen verbleven meestal in hun eigen woning, of tijdelijk bij naasten; zowat 21 % van de mannen eerder op straat.

In 42 % van de gevallen duurt het verblijf minder dan zes weken. Een derde van de verblijven duurde tussen zes weken en zes maanden. Zowat 90 % verlieten in totaal het centrum vóór een jaar om was. Meestal duurt een verblijf in noodopvang minder dan zes weken.

Het verblijf van vrouwen is korter dan dat van mannen. Hoe langer het verblijf, hoe hoger het aandeel mannen.

Bijna 60 % van de vrouwen die uit opvangcentra of noodopvang komen, vinden een private of sociale of daarmee gelijkgestelde woning (begeleid wonen, transitwoning, SVK of solidaire woning); 18 % vindt een plaats in een andere instelling van de daklozensector; 14 % krijgen onderdak wij familie of derden.

De mannen hebben een lager opleidingsniveau dan de vrouwen. De helft van de mannen hebben een niveau dat niet hoger ligt dan het lager secundair onderwijs en 43 % van de vrouwen hebben hoger secundair onderwijs of hoger onderwijs genoten.

## Samenvatting

De situaties zijn moeilijk : laag scholingsniveau, geen financiële middelen bij de opname. Het verblijf duurt in 42 % van de gevallen minder dan zes weken en in drie vierde van de gevallen korter dan zes maanden. 75 % van de mensen hebben in Brussel gewoond alvorens ze werden opgevangen, 60 % heeft de Belgische nationaliteit. 25 % van de gevallen betreffen gezinnen, vaak eenoudergezinnen (doorgaans met moeders).

Uit de verzamelde gegevens kan een nogal karicaturaal typisch profiel worden afgeleid van het verblijf van mannen en vrouwen.

De vrouwen zijn Belgisch, verbleven in Brussel voor de opvang, zijn tussen 18 en 35 jaar oud (gemiddeld : 28 jaar), alleenstaand, met of zonder kinderen; het verblijf is kort en zij wordt doorverwezen naar een brede waaier diensten.

De mannen zijn Belgisch, verbleven in Brussel voor de opvang, zijn tussen 26 en 45 jaar oud (gemiddeld 35 jaar), alleenstaand, al voor het verblijf, zelden vergezeld van kin-

a une durée de séjour plus longue, a plus de risques d'avoir connu la rue avant l'accueil et a pris contact lui-même avec la maison d'accueil.

## Perspectives

Les perspectives pour le recueil central de données sont d'obtenir une vision plus complète et précise en intégrant les données de tous les centres d'hébergement (d'urgence), en élargissant les données au travail de rue, centres de jour, habitat accompagné, en affinant les définitions des variables, et en ciblant certains sujets à approfondir (analyse qualitative).

Il s'agit aussi de faire connaître les résultats.

Il s'agit en définitive de pouvoir, d'année en année, suivre l'évolution des personnes sans abri, leurs besoins et difficultés, et de soutenir des solutions y répondant au travers de l'hébergement, de logements accessibles ou de logements sociaux ou assimilés (habitat accompagné, habitat solidaire, AIS, logements de transit) ou d'autres formes d'aide (prévention des expulsions ou extension des ADIL, etc.). ».

## 2.c.Exposé de M. Bert De Bock, travailleur de rue à Diogènes

M. Bert De Bock a tenu devant les commissaires le discours suivant :

« Chez Diogènes, on n'attend pas de notre public une demande d'aide clairement formulée. La demande, c'est la situation elle-même. Cela veut donc dire que nous sommes prêts à investir dans des personnes qui refusent toute forme de soin ou de contact. Souvent, on découvre une situation où la fin semble déjà écrite pour la personne. En tant que travailleur de rue, on relève le défi de ne pas s'y résigner, on tente de reconstituer l'histoire de la personne et, donc, de lui donner ensemble une suite. En tant que travailleur de rue, on travaille en relation. Pour cela, on écoute les soucis quotidiens, on motive les personnes, on met en place des structures, on les remet en contact avec autrui et on les aiguille vers d'autres services, on construit un réseau sur lequel les personnes peuvent à nouveau s'appuyer. L'expérience nous apprend que, dans le parcours souvent très accidenté des sans-abri, le travail de rue peut constituer le fil rouge : en entamant et en entretenant une relation inconditionnelle et durable avec quelqu'un, il est possible de réinjecter du sens et de la signification en lieu et place de ce grand rôle unique qui prédomine sur tout, à savoir le fait d'être sans-abri.

deren, hun verblijf duurt langer, het risico op straat te hebben geleefd is hoger en zij hebben zelf contact opgenomen met het opvangcentrum.

## Vooruitzichten

De centrale inzameling van gegevens moet leiden tot een vollediger en nauwkeuriger beeld met de gegevens van alle opvang- en noodcentra, omdat de gegevens verruimd worden tot het straatwerk, de dagcentra, begeleid wonen, de definities van de variabelen verder uitgewerkt worden en sommige onderwerpen verder uitgediept worden (kwalitatieve analyse).

Tevens is het de bedoeling de resultaten bekend te maken.

Uiteindelijk moet mogelijk worden van jaar tot jaar te volgen hoe het staat met de daklozen, hun noden en moeilijkheden, en steun te verlenen aan oplossingen via huisvesting, betaalbare, sociale of ermee gelijkgestelde woningen (begeleid wonen, solidair wonen, SVK, transitwoningen) of andere vormen van hulpverlening (preventie uiteenzettingen of uitbreiding van de VIHT enz.). ».

## 2.c. Uiteenzetting van de heer Bert De Bock, straathoekwerker bij Diogènes

De heer Bert De Bock heeft de volgende uiteenzetting gehouden voor de commissieleden :

« Bij Diogènes verwachten we geen duidelijk geformuleerde hulpvraag van ons publiek. De situatie op zich is de vraag. Dit betekent dan ook dat we bereid zijn om te investeren in mensen die alle zorg of contact weigeren. Vaak komen we in een situatie terecht waarbij het lijkt alsof het einde van iemands verhaal al geschreven is. Als straathoekwerker ga je de uitdaging aan om je hier niet bij neer te leggen, probeer je iemands verhaal samen te reconstrueren, en er dan ook samen een vervolg aan te breien. Als straathoekwerker werk je relationeel. Dit doen we door te luisteren naar dagdagelijkse dingen, door mensen te motiveren, door structuur aan te brengen, door ze opnieuw in contact te brengen met anderen en toe te leiden naar andere diensten, door een netwerk op te bouwen waarop mensen opnieuw kunnen steunen. De ervaring leert ons dat het straathoekwerk de rode draad kan zijn in het vaak sterk verbrokkelse parcours van daklozen : door onvoorwaardelijk en op lange termijn een relatie aan te gaan en te onderhouden met iemand, kan er soms opnieuw zin en betekenis in de plaats komen van die éne grote rol die alles overheerst, namelijk thuisloos zijn.

## Quelques chiffres

L'ASBL Diogènes existe depuis 1995.

Depuis lors, le nombre de femmes que l'ASBL Diogènes rencontre chaque année a augmenté d'environ 2,5 fois : de 11 % en 1995, on est passé à 22 % en 2011. Il convient toutefois de nuancer quelque peu cette augmentation évidente et régulière : en 2003, Daniela Novac, notre médiatrice interculturelle avec les Roms, a commencé son travail au sein de Diogènes ASBL. Le fait qu'elle touche nettement plus de femmes roms que d'hommes exerce sans aucun doute une certaine influence sur la proportion de femmes.

En ce qui concerne la durée des accompagnements réalisés par l'ASBL Diogènes, il semble n'y avoir aucune différence entre les hommes et les femmes (par exemple, une proportion de 43 % la première année, 70 % la seconde, ...).

Quant à l'âge, celui de notre public semble être plus élevé que dans le secteur de l'accueil : environ 46 ans en moyenne. Nous rencontrons principalement des femmes âgées de 50 à 59 ans, et peu de femmes très jeunes ou très âgées. Ces statistiques ne révèlent aucune différence significative entre hommes et femmes.

## Stratégies de survie

Les divers parcours et situations des femmes que l'ASBL Diogènes rencontre et accompagne sont très variés. Mais toute personne qui vit dans la rue doit élaborer des stratégies de survie pour tenir le coup. Dans la rue, c'est la loi de la jungle qui règne : la loi du plus fort s'applique et les plus faibles sont rapidement identifiés et attaqués. En règle générale, les femmes sont des « proies faciles » pour le vol, l'agression verbale et/ou physique, l'abus et le viol, ou encore la prostitution, contrainte ou non. Elles semblent éprouver une honte extrême à être sans abri, elles s'attribuent la responsabilité de leur situation et ont une piètre image d'elles-mêmes.

Le récit de ces personnes révèle que ce genre de fait n'était déjà pas rare dans leur passé. Les habitants de la rue sont souvent issus de familles disloquées, où ils ont connu des situations de maltraitance d'enfants, d'abus sexuels, d'institutionnalisation, de toxicomanie intergénérationnelle, de violence intrafamiliale. Des situations qui se répètent toujours par la suite, des stratégies qui s'affinent sans cesse davantage, et qui dans la rue s'accentuent encore. Ces récits révèlent que beaucoup étaient déjà sans abri bien avant de finir à la rue.

En règle générale, les personnes qui vivent dans la rue développent certaines formes de comportement autodestructeur. Notre société est terriblement exigeante à l'égard des femmes (image, apparence, confiance en soi, ...). L'expérience nous apprend que les processus réels de change-

## Een paar cijfers

Diogènes VZW bestaat sinds 1995.

Het aantal vrouwen dat Diogènes VZW jaarlijks ontmoet is sindsdien ongeveer 2,5 keer groter geworden : van 11 % in 1995, tot 22 % in 2011. Toch willen we deze duidelijke en regelmatige stijging enigszins nuanceren : in 2003 startte Daniela Novac, onze intercultureel bemiddelaarster naar Roma's toe, haar werk op Diogènes VZW. Het feit dat zij significant meer Roma-vrouwen bereikt dan mannen, heeft zonder twijfel een zekere invloed op de verhouding op het aantal bereikte vrouwen.

Wat betreft de duur van de begeleidingen van DIOGENES VZW lijkt er geen onderscheid te zijn tussen mannen en vrouwen (bv. het eerste jaar een turnover van 43 %, 2<sup>e</sup> jaar van 70 %, ...).

De leeftijd lijkt bij ons publiek hoger dan in de onthaalsector te zijn : gemiddeld rond de 46 jaar. We ontmoeten hoofdzakelijk vrouwen die tussen de 50 en de 59 jaar zijn, en slechts weinig heel jonge of heel oude vrouwen. Wat betreft deze statistieken blijkt er geen significant verschil te zijn tussen mannen en vrouwen.

## Overlevingsstrategieën

De verschillende levensverhalen en situaties van de vrouwen die ontmoet en begeleid worden door DIOGENES VZW zijn zeer divers. Maar iedereen die op straat leeft dient overlevingsstrategieën te ontwikkelen om het uit te houden. Op de straat heerst de wet van de jungle, waarbij de wet van de sterkste geldt, en zwakkere snel geïdentificeerd en aangevallen worden. Vrouwen zijn in het algemeen « gemakkelijke slachtoffers » voor diefstal, verbale en/of fysieke agressie, aanranding en verkrachting, of al dan niet gedwongen prostitutie. Ze lijken hun dakloosheid als uiterst beschamend te ervaren, leggen de schuld voor de situatie bij zichzelf en hebben een laag zelfbeeld.

Uit de verhalen van de mensen blijkt dat dit niet zelden in het verleden ook al was. Straatbewoners komen vaak uit ontwrichte gezinnen, met situaties van kindermishandeling, seksueel misbruik, institutionalisering, intergeneratief middelenmisbruik, intrafamiliaal geweld. Situaties die nadien steeds herhaald worden, strategieën die steeds meer verfijnd worden, en op straat nog maar eens uitvergroot. Uit deze verhalen blijkt dat velen al lang thuisloos waren, voor ze effectief op straat belandden.

Mensen die op straat leven ontwikkelen veelal welbepaalde vormen van auto-destructief gedrag. Onze samenleving is ontzettend veeleisend naar vrouwen toe (beeldvorming, uiterlijk, zelfvertrouwen, ...). Uit ervaring weten we dat reële veranderingsprocessen dikwijls vertrekken vanuit

ment partent souvent d'une modification de l'image que la personne a d'elle-même, en étant à l'écoute, en se montrant ouvert ... Ainsi, une femme nous disait que « ça ne change quand même rien, car tout le monde pense que je suis un monstre ».

### **Les femmes qui vivent seules dans la rue et celles qui vivent en couple et/ou en groupe**

En règle générale, les personnes qui vivent dans la rue cumulent une multitude de facteurs de vulnérabilité. Ci-dessous, nous décrivons quelques tendances et observations, sans toutefois vouloir classifier et généraliser.

Les femmes qui vivent seules dans la rue sont constamment en fuite : elles fuient les autres sans-abri, les services sociaux, ... Cela entraîne parfois un isolement complet, où tout contact, et *a fortiori* tout soin, est refusé. Elles dressent une barrière (parfois même physique) qu'il est difficile pour un travailleur social de surmonter (par exemple madame journal, sacs, autonégligence, ...). Un trouble psychiatrique intervient souvent, dans lequel hallucinations, idées délirantes, méfiance et paranoïa jouent un rôle important. Il est rare que ce groupe de solitaires aient également un problème majeur de toxicomanie ou d'alcoolisme (il semble par contre que ce soit plus souvent le cas parmi les « solitaires » masculins). Ces femmes sont parfois belges, mais souvent elles viennent aussi d'autres pays. Nous avons différentes manières et stratégies pour construire une relation et faire accepter notre présence. Ainsi, nous faisons rarement connaître notre fonction *a priori*, et nous passons plutôt par hasard (soi-disant), mais régulièrement. Nous expérimentons avec la composition de notre équipe (hommes/femmes, jeunes/moins jeunes, ...), et nous tentons de mobiliser d'autres équipes aux compétences spécifiques – par exemple SMES-B –, nous efforçant à cet égard de rester attentifs aux relations interpersonnelles. Il est extrêmement difficile d'entreprendre des démarches sociales avec ce groupe de femmes. Souvent, nous tentons de faire venir l'aide sociale jusqu'à elles. Il est important de faire en sorte que tout contact avec le secteur de la santé mentale se déroule le plus naturellement possible, et de demander à ces intervenants médicaux le même souci de l'aspect relationnel. En organisant sur place un contact avec un psychologue, un docteur ou un psychiatre, nous tentons d'évaluer ensemble la situation et d'explorer ensemble les pistes potentielles. À cet égard, les maîtres-mots sont : entretenir et approfondir la relation, diagnostiquer la problématique, veiller au bien-être de la personne, mobiliser le réseau. Ce réseau peut être extrêmement varié : gardien de parc, personnel de la STIB, épicier ou boulanger du coin, prêtre ou pasteur, ... L'objectif est de veiller ensemble sur la personne, de respecter son intimité, de la soutenir ensemble. Il n'est pas toujours facile pour un travailleur de rue de soutenir la personne sur le long terme, alors que l'entourage fait souvent pression pour que la situation évolue rapidement. Toutefois, si la santé de la personne est à ce point menacée qu'elle risque la mort, il est préférable de disposer d'un large réseau afin

een verandering van het zelfbeeld van de persoon, door te luisteren naar, door open te staan voor... Zo zei een vrouw ons dat « het toch allemaal niet uitmaakt, voor iedereen ben ik immers een monster ».

### **Vrouwen die solitair op straat leven, en zij die in koppel en/of in groep leven**

In het algemeen cumuleren personen die op straat leven een veelvoud aan kwetsbaarheidsfactoren. Hierna beschrijven we enkele tendensen en waarnemingen, zonder evenwel te willen categoriseren en veralgemenen.

Vrouwen die alleen op straat leven zijn voortdurend op de vlucht : voor de andere daklozen, voor de sociale diensten, ... Dit leidt soms tot een compleet isolement, waarbij alle contact, en *a fortiori* alle zorg geweigerd wordt. Een (soms zelfs fysieke) barrière wordt opgetrokken, waar je als hulpverlener maar moeilijk door geraakt. (bijvoorbeeld madame journal, of zakken, of door zelfverwaarlozing, ...). Vaak is er een psychiatrische problematiek, waarbij hallucinaties, waanideeën, achterdocht en paranoïa een grote rol spelen. Zelden heeft deze solitaire groep ook een zwaar drug- of alcoholprobleem (terwijl dit bij de mannelijke « eenzaten » vaker het geval lijkt te zijn). Deze vrouwen kunnen Belg zijn, maar komen ook vaak van andere landen. We hebben verschillende manieren en strategieën om een relatie op te bouwen, en onze aanwezigheid aanvaardbaar te maken. Zo zullen we zelden onze functie *a priori* duidelijk maken, en eerder zogezegd toevallig, maar regelmatig passeren. We experimenteren met de samenstelling van ons team (man-vrouw jong-ouder, ...), en trachten andere teams met specifieke competenties erin te betrekken, bijvoorbeeld SMES-B, waarbij we steeds aandacht trachten te besteden aan de persoonlijke relaties. Met deze groep vrouwen is het ontzettend moeilijk om sociale stappen te ondernemen. Vaak trachten we de hulpverlening tot bij hen te brengen. Het is belangrijk om een contact met de sector geestelijke gezondheid zo natuurlijk mogelijk te laten verlopen, en aan deze medische intervenanten dezelfde zorg voor het relationele te vragen. Door een contact met een psycholoog, dokter of psychiater ter plaatse te organiseren, trachten we samen de situatie te evalueren, en mogelijke pistes te ontwikkelen. Basiswoorden zijn hier : onderhouden en uitdiepen van de relatie, diagnose van de problematiek, waken over het welzijn van de persoon, mobilisatie van het netwerk. En dat netwerk, dat kan uiterst gevareerd zijn : parkwachters, personeel van de MIVB, de kruide-nier of de bakker op de hoek, de priester of de dominee, ... Bedoeling is dat we samen zorg dragen voor de persoon, haar privacy respecteren, haar samen te ondersteunen. Als straathoekwerker is het niet altijd eenvoudig om de persoon op lange termijn te ondersteunen, terwijl de omgeving soms een grote druk zet om de huidige situatie snel te veranderen. Indien de gezondheid echter dermate in het gedrang komt dat er levensgevaar is, is het maar beter om over een breed netwerk te beschikken om de bevoegde autoriteiten

d'interpeller les autorités compétentes. Le témoignage et la mobilisation d'un travailleur de rue, qui peut présenter non seulement un « instantané » mais aussi une évolution de la personne, se sont déjà révélés déterminants en vue de procéder à une hospitalisation, forcée ou non. En général, une fois la personne stabilisée dans une structure de soins, le lien avec le travailleur de rue s'avère maintenu, voire renforcé.

Un certain nombre de femmes se joignent à un homme ou un groupe d'hommes, leur sécurité étant ainsi dans une certaine mesure assurée. Le groupe remplit à cet égard différentes fonctions positives (par exemple protection), mais aussi négatives (par exemple source de conflit). En général, ces femmes semblent cumuler une multitude de problématiques différentes : consommation excessive d'alcool, de drogues et de médicaments entraînant des troubles cognitifs (orientation, mémoire, notion du temps, ...), des troubles psychiatriques (mais rarement un état psychotique persistant), des problèmes de violence, ... Chez ces femmes, le besoin et la demande en matière de démarches sociales sont en général très grands : cela va de la revendication des droits fondamentaux (revenus, soins médicaux) à la recherche d'un logement en passant par l'encouragement à effectuer des démarches en vue d'une désintoxication et l'accompagnement lors desdites démarches, l'habitat accompagné, la mise en place de soins à domicile ou d'une aide familiale, ... Nous constatons toutefois que, sans accompagnement, elles n'y parviennent pas, et la charge administrative et la multitude de démarches sociales qu'un sans-abri doit effectuer pour faire réellement évoluer sa situation sont souvent tout simplement trop lourdes (par exemple toxicomanie, années de négligence, trouble psychiatrique, ...). Les gens perdent souvent courage, n'en voient plus l'utilité et s'installent dans un sans-abrisme chronique. De même, les institutions voient souvent notre public comme des cas désespérés, qui ne sont pas motivés et avec qui il est impossible d'obtenir des succès directs.

Il faut :

- Souligner l'importance du travail de rue de Diogènes et de SMES-B.
- Dénoncer le seuil d'accès aux institutions (par exemple CPAS de Bruxelles, trois adresses différentes pour introduire une demande d'aide). Sans motivation, soutien ni accompagnement, c'est impossible.
- Souligner l'importance du « Réseau Psy 107 Santé – Précarité » et du projet « RAPS » (Réseau d'accompagnateurs psycho-sociaux) : facilitation de l'accès aux soins de santé mentale, accompagnement physique des patients. Financement au travers de l'Observatoire de la santé et du social, promoteur : Dr Serge Zombek (coprésident SMES-B).

La situation des femmes qui vivent en couple est particulière. La vie de couple présente également des aspects

te interpellent. De getuigenis en de mobilisatie van een straathoekwerker, die niet alleen een momentopname maar ook een evolutie van de persoon kan voorleggen, is al dikwijls doorslaggevend gebleken bij de realisering van een al dan niet gedwongen opname. In het algemeen blijkt nadien, wanneer de persoon gestabiliseerd is in een zorgomgeving, de band met de straathoekwerker behouden, en zelfs versterkt.

Een aantal vrouwen sluit aan bij een man of een groep mannen, waarbij er enigszins gewaakt wordt over hun veiligheid. De groep heeft hierbij verschillende positieve functies (bijvoorbeeld Bescherming), maar ook negatieve (bijvoorbeeld Bron van conflict). Deze vrouwen lijken over het algemeen een veelvoud aan verschillende problematieken te cumuleren : zwaar drank-, drugs- en medicatiegebruik, met als gevolg cognitieve stoornissen (oriëntatie, geheugen, tijdsbesef, ...), psychiatrische problematieken (maar zelden aanhoudende psychotische toestand), cognitieve stoornissen, geweldproblematieken, ... Bij deze groep vrouwen is de nood en de vraag om sociale stappen te zetten in het algemeen zeer groot. Dit gaat van opeisen basisrechten (inkomen, medische zorgen), motiveren voor en samen stappen zetten naar afkick, woonst zoeken, woonbegeleiding, thuiszorg en familiehulp installeren, ... We stellen evenwel vast dat het hen zonder begeleiding eigenlijk niet lukt, en dat de administratieve last en de veelheid aan sociale stappen die gezet moeten worden door een dakloze om zijn situatie reëel te veranderen, dikwijls gewoon te hoog gegrepen zijn (bijvoorbeeld middelenmisbruik, jarenlange verwaarlozing, psychiatrische problematiek, ...). Mensen verliezen vaak de moed, zien het nut er niet meer in, en installeren zich in chronische dakloosheid. Onze mensen worden door instellingen ook vaak gezien als hopeloze gevallen, die niet gemotiveerd zijn en waarmee geen directe successen zijn te behalen.

Men moet :

- Het belang benadrukken van straathoekwerk van Diogènes en van SMES-B.
- De toegangsdrempel aanklagen van instellingen (bijvoorbeeld OCMW Brussel, 3 verschillende locaties om een hulpvraag te stellen). Zonder motivatie, ondersteuning en begeleiding gaat het niet.
- Het belang benadrukken van « Réseau Psy 107 Santé Précarité » en van het project « RAPS » (Réseau d'Accompagnateurs Psycho-Sociaux) : verlagen drempel geestelijke gezondheidszorg, fysiek toeleiden van cliënten. Financiering via l'Observatoire du Santé et du Social, promoteur : Dr Serge Zombek (Co-president Smes-B).

Een bijzondere situatie geldt voor die vrouwen die in koppel leven. Ook aan het leven in koppel zijn positieve en

positifs et négatifs. Le couple offre protection, stabilité et repères, mais il est aussi une source fréquente de conflit et parfois, il bloque les gens dans une relation, hypothèque leurs chances (par exemple le partenaire peut faire obstacle à un réel changement dans la situation de la personne parce qu'il se sent abandonné). Il n'y a pour ainsi dire pas de place pour les couples dans le secteur des sans-abri. Les couples préfèrent souvent dormir ensemble à l'extérieur plutôt qu'être séparés dans les structures d'hébergement d'urgence, où la protection du partenaire manque. En fait, la possibilité d'avoir une vie affective ou sentimentale fait totalement défaut : on note un manque criant d'intimité et d'espace privé, ...

Il faut :

- Plaider en faveur d'une attention et une place accrues pour les couples dans l'aide sociale.
- Plaider pour une révision de la perte partielle de revenus en cas de cohabitation.

## Roms

Sur le nombre total de mendians en Région bruxelloise, il y aurait environ 66 % de Roms originaires de Roumanie, et à peine un quart de Belges. Daniela Novac, notre médiatrice interculturelle avec la communauté rom, touche surtout des femmes. La mendicité constitue la stratégie de survie par excellence des Roms, l'une des rares manières pour eux d'obtenir légalement des revenus (statut de séjour précaire ou séjour illégal sur le territoire, accès extrêmement limité au marché du travail). On ne peut comprendre leur situation qu'en tenant compte du contexte culturel global. Le lien entre la mère et l'enfant est très fort : dans la communauté rom, c'est essentiellement la femme qui prend soin et est responsable des enfants. Si les hommes mendient de façon plutôt active (musique, journal des sans-abri, ...), les femmes le font de manière plutôt passive, en affichant leur pauvreté et le ou les enfants dont elles ont la charge. De nombreuses mères sont jeunes, voire mineures d'âge, et illettrées.

Il faut :

- Plaider pour une médiation interculturelle (langue, culture) en tant qu'accès au public, à l'instar de Daniela Novac chez Diogènes.
- Plaider pour un accès à la formation (par exemple Foyer).
- Plaider pour l'arrêt des discriminations dans les pays d'origine (culture et langue non reconnues, citoyens de deuxième rang).

negatieve aspecten verbonden. Een koppel biedt bescherming, geeft stabiliteit en houvast. Maar is vaak ook bron van conflicten en het houdt soms ook mensen vast in een relatie, hypothekert kansen (bijvoorbeeld een partner kan een reële verandering in iemands situatie blokkeren, omdat hij zich in de steek gelaten voelt). Voor koppels is er binnen de daklozensector omzeggens geen plaats. Koppels kiezen er dikwijls voor om samen buiten te slapen, dan gescheiden te worden in de noodopvang, waar de bescherming van de partner ontbreekt. En eigenlijk ontbreekt die mogelijkheid op een affectief of een gevoelsleven totaal : schrijnend gebrek aan privacy, aan intimiteit, ...

Men moet :

- Pleiten voor meer aandacht en plaats voor koppels in de hulpverlening.
- Pleiten voor herziening verlies deel inkomen bij samenwoonst.

## Roma

Van het totaal aantal bedelende personen in het Brussels gewest zouden ongeveer 66 % Roma uit Roemenië zijn, en slechts een vierde Belgen. Daniëla Novac, onze interculturele bemiddelaarster naar de Roma-gemeenschap toe, bereikt vooral vrouwen. Voor Roma's is bedelen hun overlevingsstrategie bij uitstek, één van de weinige manieren om legaal een inkomen te verwerven (precar overblijfsstatuut of illegaal op het grondgebied, uiterst beperkte toegang tot de arbeidsmarkt). Hun situatie kunnen we enkel begrijpen wanneer we rekening houden met de globale culturele context. De band tussen moeder en kind is heel sterk : binnen de Roma-gemeenschap is het de vrouw die vooral de zorg en verantwoordelijkheid voor de kinderen op zich neemt. Terwijl mannen eerder actief bedelen (muziek, daklozenkrant, ...), doen de vrouwen dit eerder passief, door hun armoede en de zorg voor hun kind te tonen. Vele moeders zijn jong of minderjarig en ongeletterd.

Men moet :

- Pleiten voor interculturele bemiddeling (taal, cultuur) als toegang tot publiek, zoals Daniëla Novac bij DIOGENES.
- Pleiten voor toegang tot scholing (bijvoorbeeld Foyer).
- Pleiten voor stopzetting van discriminatie in de landen van herkomst (cultuur en taal niet erkend, tweede rangsburgers).

- Plaider pour la compréhension à l'égard de la situation des nouveaux membres de l'UE, qui peuvent certes circuler librement, mais qui ont très difficilement accès aux droits fondamentaux.

Arrêtons-nous un instant sur la situation spécifique des Polonaises : elles sont presque toujours en couple, elles ont un sérieux problème d'alcool, un milieu souvent très violent, aucune perspective d'avenir, de graves problèmes de santé, ... Ces femmes n'ont accès aux droits fondamentaux (hormis l'aide médicale urgente) qu'à travers le marché du travail, mais vu leur situation générale, elles ne sont plus en état de travailler.

- Pleiten voor begrip voor situatie van nieuwe leden van de EU, die weliswaar vrij rond mogen reizen, maar voor wie de toegang tot basisrechten zeer moeilijk is te verkrijgen.

Even stilstaan bij specifieke situatie van Poolse vrouwen : ze zijn bijna altijd in koppel, hebben een heel zwaar drankprobleem, vaak zeer gewelddadige omgeving, geen toekomstperspectief, zware gezondheidsproblemen, ... Deze vrouwen hebben enkel toegang tot basisrechten (behalve dringende medische hulp) via de arbeidsmarkt, maar zijn gezien hun algemene toestand niet meer in staat om te werken.

## **Personnes transgenres, homosexuels, lesbiennes**

Nous accompagnons quelques transsexuels qui vivent dans la rue. Dans la rue, l'hétérosexualité est la norme absolue. Toute personne qui y déroge risque explicitement l'agression (notamment sexuelle). Homosexuels et lesbiennes tentent soigneusement de cacher leur nature. Plusieurs membres de ce groupe cible font aussi partie du monde des sans-abri. Il n'est possible de parler avec eux de leurs sentiments homosexuels que dans des moments d'intimité, entre homosexuels et dans la plus grande discréetion. De même, le secteur semble encore être peu attentif à la question.

Il faut :

- Plaider en faveur d'une attention accrue pour les problématiques de genre dans le secteur de l'aide sociale et dans la société en général.
- Plaider pour un changement des mentalités : attitude réprobatrice et accusatrice à l'égard des (femmes) sans-abri, des lesbiennes, des homosexuels et des transsexuels, ... Une première étape consiste à leur rendre l'estime de soi.

Pour la femme qui vit dans la rue, c'est un tour de force que de pouvoir prendre soin de sa personne, et il y a un manque criant d'installations sanitaires de base : toilettes, douches, casiers de consigne privés, ... Les femmes redoutent de recourir aux installations existantes parce qu'elles sont surtout utilisées par des hommes.

Il faut :

- Plaider pour des centres de jour spécifiques, pour des installations sanitaires spécifiques (toilettes, douches).
- Plaider en faveur du projet de l'ASBL Fami-Home (et partenaires) : « Accès direct de la rue au logement solidaire »; plaider en faveur d'un projet spécifique pour les femmes.

## **Transgenders, homoseksuelen, lesbiennes**

We begeleiden een paar transseksuelen die op straat leven. Op straat geldt heteroseksualiteit als de absolute norm. Iedereen die daar van afwijkt stelt zich explicet bloot aan (al dan niet seksuele) agressie. Homo's en lesbiennes trachten angstvallig hun geaardheid te verbergen. Een aantal leden van deze doelgroep maakt ook deel uit van de daklozenwereld. Enkel op intieme momenten, en met de grootste geheimhouding, kan er met de homo's onder hen over hun homoseksuele gevoelens gesproken worden. Ook in de sector lijkt hiervoor nog weinig aandacht te zijn.

Men moet :

- Pleiten voor meer aandacht voor genderproblematieken in de hulpverleningssector en in de maatschappij in het algemeen.
- Pleiten voor een verandering van de blik : veroordelende en beschuldigende houding tegenover (vrouwelijke) daklozen, lesbiennes, homo- en transseksuelen, ... Teruggeven van zelfwaardegevoel is de eerste stap.

Voor vrouwen die op straat leven is het een heksentoer om zich te kunnen verzorgen, en is er een schrijnend tekort aan hygiënische basisvoorzieningen : toiletten, douches, een privé-locker, ... Vrouwen zijn afgeschrikt doordat de bestaande voorzieningen vooral door mannen worden bezocht.

Men moet :

- Pleiten voor specifieke dagcentra, voor specifieke toilet- en douchevoorzieningen.
- Pleiten voor het project van VZW Fami-Home (en partners) : « Accès direct de la rue en logement »; pleiten voor specifiek project voor vrouwen.

## Conclusion

Présentation de l'idée « Housing First » : nouvelle idée, nouveau paradigme dans l'aide sociale à destination des sans-abri; s'adresse aux personnes qui cumulent plusieurs problématiques.

Situation actuelle : on attend de ces personnes qu'elles se mettent en règle sur le plan administratif, qu'elles s'attaquent (éventuellement via une hospitalisation) à leur assuétude et la surmontent, qu'elles se présentent dans une structure d'hébergement de crise, qu'elles évoluent ensuite vers le secteur de l'accueil, qu'elles commencent à épargner pour une constituer une garantie locative, etc., jusqu'à ce qu'enfin, elles réalisent ce rêve qui est au cœur de tout : obtenir leur propre logement. Dans la pratique, il s'avère justement que les personnes qui cumulent une multiplicité de problématiques ne sont pas à même d'effectuer ce long trajet et restent dans la rue.

Housing First entend renverser radicalement cette situation, en offrant directement un logement à ces personnes, en même temps qu'un accompagnement qui se veut pluridisciplinaire et personnalisé. Divers projets pilotes dans d'autres pays d'Europe nous montrent que ce modèle fonctionne, même pour les personnes qui vivent depuis très longtemps déjà dans la rue. En ce qui concerne Bruxelles, voir : « *Vers un programme de Housing First à Bruxelles* », Lucie MARTIN, pour le compte de SMES-B (décembre 2011).

## Modèles de bonnes pratiques et projets novateurs à renforcer

- Diogènes ASBL : travail de rue avec les personnes qui vivent dans la rue à Bruxelles. <http://diogenes.wikeo.be>
- SMES-B : cellules mobiles composées d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un médecin généraliste et d'un assistant social, chargées de soutenir les services de première ligne. [www.smes.be](http://www.smes.be)
- Réseau psy 107 Santé – Précarité et projet RAPS : projet qui vise à faciliter l'accès aux services d'aide et de soin, en abaissant le seuil des services de soins de santé mentale grâce à un accompagnement physique des travailleurs dans certains services.
- Housing First : cf. « *Vers un programme de Housing First à Bruxelles* », Lucie MARTIN, pour le compte de SMES-B (décembre 2011).
- Accès direct de la rue au logement solidaire, de l'ASBL Fami-Home : partenariat entre une agence immobilière sociale, un service d'habitat accompagné et des services sociaux. Projet d'habitat collectif pour les sans-abri, qui peuvent accéder directement de la rue au logement, sans passer d'abord par le circuit de l'accueil. Ils bénéficient du soutien d'un service d'accompagnement, mais sont

## Conclusie

Voorstelling idee « Housing First » : nieuw idee, nieuw paradigma in de hulpverlening naar daklozen toe; betreft mensen die diverse problematieken cumuleren.

Huidige situatie : er wordt van die personen verwacht dat ze zich administratief in orde zetten, dat ze (al dan niet via een hospitalisatie) hun verslaving aanpakken en overwinnen, dat ze zich aanmelden in de crisisopvang, dat ze nadien doorstromen naar de onthaalsector, ze beginnen sparen voor een huurwaarborg, enz. tot ze uiteindelijk die droom bereiken waar het allemaal om gaat : een eigen woning. In de praktijk blijken net die personen die een veelvoud aan problematieken cumuleren niet in staat om dit lange traject vol te maken, en blijven ze op straat.

Housing First wil dit radicaal omkeren, door aan die personen direct een woning aan te bieden, gekoppeld aan een begeleiding, die pluridisciplinair wil zijn, en op maat van de persoon. Pilotprojecten in andere Europese landen tonen ons dat dit model werkt, zelfs voor personen die reeds zeer lang op straat leven. Wat Brussel betreft, zie : « *Vers un programme de Housing First à Bruxelles* », Lucie MARTIN, in opdracht van Smes-B (december 2011).

## Models of Good Practice en innovatie projecten te versterken

- Diogènes VZW : straathoekwerk met straatbewoners te Brussel. <http://diogenes.wikeo.be>
- Smes-B : Mobiele cellen, bestaande uit psychiater, psycholoog, huisdokter en sociaal assistent, ter ondersteuning van eerste-lijnsdiensten. [www.smes.be](http://www.smes.be)
- Réseau psy 107 Santé – Précarité en het project RAPS : Project dat de toegang tot hulp- en zorgverlening wil vergroten, door de drempel naar de diensten geestelijke gezondheidszorg te verlagen, door middel van een fysieke toeleiding door de werkers naar bepaalde diensten.
- Housing First : Cfr. « *Vers un programme de Housing First à Bruxelles* », Lucie MARTIN, in opdracht van Smes-B (december 2011).
- Accès directs de la rue au logement solidaire van VZW Fami-Home : Samenwerking tussen een sociaal verhuurkantoor, een woonbegeleidingsdienst, en sociale diensten. Collectief woonproject voor daklozen, die rechtstreeks vanop straat de woning kunnen betrekken, zonder eerst via het onthaalcircuit te passeren. Ze worden ondersteund door een begeleidingsdienst, maar zijn

aussi personnellement responsables du bon déroulement de la cohabitation.

- Chez Ailes : service social spécifique pour les femmes sans abri. Pendant un moment, on a ouvert un centre de jour spécifique pour les femmes, qui pouvaient aussi s'y doucher, utiliser des toilettes, faire leur lessive, ... Actuellement, ce centre de jour n'est plus opérationnel. Il est envisagé de mettre sur pied un projet d'habitat collectif pour femmes sans abri.
- Projets de médiation interculturelle de l'ASBL Diogènes : médiateurs interculturels pour les Roms, les femmes polonaises, ...
- Foyer : projet de scolarisation d'enfants roms.
- Services qui organisent la coordination de soins : par exemple Hermès.
- ALIAS ASBL : service social pour prostitués masculins à Bruxelles. [www.alias-bru.be](http://www.alias-bru.be) ».

## 2.d. Echange de vues

La présidente, au nom du comité d'avis, remercie l'ensemble des intervenants.

Mme Céline Delforge constate que les statistiques témoignent de certains phénomènes, plus appuyés pour les jeunes femmes. Est-ce lié à leur âge ou cela traduit-il une évolution de la société ? Cette tendance se vérifiera-t-elle dans quelques années dans l'ensemble des catégories d'âge de la population ?

Mme Danielle Caron retient des exposés la problématique de l'emploi à temps partiel et temporaire. Comment sensibiliser le monde du travail afin que les femmes obtiennent un emploi à temps plein ?

On observe par ailleurs une diminution de la mortalité. Il semble qu'il faille mieux prévenir et informer. Comment davantage encore améliorer la sensibilisation ?

Enfin, comment mieux prévenir les troubles de santé mentale, lesquels semblent être un fléau bien prégnant ?

Mme Olivia P'tito souhaiterait que le concept de troubles mentaux, première cause de maladie en Région bruxelloise, soit explicité.

La députée constate également que le problème de l'accès aux soins est récurrent et prégnant. Outre les maisons médicales, des structures ou projets pilotes sont-ils mis en place pour aller dans les quartiers ? La députée pense notamment à certaines associations qui visent à sensibiliser les femmes, notamment à la lutte contre les cancers typiquement féminins (cancer du sein, cancer du col de

zelf ook verantwoordelijk voor het goede verloop van de samenwoonst.

- Chez Ailes : Specifieke sociale dienst voor dakloze vrouwen. Een tijd werd een dagcentrum specifiek voor vrouwen geopend, waar ze ook konden douchen, toilet gebruiken, hun was doen, ... Dit dagcentrum is momenteel niet meer operationeel. Er zijn plannen om een samenwoonstproject voor dakloze vrouwen op te starten.
- Projecten interculturele bemiddeling van VZW Diogenes : interculturele bemiddelaars voor Roma's, Poolse vrouwen, ...
- Foyer : project voor scholarisatie Roma-kinderen.
- Diensten die zorgoverleg organiseren : bijvoorbeeld Hermes.
- ALIAS VZW : sociale dienst voor mannelijke prostitués te Brussel. [www.alias-bru.be](http://www.alias-bru.be) ».

## 2.d. Gedachtewisseling

De voorzitter bedankt alle sprekers in naam van het adviescomité.

Mevrouw Céline Delforge stelt vast dat de statistieken aantonen dat sommige verschijnselen nog meer afgetekend zijn bij jonge vrouwen. Heeft dat te maken met hun leeftijd of met de wijze waarop de maatschappij evolueert ? Gaat die trend over enkele jaren bevestigd worden voor alle leeftijdsgroepen van de bevolking ?

Mevrouw Danielle Caron onthoudt uit de uiteenzettingen de problematiek van deeltijds en tijdelijk werk. Hoe kan de arbeidswereld bewust gemaakt worden, zodat vrouwen voltijs werk krijgen ?

Overigens wordt een daling van de sterfte vastgesteld. Blijkbaar is betere preventie en informatie nodig. Hoe kan de bewustmaking nog verbeterd worden ?

En tot slot, hoe kunnen mentale stoornissen, die een ware plaag lijken, beter voorkomen worden ?

Mevrouw Olivia P'tito wenst dat het begrip mentale stoornissen, de eerste oorzaak van ziekte in het Brussels Gewest, duidelijker wordt omschreven.

De volksvertegenwoordiger stelt eveneens vast dat de toegankelijkheid van zorgen een recurrent en schrijnend probleem vormt. Komen er pilotprojecten of -structuren in de wijken, naast de medische centra ? De volksvertegenwoordiger denkt met name aan sommige verenigingen die werken aan de bewustmaking van vrouwen, met name voor de strijd tegen typisch vrouwelijke kancers (borstkanker,

l'utérus, ...). Les intervenants ont-ils par ailleurs certaines suggestions à émettre en la matière ?

En outre, si les inégalités sociales en termes de santé sont plus marquées chez les hommes, que peut-on faire à ce niveau ?

Quant aux familles monoparentales, elles sont particulièrement touchées par les phénomènes de précarité et de pauvreté. Le nombre de familles monoparentales est-il en pleine croissance ? Quelles mesures prôner ?

En sait-on davantage sur le niveau d'instruction des personnes concernées ? Quel lien faire avec l'insertion socio-professionnelle ? Observe-t-on par exemple un problème de reconnaissance des diplômes ?

Mme Fatoumata Sidibe s'interroge sur le lien avec le secteur de la santé. Comment ces femmes sont-elles mises en relation avec des structures de la santé ? Quelles sont les limites dans l'accompagnement de ces femmes vers des structures adéquates ?

M. Fouad Ahidar aborde le problème des personnes qui perdent leur droit au séjour. Il semble que des Européens issus pour la plupart de l'ex-bloc de l'Est perdent leurs droits de base. Il est prévu légalement que ces personnes ne reçoivent pas durant les trois premières années de soutien du CPAS. La Région n'est pas compétente en la matière. Les associations ont-elles dès lors eu des contacts avec les autorités fédérales ? Ont-elles rédigé un document représentant leurs exigences ?

En outre, les associations semblent tellement occupées avec de nombreux dossiers que lorsqu'elles découvrent quelqu'un, il est souvent depuis longtemps dans la rue et c'est alors trop tard. Le député se demande aussi si les associations arrivent à toucher toutes les personnes concernées.

Mme Anne Herscovici souligne qu'il est important d'analyser les données de santé en fonction des critères de genre mais aussi en fonction des critères socio-économiques et se demande si un tel travail a été réalisé en matière de prévention. La députée se réfère ici aux difficultés dans certains quartiers à traiter le diabète, peut-être aussi parce qu'il n'est vraiment visible que lorsque la situation est grave.

La députée souligne encore le problème de l'accès aux droits et constate que de plus en plus de travailleurs sociaux d'associations généralistes ou de services de santé mentale doivent passer de plus en plus de temps à accompagner leurs patients vers les lieux où l'on peut recouvrer ses droits, à savoir les CPAS. Un groupe de travail a été mis sur pied à ce propos. Où en est-on ?

Quant à l'hygiène, le projet *Open Stations* avait suscité une réflexion sur la mise à disposition de douches et de

baarmoederhalskanker, ...). Hebben de sprekers suggesties daaromtrent ?

Wat kan op dat vlak nog gedaan worden, wetend dat de sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid meer uitgesproken zijn bij mannen ?

Eenoudergezinnen zijn bijzonder kwetsbaar voor fenomenen die te maken hebben met armoede. Kent het aantal eenoudergezinnen een grote toename ? Welke maatregelen kunnen genomen worden ?

Weet men meer over het opleidingsniveau van de betrokkenen ? Welk verband moet gelegd worden met de sociaal-professionele schakeling ? Is er bijvoorbeeld sprake van een probleem met de erkenning van diploma's ?

Mevrouw Fatoumata Sidibe vraagt zich af wat het verband is met de gezondheidssector. Hoe worden die vrouwen in contact gebracht met de gezondheidsstructuren ? Hoeveel gaat de begeleiding van deze vrouwen naar aangepaste structuren ?

De heer Fouad Ahidar kaart het probleem aan van de personen die hun verblijfsvergunning verliezen. Kennelijk verliezen meestal uit het vroegere Oostblok afkomstige Europeanen hun basisrechten. De wet bepaalt dat die personen in de drie eerste jaren geen steun van het OCMW ontvangen. Het Gewest is niet bevoegd ter zake. Hebben de verenigingen dan contacten gehad met de federale overheden ? Hebben zij een document opgesteld met hun eisen ?

Bovendien blijken de verenigingen zoveel dossiers te moeten beheren dat het vaak te laat is als ze iemand ontdekken, omdat hij al lang op straat is. De volksvertegenwoordiger vraagt zich af of de verenigingen erin slagen alle betrokkenen te bereiken.

Mevrouw Anne Herscovici onderstreept dat het belangrijk is de gezondheidsgegevens te analyseren op grond van gendercriteria, maar ook op grond van sociaal-economische criteria, en vraagt zich af of dergelijk werk gedaan is op het vlak van preventie. De volksvertegenwoordiger verwijst hier naar de moeilijkheden in sommige wijken om diabetes te behandelen, misschien ook omdat die ziekte slechts werkelijk zichtbaar wordt als de situatie ernstig is.

De volksvertegenwoordiger benadrukt nog het probleem van de toegang tot rechten en stelt vast dat meer en meer sociale werkers van algemene verenigingen of diensten voor mentale gezondheid meer en meer tijd moeten spenderen aan de begeleiding van hun patiënten naar plaatsen waar zij hun rechten kunnen terugwinnen, te weten de OCMW's. Ter zake is een werkgroep opgericht. Hoeveel staat het daarmee ?

Inzake hygiëne had het project *Open Stations* denkwerk op gang gebracht over het ter beschikking stellen van dou-

consignes aux environs de la gare Centrale. Qu'en est-il à l'heure actuelle ? La problématique de l'hygiène est-elle prise en compte en termes de genre ?

Mme Anne-Charlotte d'Ursel se demande s'il y a une réelle augmentation du nombre de femmes rencontrant des problèmes de santé mentale ou si cela résulte simplement d'un affinement des statistiques.

Peut-on par ailleurs identifier des causes précises (la maltraitance ?) qui mènent les jeunes femmes à la rue ?

Mme Dominique Braeckman relève encore l'important décalage hommes-femmes en termes de santé mentale chez les personnes âgées. Il semble que ce malaise reste latent chez les femmes et ne se traduit pas par un suicide alors qu'il débouche chez les hommes entre 70 et 75 ans sur un taux de suicide très élevé. Comment expliquer cette différence ? Qu'advient-il de ces femmes ? Vont-elles vers la guérison ou, au contraire, doivent-elles vivre avec ce mal-être permanent ?

M. De Bock peut-il par ailleurs préciser la composition de l'équipe et le territoire d'intervention de Diogènes ?

\*  
\* \*

Mme Myriam De Spiegelaere explique que la fracture démographique et sociale est une problématique bruxelloise particulièrement criante dont il convient de tenir compte lorsqu'on envisage l'avenir.

Globalement, les plus de 50 ans sont plus qualifiés et plus aisés que dans les autres Régions, alors que la population jeune est davantage précarisée.

On constate toutefois avec le temps un recul de l'âge de ce basculement. Les personnes qui aujourd'hui atteignent progressivement des âges davantage marqués par la maladie ne disposent pas du même capital social que la population âgée d'aujourd'hui. Ce phénomène s'explique par la suburbanisation des années 60 et 70 puisque ce sont surtout les revenus moyens qui ont quitté la Région; les personnes qui pouvaient y acquérir un logement sont restées. La migration internationale, qui concerne surtout des jeunes, renforce évidemment ce phénomène, même si de jeunes adultes privilégiés s'établissent également à Bruxelles. La situation est en définitive assez complexe.

L'évolution démographique est un phénomène qu'il convienturgemment de prendre en compte lorsqu'on s'intéresse à la fragilité de femmes. Les places en crèche sont insuffisantes et sont réservées en priorité aux parents qui travaillent tous les deux. Le manque de place en maternelle devient également problématique. Ainsi, les mères qui

ches en bagagedepots in de buurt van het Centraal Station. Hoe ver staat het daar nu mee ? Wordt rekening gehouden met gender bij de problematiek inzake hygiëne ?

Mevrouw Anne-Charlotte d'Ursel vraagt zich af of er echt een toename is van het aantal vrouwen met mentale problemen, of enkel wegens de verfijning van de statistieken .

Is het overigens mogelijk de precieze redenen (mishandeling ?) te kennen waarom jonge vrouwen op straat belanden ?

Mevrouw Dominique Braeckman wijst nog op de grote kloof tussen oudere mannen en vrouwen op het vlak van mentale gezondheid. Blijkbaar blijft dit onbehagen latent aanwezig bij de vrouwen en leidt het niet tot zelfmoord, terwijl het bij mannen tussen 70 en 75 leidt tot een zeer hoog aantal zelfmoorden. Hoe kan dat verschil verklaard worden ? Wat gebeurt er met die vrouwen ? Evolueren zij naar genezing of moeten zij voortdurend met die kwaal leven ?

Kan de heer De Bock tevens de samenstelling van het team en het interventiegebied van Diogenes verduidelijken ?

\*  
\* \*

Mevrouw Myriam De Spiegelaere licht toe dat de demografische en sociale kloof een bijzonder schrijnende Brusselse problematiek is waarmee rekening moet worden gehouden in de toekomst.

Algemeen gesteld hebben mensen boven de 50 meer opleiding en middelen dan in de andere Gewesten, terwijl de situatie van de jonge bevolking hier meer precarie is.

Men stelt mettertijd echter vast dat deze kanteling verder met de leeftijd opschuift. De mensen die vandaag geleidelijk de leeftijd bereiken waarop men meer ziek wordt, beschikken niet over hetzelfde sociale kapitaal als de bejaarde bevolking vandaag. Dit fenomeen wordt verklaard door de suburbanisatie in de jaren '60 en '70, aangezien het vooral de gemiddelde inkomens zijn die het Gewest verlaten hebben; de mensen die daar een woning konden verwerven zijn er gebleven. De internationale migratie die vooral uit jongeren bestaat, versterkt natuurlijk dit fenomeen, ook al zijn er gepriveerde jonge volwassenen die zich in Brussel vestigen. De situatie is uiteindelijk tamelijk complex.

De demografische evolutie is een fenomeen waarmee dringend rekening gehouden moet worden wanneer men het heeft over de kwetsbaarheid van vrouwen. De opvangplaatsen in de crèches zijn onvoldoende en gaan bij voorrang naar ouders die alle twee werken. Ook het aantal plaatsen voor kleuters wordt problematisch. De moeders die

éprouvent déjà des difficultés à trouver des places en crèche sont celles dont les enfants n'ont pas de places en maternelle. Il faut donc augmenter les places d'accueil, particulièrement dans les quartiers défavorisés, de manière à ce que les femmes puissent rentrer sur le marché du travail de manière confortable. Il est difficile de combiner travail précaire et garde des enfants.

On observe un lien entre la situation sociale du quartier et l'offre de place d'accueil. Par exemple, sur les cartes du monitoring des quartiers (IBSA), il apparaît une nette disparité des places d'accueil entre les deux rives du canal.

Quant aux familles monoparentales, à qualifications égales, les femmes restent plus fragiles lorsqu'elles ont des enfants à charge. Les familles monoparentales ne sont pas exclusivement des femmes peu qualifiées. Les statistiques de 2001 montrent d'ailleurs qu'elles sont moins nombreuses dans le croissant pauvre. Elles se retrouvent plutôt dans la deuxième couronne et dans les quartiers de logements sociaux puisqu'elles y ont la priorité. Ce phénomène se généralise aujourd'hui mais il n'était pas très courant dans les familles immigrantes où la séparation était moins fréquente.

L'oratrice précise encore que la santé mentale se révèle notamment à travers l'indicateur GHQ 4+ établi à la suite d'un questionnaire visant à déterminer les troubles psychologiques.

La santé mentale demeure néanmoins un phénomène compliqué. Un diagnostic ne s'établit que lorsque la personne consulte. Or, les femmes rentrent plus facilement en contact avec un service de santé, expriment plus facilement leurs problèmes, ... que les hommes. On ne peut dès lors conclure qu'il y a plus de femmes dépressives que d'hommes. Le fait que plus d'hommes se suicident indique qu'ils connaissent aussi des souffrances psychiques très importantes et des dépressions graves qui ne sont jamais diagnostiquées.

Les psychoses sont plus présentes chez les hommes que chez les femmes mais ces facteurs sont aussi génétiques. La proportion de psychotiques est également plus importante à Bruxelles que dans le reste de la Belgique parce que c'est un phénomène urbain qui touche surtout les garçons.

L'oratrice se dit dès lors très inquiète aussi pour les hommes. Peu d'offres de santé répondent à la manière dont les hommes expriment leur mal-être, qu'ils formulent peu sous forme de demandes de type médical.

Mme De Spiegelaere souligne encore de nombreuses améliorations. Le vieillissement de la population est dû à la démocratisation de la mortalité, tout le monde vit mieux et plus longtemps, le nombre de cancers diminue, ... La situation pourrait être meilleure encore en améliorant la

reeds problemen ondervinden om een plaats in een crèche te vinden zijn de moeders van wie de kinderen geen plaats vinden in de kleuterschool. De opvangplaatsen moeten dus uitgebreid worden, vooral in de achtergestelde wijken, opdat de vrouwen op comfortabele wijze de arbeidsmarkt zouden kunnen betreden. Het is moeilijk om onzeker werk te combineren met de zorg voor de kinderen.

Men stelt een link vast tussen de sociale situatie van de wijk en het aanbod aan opvangplaatsen. Uit de gegevens van het BISA blijkt bijvoorbeeld een duidelijk verschil tussen de opvangplaatsen aan de twee verschillende zijden van het kanaal.

Wat de eenoudergezinnen betreft zijn de vrouwen bij gelijke kwalificatie kwetsbaarder wanneer zij kinderen ten laste hebben. De eenoudergezinnen bestaan niet exclusief uit laaggeschoolde vrouwen. De statistieken van 2001 tonen trouwens aan dat zij minder talrijk zijn in de arme sikkel. Zij bevinden zich eerder in de tweede kroon en in de wijken met sociale woningen aangezien zij daar voorrang krijgen. Dit fenomeen breidt vandaag verder uit, maar het gebeurt niet vaak in de migranten families waar de scheiding minder vaak voorkomt.

De spreekster preciseert ook dat de geestelijke gezondheid met name duidelijk wordt via indicator GHQ 4+ die opgesteld is na een vragenlijst om de psychologische stoornissen te bepalen.

De geestelijke gezondheid blijft evenwel een ingewikkelde fenomeen. Een diagnose wordt slechts gesteld wanneer de persoon naar de raadpleging komt. Vrouwen stappen gemakkelijker naar een gezondheidsdienst en praten gemakkelijker over hun problemen dan mannen. Men mag dan ook niet besluiten dat er meer depressieve vrouwen dan depressieve mannen zijn. Het feit dat meer mannen zelfmoord plegen wijst erop dat zij ook ernstig psychisch kunnen lijden en zware depressies kunnen hebben waarvan de diagnose nooit gesteld wordt.

Psychoses komen vaker voor bij mannen dan bij vrouwen maar die factoren zijn ook genetisch. Het aantal mensen met een psychose is ook hoger in Brussel dan in de rest van België omdat het een stedelijk fenomeen is dat vooral de jongens treft.

De spreekster is dan ook zeer bezorgd voor de mannen. Er is weinig gezondheidsaanbod dat tegemoet komt aan de manier waarop mannen over hun slechte toestand praten, die zij niet uitdrukken in de vorm van vragen van medische aard.

Mevrouw De Spiegelaere onderstreept nog de talrijke verbeteringen. De veroudering van de bevolking is het gevolg van de democratisering, iedereen leeft beter en langer, het aantal kankers verminderd ... De toestand zou nog beter kunnen zijn door de preventie te verbeteren maar ook door

prévention mais aussi en travaillant sur d'autres politiques sans rapport direct avec la santé. Agir sur la santé passe par le revenu, (la qualité de) l'emploi, le logement, l'aménagement du territoire, ... et l'oratrice plaide donc pour une plus grande intégration des politiques régionales et communautaires.

Les dépistages du cancer concernent plus les femmes puisqu'il n'y a pas, ou peu, de cancers dépistables en masse chez les hommes alors que deux types de cancers sont facilement dépistables chez les femmes, le cancer du sein et celui du col de l'utérus.

On constate toutefois des inégalités sociales très importantes à ce niveau. Si les soins de première ligne sont peu vecteurs d'inégalités, il n'en est pas de même des soins de deuxième ligne. Les femmes de milieux défavorisés ne vont pas chez le gynécologue; or, malheureusement, la prévention se fait peu en première ligne.

Il est certes important de continuer à sensibiliser. Il faut toutefois garder à l'esprit que la prise de conscience du risque d'un cancer ajoute du stress à des personnes qui en souffrent déjà beaucoup. Le stress est effectivement un problème important de santé mentale particulièrement présent chez les gens qui vivent dans la rue. Il faut impérativement rencontrer ce problème si l'on veut améliorer les choses.

Au niveau du diabète, la prévalence est aussi importante chez les femmes que chez les hommes mais la mortalité est plus importante chez les hommes. Les hommes consultent moins, cumulent avec d'autres facteurs de risques cardiovasculaires, ...

En termes de prévention, chez les femmes, il convient surtout de travailler sur la sédentarité, de favoriser l'activité physique, à travers par exemple le développement des espaces publics. Chez les hommes, il faut d'abord travailler sur la nutrition.

Mme Olivia Dardenne précise, quant au recueil central de données, qu'il livre pour la première fois des résultats et qu'on n'a donc pas le recul nécessaire pour relever une éventuelle évolution des données.

Sur la durée de séjour des femmes, l'oratrice ajoute qu'elles sont plus courtes lorsqu'elles sont accompagnées d'enfants sauf lorsque les fratries sont grandes, du fait du manque de logements adaptés aux grandes familles. Le manque de logements accessibles demeure d'ailleurs globalement un frein à la sortie des maisons d'accueil.

En ce qui concerne les familles monoparentales en maison d'accueil, beaucoup sont accompagnées d'enfants de moins de trois ans.

te werken aan andere beleidskeuzes die geen rechtstreeks verband met de gezondheid houden. Invloed uitoefenen op de gezondheid gebeurt via het inkomen, (de kwaliteit van) de werkgelegenheid, de huisvesting, de ruimtelijke ordening, ... en de spreekster pleit dus voor een grotere integratie van het gewestelijk en gemeenschapsbeleid.

Bij de opsoring van kanker gaat het vaker om vrouwen aangezien er geen of weinig kankers zijn die op grote schaal bij de mannen opgespoord kunnen worden, terwijl er twee soorten kankers opgespoord kunnen worden bij de vrouwen, borstkanker en baarmoederhalskanker.

Toch stelt men zeer grote sociale ongelijkheden op dat niveau vast. In de eerstelijnszorg is er weinig reden voor ongelijkheid, maar dat geldt niet voor de tweedelijnszorg. De vrouwen uit achtergestelde milieus gaan niet naar de gynaecoloog; preventie gebeurt echter spijtig genoeg weinig in de eerste lijn.

Het is natuurlijk belangrijk om te blijven sensibiliseren. Men mag echter niet vergeten dat de bewustwording van het risico van kanker stress veroorzaakt bij personen die reeds veel stress hebben. Stress is immers een groot probleem in de geestelijke gezondheid dat in het bijzonder aanwezig is bij mensen die op straat leven. Men moet absoluut iets doen aan dat probleem als men de zaken wil verbeteren.

Op het vlak van suikerziekte is de prevalentie bij de vrouwen even hoog als bij de mannen maar het sterftcijfer is hoger bij de mannen. De mannen gaan minder naar de dokter en cumuleren hun ziekte met andere risicofactoren voor cardiovasculaire aandoeningen.

Op het vlak van preventie moet men bij de vrouwen vooral werken aan de sedentariteit, moet men de fysieke activiteit bevorderen, bijvoorbeeld via de ontwikkeling van openbare ruimten. Bij de mannen moet men eerst en vooral werken aan de voeding.

Mevrouw Olivia Dardenne preciseert in verband met de centrale gegevensinzameling, dat die voor de eerste maal resultaat oplevert en dat men dus niet de nodige afstand heeft om een eventuele evolutie van de gegevens te kunnen vaststellen.

In verband met de verblijfsduur van de vrouwen voegt de spreekster eraan toe dat die korter is wanneer de vrouwen vergezeld zijn van kinderen, behalve wanneer er meer broers of zussen zijn, als gevolg van het gebrek aan aangepaste woningen voor grote gezinnen. Het gebrek aan toegankelijke woningen blijft trouwens in het algemeen een rem op het verlaten van de opvangtehuizen.

Wat de eenoudergezinnen in de opvangtehuizen betreft, stelt men vast dat die vaak vergezeld zijn van kinderen jonger dan drie jaar.

La première raison de se retrouver à la rue pour les femmes est la violence conjugale alors que pour les hommes, elle est l'expulsion du logement.

M. Laurent Van Hoorebeke précise que l'augmentation du nombre de femmes dans la rue et en institution est interprétée diversement :

- par la désinstitutionnalisation du fait de la fermeture de certaines institutions psychiatriques;
- par le fait que certaines personnes trouvent désormais le chemin des institutions (ce qui n'est pas nécessairement une mauvaise évolution).

L'image de la femme souffrant de problèmes psychiatriques, au contraire de l'homme qui n'en aurait pas, n'est pas évidente. Aucun chiffre ne vient en tous cas le corroborer. Des hommes peuvent ainsi avoir des problèmes psychiatriques sans que ce soit apparent; on détectera d'abord des problèmes de violence ou d'agressivité.

Les problèmes de santé mentale touchent l'ensemble de la population. Des réponses peuvent être apportées dans tous les volets de la société dans lesquels il faut investir afin que les gens soient moins stressés.

Enfin, la santé mentale est aussi une façon de se protéger. Elle est une réaction de survie parmi d'autres.

M. Bert De Bock pense qu'il serait utile que le Parlement bruxellois donne un signal concernant les nouveaux ressortissants de l'Union européenne. Il serait d'ailleurs bien qu'on prête attention à tous les niveaux à cette situation qui perdure.

L'orateur explique aussi que certaines personnes sont difficilement atteignables. Diogènes a plusieurs groupes cibles. Un premier est constitué de personnes qui disposent encore d'un toit mais n'y retournent quasi plus. Il faut donc veiller à rendre leur habitat plus agréable. Un deuxième groupe est constitué de jeunes qui ont été placés et qui, à 18 ans, se retrouvent presque systématiquement à la rue. Un troisième groupe est constitué de personnes sans papier, Pakistanaïs, Indiens ou même Polonais, qu'on atteint difficilement parce qu'on n'en connaît ni la langue ni la culture.

Sur les nouvelles initiatives et bonnes pratiques, l'orateur se réfère à son exposé mais entend toutefois en dire davantage sur le projet Hermes, qui est un projet de concertation de soins destiné à des personnes souffrant de troubles de santé mentale. L'idée est de donner une place centrale à la personne et de lui permettre de participer à la prise de décision en collaboration avec les autres acteurs. Ce projet présente aussi l'avantage de la multidisciplinarité.

De eerste reden waarom vrouwen op straat terechtkomen is het partnergeweld terwijl bij mannen de eerste reden de uitzetting is.

De heer Laurent Van Hoorebeke preciseert dat de toename van het aantal vrouwen op straat en in instellingen op verschillende wijze geïnterpreteerd wordt :

- door de desinstitutionalisering als gevolg van de sluiting van bepaalde psychiatrische instellingen;
- door het feit dat sommige mensen voortaan de weg naar de instellingen vinden (wat niet noodzakelijk een slechte evolutie is).

Het imago van de vrouw met psychiatrische problemen, in tegenstelling tot de man die er geen zou hebben, is niet vanzelfsprekend. Geen enkel cijfer kan dit in ieder geval bevestigen. Mannen kunnen psychiatrische problemen hebben zonder dat het opvalt; men zal eerst de problemen van geweld of agressiviteit zien.

De problemen inzake geestelijke gezondheid treffen het geheel van de bevolking. Er kunnen antwoorden gegeven worden in alle geledingen van de maatschappij waar men moet investeren opdat de mensen minder stress zouden hebben.

De geestelijke gezondheid is tot slot een manier om zich te beschermen. Het is een overlevingsreactie zoals een ander.

De heer Bert De Bock meent dat het nuttig zou zijn dat het Brussels Parlement een signaal zou geven voor alle onderdanen van de Europese Unie. Het zou goed zijn dat men aandacht zou besteden op alle niveaus aan deze situatie die maar blijft duren.

De spreker legt ook uit dat sommige mensen moeilijk bereikbaar zijn. Diogenes heeft verschillende doelgroepen. Een eerste doelgroep bestaat uit mensen die nog een dak boven het hoofd hebben maar er bijna niet meer naartoe gaan. Men moet er dus voor zorgen dat hun woning aangenamer wordt. Een tweede groep bestaat uit jongeren die geplaatst zijn en die op 18 jaar bijna systematisch op straat terechtkomen. Een derde groep bestaat uit mensen zonder papieren, Pakistani, Indiërs of zelfs Polen die men moeilijk bereikt omdat men de taal en de cultuur niet kent.

In verband met de nieuwe initiatieven en de goede praktijken verwijst de spreker naar zijn uiteenzetting, maar hij wil toch nog iets zeggen over het Hermes-project, dat een project voor overleg in de zorg is en gericht is tot mensen met geestelijke stoornissen. Het is de bedoeling om een centrale plaats te geven aan de persoon en hem de kans te geven inspraak te krijgen in de besluitvorming in samenwerking met de andere actoren. Het project heeft ook de multidisciplinariteit als voordeel.

Une autre bonne pratique est l'initiative de Chez Ailes. Ce centre de contact pour les femmes sans abri entend organiser une cohabitation. Diogènes est lui-même impliqué dans plusieurs projets d'habitat solidaire pour les personnes sans abri. Ils bénéficient d'un minimum d'accompagnement mais gèrent directement l'organisation de la maison; cela leur permet aussi de garder leur statut d'isolé. Le projet de Chez Ailes ne concerne cependant que les femmes qui craignent en général de s'impliquer dans un projet qui ne regrouperait que des hommes.

Le projet RAPS promeut la mobilité des travailleurs de certains secteurs comme celui de la santé mentale. Il est financé par l'Observatoire de la Santé et du Social.

L'orateur pense également que l'accès aux soins est d'abord une question d'accès aux droits, mais ignore où en est le groupe de travail évoqué par Mme Herscovici. Récupérer ses droits s'apparente en tous cas au parcours du combattant. A Bruxelles-Ville par exemple, cela suppose d'être parmi les huit premiers à 8h devant l'antenne du CPAS de la rue Haute (ou, à défaut, de retenter sa chance le lendemain), à expliquer ensuite l'ensemble de ses problèmes dans un accueil où tout le monde entend, de se rendre dans une autre antenne pour faire une demande auprès d'un assistant social et de réunir, dans la huitaine, un ensemble de documents : carte d'identité, preuve d'inscription à la mutuelle, extraits de compte bancaire, ... On comprend dès lors qu'en cas de problèmes de santé, les gens se présentent directement aux urgences.

M. Laurent Van Hoorebeke explique, à propos du projet *Hope in Stations*, qu'une référente sociale a été engagée à la SNCB dans le cadre de ce projet spécifique et y travaille encore même si le projet est officiellement clôturé. Elle est assez sensible aux problématiques évoquées ce jour et des négociations ont été menées notamment avec la Ville de Bruxelles et des associations.

La nécessité de sanitaires a par ailleurs été identifiée parmi les problématiques rencontrées dans les espaces publics, qui ne touchent d'ailleurs pas uniquement les sans-abri. Beaucoup de touristes s'étonnent par exemple de devoir payer pour se rendre aux toilettes.

Sur le projet évoqué par Mme Herscovici, l'orateur le trouve intéressant : travailler avec les CPAS et les associations puisque ces deux-ci ont un public en commun et visent à ce que ces personnes recouvrent leurs droits. L'idée est de mettre une information la plus précise à la disposition de tous, que les CPAS sachent comment travaillent les associations et inversement.

M. Bert De Bock ajoute, sur la santé mentale, que même le diagnostic n'est pas toujours clair et qu'il est difficile de

Een andere goede praktijk is het initiatief van Chez Ailes. Dit contactcentrum voor dakloze vrouwen biedt een vorm van samenwoning aan. Diogenes is zelf betrokken bij verschillende projecten voor huizen voor samenwonen van dakloze mensen. Zij krijgen een minimale begeleiding maar beheren rechtstreeks de organisatie van het huis; zo kunnen zij ook hun statuut van alleenstaande behouden. Het project bij Chez Ailes is echter alleen gericht tot de vrouwen die in het algemeen bevreesd zijn om in een project te stappen waar er alleen mannen zouden zijn.

Het project RAPS bevordert de mobiliteit van de werknemers in bepaalde sectoren zoals die van de geestelijke gezondheid. Het wordt gefinancierd door het Observatiecentrum voor Gezondheid en Welzijn.

De spreker meent ook dat de toegang tot de zorgen op de eerste plaats een probleem van toegang tot rechten is, maar weet niet hoever de werkgroep waarover mevrouw Herscovici het gehad heeft staat. Zijn rechten terugvinden lijkt in ieder geval op een survivalparcours. In Brussel-Stad bijvoorbeeld moet men bij de eerste acht om 8 uur voor de antenne van het OCMW in de Hoogstraat staan (of anders opnieuw proberen 's anderendaags). Vervolgens moet men al zijn problemen uitleggen aan een onthaal waar iedereen mee kan luisteren, dan moet men naar een andere antenne gaan om een aanvraag in te dienen bij een maatschappelijk assistent en binnen de week moet men een aantal documenten kunnen voorleggen : identiteitskaart, bewijs van inschrijving bij de ziekenkas, uittreksels van de bankrekeningen, ... Men begrijpt dan ook dat in geval van gezondheidsproblemen de mensen onmiddellijk naar de spoed gaan.

De heer Laurent Van Hoorebeke legt in verband met het project *Hope in Stations* uit dat een sociaal referentiepersoon aangeworven is bij de NMBS in het kader van dit specifieke project en er nog altijd aan het werk is ook al is het project officieel afgesloten. De persoon heeft tamelijk veel aandacht voor de problemen die vandaag aan bod komen en er zijn onder andere onderhandelingen gevoerd met de Stad Brussel en de verenigingen.

De noodzaak van sanitaire installaties is overigens op het lijstje gezet van de problemen die in de openbare ruimten bestaan. Het gaat trouwens niet alleen om de daklozen. Heel wat toeristen verbazen er zich bijvoorbeeld over dat zij moeten betalen om naar het toilet te gaan.

In verband met het project aangehaald door mevrouw Herscovici vindt de spreker het interessant om met de OCMW's en de verenigingen samen te werken, aangezien beide een gemeenschappelijke doelgroep hebben en ernaar streven dat die mensen hun rechten terugwinnen. Het idee bestaat erin zo precies mogelijk informatie voor iedereen ter beschikking te stellen. De OCMW's moeten weten hoe de verenigingen werken en omgekeerd.

De heer Bert De Bock voegt eraan toe, in verband met de geestelijke gezondheid, dat zelfs de diagnose niet altijd

préciser que le comportement de quelqu'un est lié au stress subi chaque jour, à sa consommation, au manque de sommeil ou à des troubles psychiatriques. Souvent, la consommation masque certains symptômes. Globalement, parmi le public de Diogènes, un tiers des personnes rencontrées présentent des troubles psychiatriques importants et deux tiers des dépendances.

Diogènes rencontre peu de jeunes femmes et de femmes très âgées. Les statistiques présentent le profil d'une courbe de Gauss. La majorité d'entre elles ont entre 50 et 59 ans. Les femmes avec enfants sont assez rares sauf dans les familles roms, rencontrées à la gare du Nord ou dans un contexte de mendicité. Les chiffres de La Strada ne disent pas autre chose.

Les femmes sont plus représentées dans le secteur de l'accueil.

Diogènes compte des travailleurs de rue et est agréé pour exercer son activité sur l'ensemble du territoire de la Région de Bruxelles-Capitale. Il y a une attention particulière pour le pentagone et les communes alentours, essentiellement dans des lieux comptant de nombreux sans-abri (gares, stations de métro, ...).

Diogènes privilégie le lien avec les autres structures. Afin de favoriser les échanges, de nombreux travailleurs partagent leur temps entre Diogènes et d'autres associations : Kodiel (ferme pour sans abri), Pierre d'Angle (asile de nuit), Boysproject (service social pour hommes prostitués), maison d'accueil des Petits Riens, de Schutting (service d'accompagnement à l'habitat), Albatros (maison d'accueil), ... Cela montre aussi l'ancrage de Diogènes dans le secteur sans-abri.

### **3.a. Exposé de Mme Gert Van Ransbeek, directrice générale du Département de l'Action Sociale du CPAS de Bruxelles (réunion du 21 mai 2012)**

Mme Gert Van Ransbeek a tenu devant les commissaires le discours suivant :

« Le CPAS travaille depuis de nombreuses années sur l'émancipation et l'égalité mais se pose peu la question du genre.

Dans les années nonante, les CPAS ont commencé à créer des projets d'insertion socioprofessionnelle. Un screening du public avait à l'époque été réalisé dont il ressortait que les femmes étaient les personnes les plus défavorisées et les plus éloignées du marché de l'emploi.

Le CPAS de Bruxelles-Ville a alors élaboré en son sein son propre projet d'insertion socioprofessionnelle, impli-

duidelijk is en dat het moeilijk te preciseren valt of het gedrag van iemand het gevolg is van de dagelijkse stress, zijn gebruik, slaaptekort of psychiatrische stoornissen. Vaak maskeert het gebruik bepaalde symptomen. Onder de doelgroep van Diogenes heeft een derde van de personen ernstige psychiatrische stoornissen en twee derde zijn verslaafd.

Bij Diogenes zijn er weinig jonge vrouwen en hoogbejaarde vrouwen. De statistieken vertonen een Gauss-curve. De meeste vrouwen zijn tussen 50 en 59 jaar oud. De vrouwen met kinderen zijn tamelijk zeldzaam behalve bij de Roma-gezinnen, die men aan het Noordstation of in de bedelarij vindt. De cijfers van La Strada zeggen hetzelfde.

De vrouwen zijn meer vertegenwoordigd in de sector van de opvang.

Diogenes telt straathoekwerkers en is erkend voor heel het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Bijzondere aandacht gaat naar de Vijfhoek en de gemeenten errond, vooral op de plaatsen met veel daklozen (stations, metrostations, ...).

Diogenes onderhoudt sterk de banden met de andere structuren. Om de uitwisselingen te verbeteren, verdelen veel maatschappelijk werkers hun tijd tussen Diogenes en andere verenigingen : Kodiel (boerderij voor daklozen), Pierre d'Angle (nachtaziel), Boysproject (sociale dienst voor mannelijke prostitueés), opvangtehuis van Spullenhulp, de Schutting (dienst begeleid wonen), Albatros (opvangtehuis), ... Zo ziet men dat Diogenes sterk aanwezig is in de sector van de daklozen.

### **3.a. Uiteenzetting van mevrouw Gert Van Ransbeek, algemeen directrice bij het Departement van de Sociale Dienst van het OCMW van Brussel (vergadering van 21 mei 2012)**

Mevrouw Gert Van Ransbeek heeft voor de commissieleden de volgende uiteenzetting gehouden :

« Het OCMW werkt al jaren aan de emancipatie en de gelijkheid maar houdt zich weinig bezig met de genderkwestie.

In de jaren negentig zijn de OCMW's begonnen met projecten voor socio-professionele inschakeling. Toen is een screening van de doelgroep uitgevoerd waaruit bleek dat de vrouwen de meest kwetsbare personen zijn en het verstand staan van de arbeidsmarkt.

Het OCMW van Brussel-Stad heeft dan intern een eigen socio-professioneel inschakelingsproject gestart, met een

quant une discrimination positive en faveur des femmes. Des projets de formation ont ainsi été spécifiquement orientés vers elles; des projets ont été établis de manière à insérer au mieux les femmes exclues du marché du travail. L'exercice est toutefois loin d'avoir atteint ses objectifs.

Il existe en outre très peu de littérature relative à la thématique « genre et pauvreté ». La fédération wallonne des CPAS considère que le pauvre est « une femme, chômeuse, âgée de 34 ans, mère seule avec deux enfants, un niveau scolaire bas, un niveau de santé et une espérance de vie faibles, vivant dans un logement de mauvaise qualité. A cela s'ajoutent des relations sociales faibles voire presque inexistantes ». L'exposé visera à vérifier si un même constat peut être dressé à Bruxelles.

Le nombre d'habitants à Bruxelles-Ville a progressivement diminué jusqu'en 2000. Depuis, on observe une nette augmentation de la population : 144.784 habitants en 2006, 148.873 en 2008, et 165.090 au 1<sup>er</sup> janvier 2011. Depuis dix ans, on observe une augmentation de la population dans toutes les catégories d'âges, à l'exception des personnes âgées de 65 à 79 ans. Aussi, à partir de 65 ans, la proportion de femmes devient plus importante que celle des hommes.

Les indicateurs de revenus sont souvent utilisés pour illustrer la pauvreté et la précarité. Les inégalités de revenus entre hommes et femmes sont toutefois liées à de nombreux facteurs. Bien que notre sécurité sociale soit égalitaire au niveau des droits, c'est à l'entrée dans la vie active que les inégalités apparaissent. Les différences de revenus entretiennent les inégalités.

A Bruxelles, la grande majorité du public aidé est constitué par la tranche d'âge des 25-45 ans aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Les femmes forment 51,2 % de l'ensemble du public aidé pour 48,8 % d'hommes. En matière de soins de santé, on retrouve 52 % de femmes pour 48 % d'hommes.

Au niveau fédéral, 57,2 % des bénéficiaires d'un revenu d'intégration sociale sont des femmes. La proportion d'hommes bénéficiaires d'un revenu d'intégration sociale a cependant tendance à augmenter.

Près de 40 % des femmes qui bénéficient d'un revenu d'intégration sociale ont au moins un enfant mineur à charge; cette proportion n'est que de un sur dix chez les hommes. Plus de la moitié des hommes qui bénéficient d'un revenu d'intégration sociale sont isolés.

Tant chez les femmes que chez les hommes, les personnes âgées de 20 à 24 ans constituent la principale catégorie de bénéficiaires d'un revenu d'intégration sociale. Chez les hommes, le nombre de bénéficiaires diminue à partir de 25 ans; cette diminution n'est pas observée chez les femmes. Jusqu'à l'âge de la retraite, un très grand nombre de femmes continuent à bénéficier d'un revenu d'intégration sociale.

positieve discriminatie van de vrouwen. Er zijn bijvoorbeeld specifieke opleidingsprogramma's voor hen opgesteld; er zijn projecten gestart om de vrouwen die uitgesloten zijn van de arbeidsmarkt opnieuw te integreren. De oefening heeft echter haar doelstellingen amper gehaald.

Bovendien bestaat er zeer weinig literatuur over de thematiek « gender en armoede ». De Waalse federatie van OCMW's meent dat de arme « vrouw, werkloos, 34 jaar oud, alleenstaande moeder met twee kinderen » is en verder heeft zij « een laag scholingsniveau, een slechte gezondheid en een lage levensverwachting en woont zij in een woning van slechte kwaliteit ». « Daarbij komen nog beperkte sociale relaties of zelfs geen sociale relaties ». De uiteenzetting zal nagaan of eenzelfde vaststelling in Brussel gedaan kan worden.

Het aantal inwoners in Brussel-Stad is geleidelijk verminderd tot in 2000. Sindsdien is er een duidelijke toename van de bevolking : 144.784 inwoners in 2006, 148.873 in 2008 en 165.090 op 1 januari 2011. Sinds tien jaar is er een toename van de bevolking in alle leeftijdscategorieën, met uitzondering van de personen van 65 tot 79 jaar. Vanaf 65 jaar wordt het aandeel van de vrouwen hoger dan dat van de mannen.

De inkomensindicatoren worden vaak gebruikt om de armoede en de bestaanszekerheid aan te tonen. De ongelijke inkomens tussen mannen en vrouwen zijn echter het gevolg van heel wat factoren. Hoewel onze sociale zekerheid voor iedereen dezelfde rechten garandeert, ontstaan de ongelijkheden bij het begin van het actieve leven. Het verschil in inkomen voedt de ongelijkheid.

In Brussel bestaat het grootste deel van de geholpen bevolking uit de leeftijdsgroep van 25 tot 45 jaar, zowel bij mannen als bij vrouwen. De vrouwen vormen 51,2 % van de geholpen groep tegenover 48,8 % mannen. Op het vlak van gezondheidszorg, heeft men 52 % vrouwen en 48 % mannen.

Op federaal vlak zijn 57,2 % van de begünstigden van een leefloon vrouw. Het aandeel van mannen die een leefloon krijgen neemt echter toe.

Bijna 40 % van de vrouwen die een leefloon krijgen hebben ten minste één minderjarig kind ten laste; dit aandeel is slechts één op tien bij de mannen. Meer dan de helft van de mannen met een leefloon zijn alleenstaand.

Zowel bij de vrouwen als bij de mannen zijn de mensen van 20 tot 24 jaar de belangrijkste categorie van begünstigde van een leefloon. Bij de mannen vermindert het aantal begünstigden vanaf 25 jaar; die vermindering wordt niet bij de vrouwen vastgesteld. Tot op de leeftijd van het pensioen, blijven zeer veel vrouwen een leefloon krijgen.

Les bénéficiaires d'un revenu d'intégration sociale ayant une famille à charge (des femmes en grande majorité – 80 %) marquent un pic qui correspond à l'âge auquel les gens s'occupent pour la plupart des enfants, à savoir entre 35 et 44 ans. Le nombre d'hommes isolés qui bénéficient d'un revenu d'intégration diminue à mesure que l'âge augmente alors qu'il augmente chez les femmes dès 35 ans et s'avère particulièrement important entre 55 à 64 ans. Les bénéficiaires qui cohabitent comptent également énormément de jeunes de moins de 25 ans. Chez les femmes, nous retrouvons ici aussi un pic relatif entre 50 et 64 ans. Les femmes sont un peu plus représentées dans la catégorie des cohabitants; les hommes sont majoritaires dans la catégorie des bénéficiaires du taux isolé.

Sur un total de 1599 chargés de famille, 1212 proviennent de familles monoparentales et sont des femmes pour la quasi totalité (96,7 %). Cette même proportion vaut également pour la Région dans son ensemble. Aussi, lorsque les enfants grandissent, la mère rencontrera des difficultés à se mettre sur le marché de l'emploi dues à son âge, au manque ou à la perte de qualifications.

La tendance évoquée ci-dessus se confirme pour les bénéficiaires des soins de santé.

Quant à la problématique des sans-abri, elle ne touche pas que les hommes. On dénombre 381 femmes, soit près d'une personne sur cinq de l'ensemble de ce public, et ce nombre augmente d'année en année. Les ménages sont de plus en plus nombreux. Les cas psychiatriques font de plus en plus leur apparition.

57 % des séjours en centre d'hébergement concernent des hommes et 43 % des femmes mais la capacité d'accueil pour les femmes est largement insuffisante. Près d'un quart des séjours concernent des familles avec enfants. Le nombre de familles monoparentales représente 84 % de celles-ci.

En matière d'intégration socioprofessionnelle, le public du département Emploi du CPAS de Bruxelles est composé d'hommes pour environ 60 % et de femmes pour environ 40 %. La tranche d'âge la plus représentée est celle de 25 à 45 ans, aussi bien chez les femmes que les hommes.

Parmi les personnes mises à l'emploi, la proportion des hommes est largement plus importante (65 % d'hommes pour 35 % de femmes). La tranche d'âge de 25 à 45 ans est la plus représentée (69 %), et est encore plus prépondérante parmi les femmes mises à l'emploi (74 %). Particulièrement pour les femmes, la réussite d'une formation n'est pas synonyme d'une mise à l'emploi.

52 % des personnes mises à l'emploi sont faiblement qualifiées. Cette proportion est légèrement plus importante parmi les hommes (54 %) que parmi les femmes (48 %). Près de 26 % des personnes mises à l'emploi sont en pos-

De begunstigden van een leefloon met een gezin ten laste (merendeels vrouwen – 80 %) pieken op een leeftijd waarop de mensen de zorg hebben voor kinderen, te weten tussen 35 en 44 jaar. Het aantal alleenstaande mannen met een leefloon vermindert met de leeftijd terwijl het aantal toeneemt bij de vrouwen vanaf 35 jaar en zeer hoog wordt tussen 55 en 64 jaar. De begunstigden die samenleven bestaan ook voor een zeer groot deel uit jongeren minder dan 25 jaar. Bij de vrouwen is er een relatieve piek tussen 50 en 64 jaar. De vrouwen zijn iets beter vertegenwoordigd in de categorie van samenwonende; de mannen zijn in de meerderheid in de categorie van de begunstigden die alleenstaande zijn.

Op een totaal van 1.599 personen met een gezin ten laste, zijn er 1212 eenoudergezinnen en het gaat bijna volledig om vrouwen (96,7 %). Eenzelfde verhouding wordt vastgesteld in het Gewest in zijn geheel. Wanneer de kinderen groter worden zal de moeder ook moeilijkheden ondervinden om werk te vinden als gevolg van haar leeftijd en het gebrek of het verlies van kwalificaties.

De hierboven beschreven tendens wordt bevestigd voor de begunstigden van gezondheidszorgen.

De problematiek van de daklozen gaat niet enkel over mannen. Er zijn 381 vrouwen geteld, met andere woorden één persoon op vijf voor het geheel van die doelgroep. Het aantal neemt jaarlijks toe. De gezinnen worden ook talrijker. Psychiatrische gevallen duiken ook steeds meer op.

57 % van de verblijven in opvangcentra bestaat uit mannen en 43 % uit vrouwen maar de opvangcapaciteit voor de vrouwen is ruim onvoldoende. Bijna een vierde van de verblijven wordt gevormd door gezinnen met kinderen. Het aantal eenoudergezinnen vertegenwoordigt 84 % ervan.

Inzake socio-professionele integratie bestaat de doelgroep van het departement Werkgelegenheid van het OCMW van Brussel voor ongeveer 60 % en voor ongeveer 40 % uit vrouwen. De meest vertegenwoordigde leeftijds-groep is die van 25 tot 45 jaar, zowel bij mannen als bij vrouwen.

De personen die tewerkgesteld worden bestaan voor een meerderheid uit mannen (65 % tegen 35 % vrouwen). De leeftijdsgroep van 25 tot 45 jaar wordt het meest vertegenwoordigd (69 %) en is nog groter bij de vrouwen die tewerkgesteld worden (74 %). Vooral bij de vrouwen kan men zeggen dat het succes van een opleiding niet synoniem is voor het vinden van werk.

52 % van de mensen die tewerkgesteld worden zijn laaggeschoold. Dit aandeel is iets hoger bij de mannen (54 %) dan bij de vrouwen (48 %). Bijna 26 % van de mensen die tewerkgesteld worden hebben een diploma van hoger

session d'un diplôme du secondaire supérieur. Ici, la proportion des femmes est légèrement plus importante chez les femmes (32 %) que chez les hommes (23 %). Seules 10 % des personnes mises à l'emploi ont obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur ou universitaire (proportion hommes/femmes équilibrée).

La tranche d'âge la plus représentée au département Formation est celle des 25-45 ans (62 % du public). Les femmes sont majoritairement représentées (55 %). 97 % des familles monoparentales sont dirigées par des femmes, souvent faiblement qualifiées. Les femmes s'adressent généralement au département Formation lorsqu'elles ont vécu une séparation. Le faible niveau d'éducation des femmes et leur absence d'activité professionnelle nécessitent un accompagnement quasi obligatoire et préalable à leur mise à l'emploi (alphabétisation et préformation en vue d'une formation qualifiante). Hormis l'opportunité de travailler comme agent d'entretien (ce qui ne nécessite aucun pré-requis en matière de compétences si ce n'est la connaissance de la langue), il nous semble qu'il y a plus d'offres de travail pour des hommes infra-qualifiés alors que les femmes doivent augmenter leurs compétences pour pouvoir accéder à un emploi (agent administratif, agent logistique, nursing ou autre).

En fonction des tranches d'âge, le besoin en formation est très différent. De 18 à 24 ans, le type de formation suivi est la formation qualifiante (42,86 %). Viennent ensuite le français langue étrangère et l'alphabétisation, puis le néerlandais et enfin la préformation. Pour les personnes âgées de 25 à 45 ans et de 46 à 65 ans le besoin premier en formation est l'alphabétisation. Les besoins en langue vont croissant avec l'âge : 51,43 % du public jeune, 70,33 % du public âgé de 25 à 45 ans, 83,05 % du public de plus de 45 ans. L'hypothèse soutenue est que la tranche des 18 à 45 ans est à la recherche d'une formation qualifiante dans une perspective de trajectoire professionnelle alors que les plus de 45 ans sont dans une perspective d'intégration sociale générique mais pas forcément dans un cadre professionnel.

## Conclusions

La typologie du « pauvre », par rapport au genre, se vérifie sur le territoire de Bruxelles-Ville et plus particulièrement au sein de son CPAS.

Parmi les facteurs aggravant le risque de pauvreté et d'exclusion, nous relevons entre autres le faible niveau d'éducation, le manque de formation, l'inactivité professionnelle et la situation de famille monoparentale.

La catégorie d'âge la plus touchée est celle de 25-45 ans. Les femmes sont en outre les plus nombreuses à être faiblement qualifiées et à suivre des formations en ce principalement l'alphabétisation, tandis que leurs taux d'accompagnement à la recherche d'emploi et de mise à l'emploi sont les plus faibles.

secundair. Hier is het aandeel van de vrouwen iets hoger (32 %) dan bij de mannen (23 %). Slechts 10 % van de personen die tewerkgesteld worden hebben een diploma hoger of universitair onderwijs (evenwichtige verhouding tussen mannen en vrouwen).

De meest vertegenwoordigde leeftijdsgroep op het département Opleiding is die van 25 tot 45 jaar (62 % van de doelgroep). De vrouwen zijn in de meerderheid (55 %). 97 % van de eenoudergezinnen bestaan uit vrouwen die vaak laaggeschoold zijn. Die vrouwen richten zich meestal tot het département Opleiding wanneer zij gescheiden zijn. Het lage niveau van opleiding van de vrouwen en hun gebrek aan professionele activiteiten vereisen een bijna verplichte begeleiding voorafgaand aan hun tewerkstelling (alfabetisering en voorafgaande opleiding met het oog op een scholing). Met uitzondering van een functie bij onderhoudspersoneel (wat geen enkele voorafgaande vereiste vereist op het vlak van kwalificaties met uitzondering van de kennis van de taal), hebben wij de indruk dat er meer jobaanbiedingen zijn voor laaggeschoolde mannen terwijl de vrouwen hun kennis moeten uitbreiden om werk te vinden (administratie, logistiek, nursing of andere).

Naargelang de leeftijdsgroepen is de behoefte aan opleiding zeer verschillend. Van 18 tot 24 jaar wordt een scholing gevolgd (42,86 %). Vervolgens komt het Frans vreemde taal en de alfabetisering, vervolgens het Nederlands en tot slot de voorafgaande opleiding. Voor de personen tussen 25 tot 45 jaar en van 46 tot 65 jaar is de eerste behoefte de alfabetisering. De nood aan talenkennis stijgt met de leeftijd 51,43 % van het jonge publiek, 70,33 % van het oudere publiek van 25 tot 45 jaar, 83,05 % van het publiek van meer dan 45 jaar. De verklaring kan zijn dat de leeftijdsgroep van 18 tot 45 jaar op zoek is naar een scholing met het oog op de uitoefening van een beroep terwijl de personen ouder dan 45 jaar op zoek zijn naar algemene sociale integratie, maar niet noodzakelijk binnen het kader van een beroep.

## Conclusies

De typologie van « arme », in verhouding tot het gender, wordt ook vastgesteld op het grondgebied van Brussel-Stad en meer in het bijzonder binnen het OCMW.

Onder de factoren die het risico van armoede en uitsluiting versterken, wijzen wij onder andere op de beperkte opleiding, het gebrek aan opleiding, het gebrek aan werk en de situatie van het eenoudergezin.

De meest getroffen leeftijdsgroep is die van 25 tot 45 jaar. Er zijn bovendien meer vrouwen die laaggeschoold zijn en die opleidingen volgen, vooral op het vlak van alfabetisering, terwijl zij het minst begeleid worden bij het zoeken naar werk.

Le problème de la garde des enfants, qui touche principalement les femmes, constitue un frein important tant pour l'entrée en formation que pour la mise à l'emploi. La priorité est donnée à l'insertion professionnelle de l'homme au détriment de la femme.

L'absence de réseau social, le manque de places en crèche et les horaires des écoles, souvent éloignées du domicile et du lieu de travail, entravent largement le parcours d'insertion des femmes. ».

### **3.b. Exposé de Mme Anne Defossez, directrice du Centre d'Appui aux services de Médiation de Dettes de la Région de Bruxelles-Capitale**

Mme Anne Defossez a tenu devant les commissaires l'exposé suivant :

« Le Centre d'Appui aux services de Médiation de Dettes est la coupole des services de médiation de dettes à Bruxelles. Il est subventionné par la Commission communautaire commune (COCOM) et la Commission communautaire française (COCOF) pour soutenir l'activité des services et de leurs travailleurs.

Le Centre d'Appui est ainsi chargé des formations prévues notamment par les décrets. Il met également au point des outils, organise des rencontres avec des acteurs du surendettement, publie un bulletin d'information et développe des actions de prévention telles que projets pilotes, ateliers de « consomm'acteurs », groupes de parole, soutien aux professionnels qui démarrent des activités de prévention au surendettement (formation, accompagnement, information).

Les données relatives au surendettement ne sont hélas pas très étendues. Il y a la Centrale des crédits aux particuliers de la Banque nationale de Belgique dont les chiffres sont disponibles sur Internet. Il y a aussi les données régionales, celles de l'Observatoire wallon du Crédit et de l'Endettement qui publie un rapport statistique annuel sur les données des services de médiation de dettes (profil socio-économique du surendettement). De telles données existent également en Flandre mais elles sont moins détaillées notamment en termes de genre. De telles statistiques n'existent par contre pas à Bruxelles : le Centre d'Appui s'était livré à une première analyse en 2006, mais les chiffres n'ont pas été mis à jour.

D'autres sources existent. Entre autres :

- l'enquête européenne SILC 2008 menée sur les dépenses et les ressources des ménages à partir d'un questionnaire;

Het probleem van de kinderopvang, dat vooral de vrouwen treft, vormt een belangrijke rem zowel voor het starten van een opleiding als voor het vinden van werk. Prioriteit wordt gegeven aan de professionele integratie van de man ten nadele van de vrouw.

Het gebrek aan een sociaal netwerk, het gebrek aan plaatsen in de crèches en de uren van de scholen die vaak ver verwijderd zijn van huis en van de arbeidsplaats, vormen een belangrijke hinderpaal voor de integratie van de vrouwen. ».

### **3.b. Uiteenzetting van mevrouw Anne Defossez, directrice bij het Steunpunt voor de Diensten Schuldbemiddeling van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest**

Mevrouw Anne Defossez heeft voor de commissieleden de volgende uiteenzetting gehouden :

« Het Steunpunt voor de Diensten Schuldbemiddeling is de koepel voor de diensten voor schuldbemiddeling in Brussel. Het wordt gesubsidieerd door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en door de Franse Gemeenschapscommissie om de activiteit van de diensten en de werknemers te steunen.

Het Steunpunt wordt aldus belast met de opleidingen die onder andere geregeld worden in decreten. Het Steunpunt werkt instrumenten uit, organiseert ontmoetingen met de actoren van de overmatige schuldenlast, publiceert een informatiebulletin en zorgt voor preventieacties zoals proef-projecten, workshops, praatgroepen, steun aan de professionals die starten met preventieactiviteiten op het vlak van overmatige schuldenlast (opleiding, begeleiding, informatie).

Er bestaan helaas niet veel cijfers over de bovenmatige schuldenlast. De cijfers van de Centrale voor Kredieten aan Particulieren van de Nationale Bank van België zijn beschikbaar op het Internet. Er bestaan ook gewestelijke gegevens, zoals die van het Observatoire wallon du Crédit et de l'Endettement, dat een jaarlijks statistisch verslag publiceert over de gegevens van de schuldbemiddelingsdiensten (socialeconomisch profiel van de mensen met bovenmatige schuldenlast). Dergelijke gegevens bestaan ook in Vlaanderen, maar ze zijn minder gedetailleerd wat met name het geslacht betreft. Dergelijke statistieken bestaan daarentegen niet in Brussel : het Steunpunt had een eerste analyse gemaakt in 2006, maar de cijfers werden niet bijgewerkt.

Er bestaan andere bronnen, onder meer :

- de Europese enquête SILC 2008 over de uitgaven en inkomsten van de gezinnen op basis van een vragenlijst;

- le *Working Paper 78*, étude commanditée en 2006 par le ministre de l’Economie pour la Banque nationale de Belgique afin de dresser un profil de la personne surendettée au niveau du crédit à la consommation.

Toute personne majeure est enregistrée dans la Centrale positive des crédits aux particuliers de la Banque nationale de Belgique à partir du moment où elle dispose d'un crédit à la consommation ou d'un crédit hypothécaire. Depuis cette année, sont également recensées les personnes autorisées à un découvert bancaire. La Centrale négative des crédits répertorie les personnes en défaut de paiement dans le cadre de ces crédits.

Les chiffres ci-dessous ne donnent toutefois qu'un aperçu tronqué puisqu'il s'agit de données fédérales complètes et contrôlées mais qui ne concernent qu'un aspect du surendettement (lié au crédit à la consommation).

A l'heure actuelle, 71 % de la population majeure est inscrite dans la Centrale. Ce niveau d'endettement est très bas par rapport à la moyenne de l'Union européenne. Il a toutefois augmenté (seule une personne majeure sur deux y était reprise fin 2010) puisqu'on y recense dorénavant les personnes autorisées à un découvert bancaire. La Centrale négative concerne moins de 4 % de la population majeure, niveau également peu élevé en Europe.

Les pays européens dont l'encours moyen de crédit à la consommation est le plus bas sont les derniers à être entrés dans l'Union européenne, puisque ce type de crédit y est extrêmement peu répandu. Les pays de la vieille Europe se situent par contre tous au-dessus du niveau de la Belgique, avec, au sommet, l'Irlande et le Royaume-Uni, dont les pratiques sont proches de celles des Etats-Unis. Des constatations similaires peuvent être tirées pour le crédit hypothécaire.

En dépit d'un faible niveau de surendettement, certaines tendances demeurent inquiétantes. Le nombre d'emprunteurs en défaut de paiement augmente depuis 2008 tant au niveau du crédit à la consommation qu'au niveau du crédit hypothécaire, ce qui résulte directement de la crise économique.

Depuis 2003 et particulièrement depuis 2008, on relève également une augmentation continue des règlements collectifs de dettes, dont la requête est introduite auprès du tribunal du travail.

Par ailleurs, les données de la Centrale permettent de constater que près de 40 % des personnes qui introduisent une requête en règlement collectif de dettes n'ont aucune dette de crédit, ce qui est révélateur d'un endettement lié à une certaine pauvreté. On est en tous cas bien éloigné du

- de *Working Paper 78*, een studie waartoe de minister bevoegd voor Economie in 2006 opdracht heeft gegeven aan de Nationale Bank van België om een profiel op te maken van de personen met bovenmatige schuldenlast op het vlak van het consumptiekrediet.

Alle volwassenen worden geregistreerd in de positieve Centrale voor Kredieten aan Particulieren van de Nationale Bank van België, zodra ze een consumptie- of hypothecair krediet hebben verkregen. Vanaf dit jaar worden ook de personen die een debetstand op een bankrekening mogen hebben, geregistreerd. De negatieve Kredietcentrale registreert de wanbetalers in het kader van die kredieten.

De onderstaande cijfers geven evenwel een vertekend beeld, aangezien het gaat om volledige en gecontroleerde federale gegevens die slechts op één aspect van de bovenmatige schuldenlast betrekking hebben (in het kader van consumptiekrediet).

Op dit ogenblik is 71 % van de volwassenen geregistreerd in de Centrale. Het schuldniveau is zeer laag in vergelijking met het gemiddelde van de Europese Unie. Het is evenwel gestegen (slechts één volwassene op twee was eind 2010 geregistreerd), aangezien voortaan de personen die een debetstand op een bankrekening mogen hebben, ook geregistreerd worden. De negatieve Centrale heeft betrekking op minder dan 4 % van de volwassenen, wat eveneens een zeer laag peil is in vergelijking met de rest van Europa.

De Europese landen waarin het gemiddelde uitstaande consumptiekrediet het laagst is, zijn de laatste die zijn lid geworden van de Europese Unie, aangezien dit type krediet er zeer weinig verspreid is. De landen van het oude Europa bevinden zich echter allemaal boven het niveau van België met Ierland en het Verenigd Koninkrijk op kop, waar de praktijken vergelijkbaar zijn met die in de Verenigde Staten. Er kunnen soortgelijke vaststellingen worden gemaakt voor het hypothecair krediet.

Ondanks een laag niveau van de bovenmatige schuldenlast blijven bepaalde tendensen verontrustend. Het aantal leners die hun leningen niet terugbetalen stijgt sinds 2008, zowel wat het consumptie- als het hypothecair krediet betreft. Dat is een rechtstreeks gevolg van de economische crisis.

Sinds 2003 en vooral sinds 2008 stelt men eveneens een constante toename van het aantal collectieve schuldenregelingen vast, waarvan het verzoek wordt ingediend bij de Arbeidsrechtbank.

Voorts blijkt uit de gegevens van de Centrale dat bijna 40 % van de personen die een verzoek om collectieve schuldbemiddeling indienen geen enkele kredietsschuld hebben, wat op een link tussen schuld en armoede wijst. We hebben in ieder geval niet te maken met het stereotype van

stéréotype de la personne surendettée qui use et abuse du crédit à la consommation.

Si 8 % des emprunteurs sont bruxellois, 32 % sont wallons et 57 % sont flamands. Les défauts de paiements à Bruxelles et en Wallonie sont deux fois plus nombreux qu'en Flandre : 5 % de la population est en défaut de paiement à Bruxelles contre 2,4 % en Flandre.

Les données publiées chaque année par la Centrale ne sont pas genrées. Le *Working Paper 78* (2006) nous donne toutefois des indications.

Les emprunteurs se composent de 48 % de femmes et 52 % d'hommes. Les hommes empruntent des montants légèrement plus élevés et le risque de défaut de paiement est légèrement moins prononcé chez les femmes.

Les corrélations entre défaut de paiement et état civil sont par contre plus significatives. Il existe en particulier un lien très fort entre le risque de défaut de paiement et le statut de divorcé ou le taux de chômage de l'arrondissement.

Les chiffres de l'Observatoire wallon du Crédit et de l'Endettement et les chiffres bruxellois de 2006 montrent que les demandeurs de médiation de dettes sont composés à 47 % de femmes et à 53 % d'hommes. On se rend compte également compte que le genre est extrêmement marqué au niveau des familles monoparentales : 80 % (Wallonie) à 90 % (Région de Bruxelles-Capitale) des chefs de ce type de ménage suivis par les services de médiation de dette sont des femmes.

Autres chiffres :

- 65 % sont des personnes seules;
- 34 % sont des familles monoparentales;
- 76 % bénéficient de revenus de remplacement;
- 72 % des ménages bénéficient de revenus totaux inférieurs à 1400 euros et 50 % inférieurs à 1250 euros;
- les personnes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires sont surreprésentées.

En comparant d'une part le coût de la vie, de l'énergie et des loyers et d'autre part les revenus, on constate qu'une forte proportion de personnes sont en situation de surendettement structurel, lequel n'est pas lié à la surconsommation. En 2006, près de 40 % des personnes en médiation de dettes n'avaient pas de disponible (le simple fait de payer les charges empêchait de régler les dettes) et plus de la moitié vivaient sous le seuil de pauvreté. ».

de persoon die het consumptiekrediet gebruikt en misbruikt en in een schuldenpiraal verzeild geraakt.

8 % van de kredietnemers zijn Brusselaars, 32 % Walen en 70 % Vlamingen. Het aantal wanbetalingen in Brussel en Wallonië is twee keer groter dan in Vlaanderen : in Brussel is 5 % van de bevolking wanbetaler tegenover 2,4 % in Vlaanderen.

De gegevens die elk jaar gepubliceerd worden door de Centrale zijn niet opgesplitst volgens geslacht. De *Working Paper 78* (2006) verstrekt ons evenwel indicaties.

De kredietnemers bestaan voor 48 % uit vrouwen en voor 52 % uit mannen. De mannen lenen iets hogere bedragen en het risico op wanbetaling is iets minder uitgesproken bij de vrouwen.

De correlaties tussen wanbetaling en burgerlijke staat zijn daarentegen significanter. Er bestaat in het bijzonder een zeer sterke band tussen het risico op wanbetaling en het statuut van gescheidene of het werkloosheidcijfer van het arrondissement.

De cijfers van het Observatoire wallon du Crédit et de l'Endettement en de Brusselse cijfers van 2006 wijzen erop dat degenen die schuldbemiddeling aanvragen voor 47 % vrouwen en voor 53 % mannen zijn. Men stelt eveneens vast dat het geslacht een zeer significant gegeven is wat de eenoudergezinnen betreft : 80 % (Wallonië) tot 90 % (Brussels Hoofdstedelijk Gewest) van de gezinshoofden van dat type gezinnen die door de schuldbemiddelingsdiensten worden gevolgd, zijn vrouwen.

Andere cijfers :

- 65 % zijn alleenstaanden;
- 34 % zijn eenoudergezinnen;
- 76 % heeft een vervangingsinkomen;
- 72 % van de gezinnen heeft een totaalinkomen van minder dan 1400 euro en 50 % van minder dan 1250 euro;
- de personen zonder diploma secundair onderwijs zijn oververtegenwoordigd.

Als enerzijds de kosten van het levensonderhoud, de energie en de huur worden vergeleken met anderzijds de inkomsten, stelt men vast dat een groot aandeel van de personen kampt met een structurele bovenmatige schuldenlast die geen verband houdt met overconsumptie. In 2006 had bijna 40 % van de personen die in schuldbemiddeling zaten, geen beschikbaar geld (het loutere feit dat ze de kosten moeten betalen belette hen hun schulden aan te zuiveren) en meer dan de helft zat onder de armoedegrens. ».

### **3.c. Exposé de**

**M. Jacques Verstraeten, directeur,  
de M. Alain Caufriez, coordinateur du  
centre d'action sociale globale, et  
du Docteur Céline Ego, porte-parole de  
la maison médicale,  
de l'Entr'aide des Marolles**

M. Jacques Verstraeten a tenu devant les commissaires le discours suivant :

« L'Entr'aide des Marolles existe depuis quatre-vingts ans dans le bas des Marolles, à proximité de la jonction Nord-Midi. Elle développe quatre pôles d'activité :

- un centre d'action sociale globale, agréé par la COCOF;
- une maison médicale, également agréée par la COCOF;
- un service d'aide psychologique, dont on souhaiterait qu'il soit agréé par la COCOF;
- l'ONE, qui ne relève pas de l'Entr'aide mais dont on partage les locaux et avec qui nous collaborons beaucoup.

Notre mission est de favoriser la santé et le bien-être de la population par des approches curatives (aide administrative, santé, santé mentale) et en développant les ressources des personnes à travers des projets d'alphabétisation ou de promotion de la santé. ».

M. Alain Caufriez a tenu devant les commissaires le discours suivant :

« Avant tout nous souhaitons souligner que notre analyse est le résultat de nos diverses observations en lien avec la population qui fréquente notre ASBL, à savoir majoritairement des habitants du quartier des Marolles. 75 % des Marolliens sont célibataires, 50 % d'entre eux bénéficient d'un revenu de remplacement et plus d'un tiers vivent sous le seuil de pauvreté.

Pour ces personnes précarisées, le coût généré par le logement (location, énergie, communication, ...) représente plus de 60 % des revenus, laissant très peu de possibilités pour se nourrir, pour se vêtir et pour surtout se soigner.

Les femmes et les hommes sont loin d'être égaux face à la pauvreté. Il faut tout d'abord faire une distinction entre femmes vivant maritalement et femmes seules ou avec enfants.

### **3.c. Uiteenzetting van**

**de heer Jacques Verstraeten, directeur,  
van de heer Alain Caufriez, coördinator van  
het Centre d'action sociale globale, en  
van dokter Céline Ego, woordvoerder van  
het Gezondheidscentrum  
l'Entr'aide des Marolles**

De heer Jacques Verstraeten heeft voor de commissieleden de volgende uiteenzetting gehouden :

« De « Entr'aide des Marolles » bestaat sinds 80 jaar in de lage Marollen dicht bij de Noord-Zuidverbinding en is actief op vier gebieden :

- een centrum voor globaal maatschappelijk werk, erkend door de COCOF;
- een gezondheidscentrum, eveneens erkend door de COCOF;
- een dienst voor psychologische bijstand, waarvan men wenst dat hij wordt erkend door de COCOF;
- het ONE, dat niet van de Entr'aide afhangt, maar waarmee de lokalen worden gedeeld en in grote mate wordt samengewerkt.

Het is onze opdracht de gezondheid en het welzijn van de bevolking te bevorderen door een curatieve aanpak (administratieve bijstand, gezondheid, geestelijke gezondheid) en door de middelen van de burgers te ontwikkelen via projecten inzake alfabetisering en bevordering van de gezondheid. ».

De heer Alain Caufriez heeft voor de commissieleden de volgende uiteenzetting gehouden :

« In de eerste plaats wensen we te benadrukken dat onze analyse het resultaat is van onze diverse waarnemingen van de bevolking die een beroep doet op onze VZW, te weten hoofdzakelijk bewoners van de Marollenwijk. 75 % van de bewoners van die wijken is alleenstaand, 50 % heeft een vervangingsinkomen en meer dan een derde leeft onder de armoedegrens.

Voor die kansarmen slorpen de kosten van het wonen (huren, energie, communicatie, ...) meer dan 60 % van het inkomen op. Daardoor blijft er zeer weinig geld over om zich te voeden, te kleden en vooral zich te verzorgen.

De mannen en vrouwen zijn helemaal niet gelijk tegenover de armoede. Eerst moet er een onderscheid worden gemaakt tussen gehuwde vrouwen en vrouwen die alleen of met kinderen leven.

Les deux causes majeures qui précarisent plus les femmes mariées que les hommes sont l'exil et le confinement. L'exil parce que ces femmes ont quitté leur famille et leur pays d'origine et qu'elles sont bien souvent sous le joug de leur conjoint généralement plus âgé et/ou malade. Le confinement car ces épouses sont recluses chez elles et vouées aux tâches ménagères, à l'éducation des enfants et quelque fois aux soins du mari. Dans ces situations, ces femmes sont immobilisées et subissent la précarité sans aucune emprise sur elle : aucune possibilité de suivre des cours d'alphabétisation, d'entrer en lien avec leurs pairs, ...

Entre hommes seuls et femmes avec ou sans enfants, les rapports à la pauvreté sont complètement distincts, ils sont gérés différemment. Une femme n'éprouve aucune honte à venir solliciter de l'aide (au contraire, ce qui la « porte », ce sont ses enfants), elle reste digne. Par contre les hommes ont plus tendance à se débrouiller seul, par fierté. Ils trouvent plus facilement des petits boulots pour améliorer leur quotidien tandis que les femmes se tournent plus volontiers vers des réseaux d'achats moins chers. Elles ont beaucoup moins la possibilité de trouver de l'emploi vu qu'elles ne trouvent pas de solution de garde pour leurs enfants voire plus tard d'école maternelle.

Une autre distinction s'observe lors des achats. Les femmes auront plutôt tendance à privilégier le ménage tandis que les hommes sont plus versés dans des dépenses plus futiles.

De fortes disparités s'observent également chez les bénéficiaires d'un revenu de remplacement. Ces dernières jouissent bien souvent d'un taux ménage et les hommes d'un taux isolé. En outre, les femmes qui ont charge de famille bénéficient d'allocations familiales et d'une pension alimentaire.

Comme décrit plus haut, les postes qui grèvent le plus les budgets sont les mêmes mais les moyens sont différents.

On observe aussi que beaucoup d'associations développent des projets qui soutiennent les femmes et qu'il existe peu de projets soutenant les hommes isolés.

En outre, lorsqu'elles sont sans abri et/ou sans papier, les femmes sont très fragilisées et régulièrement victimes d'abus, d'agressions, de violence, de viol, ... ».

Le Docteur Céline Ego a tenu devant les commissaires le discours suivant :

« Nous soignons de nombreuses épouses qui ont été amenées du pays d'origine pour épouser un homme belge qui est (était) malade. Ces femmes déracinées et souvent isolées doivent alors assumer seules de nombreuses responsabilités du ménage alors qu'elles n'ont que peu de ressour-

De twee hoofdoorzaken die de gehuwde vrouwen in grotere mate achterstellen dan de mannen zijn ballingschap en isolement. Ballingschap omdat die vrouwen hun familie en hun land van herkomst achtergelaten hebben en vaak gebukt gaan onder het juk van een echtgenoot die doorgaans ouder en/of ziek is. Isolement omdat die echtgenotes hun woning amper verlaten en huishoudelijke taken moeten uitvoeren, de kinderen opvoeden en soms hun echtgenoot verzorgen. In die situaties hebben die vrouwen geen uitweg en leven ze in bestaanzekerheid zonder er iets aan te kunnen doen : geen enkele mogelijkheid om te leren schrijven en lezen, in contact te treden met hun lotgenoten, ...

Tussen alleenstaande mannen en vrouwen met of zonder kinderen is de verhoudingen tot armoede volledig verschillend en wordt er anders mee omgegaan. Een vrouw heeft geen schaamte om hulp te vragen (integendeel ze worden daartoe gedreven door hun kinderen) en ze behoudt haar waardigheid. Mannen hebben daarentegen de neiging om uit tros hun plan te trekken. Ze vinden gemakkelijker kleine werkjes om de eindjes aan elkaar te knopen, terwijl vrouwen zich gemakkelijker wenden tot minder dure aankoopnetwerken. Ze hebben veel minder kans om werk te vinden, aangezien ze geen opvang voor hun kinderen en later geen kleuterschool vinden.

Bij de aankopen wordt een ander verschil vastgesteld. Vrouwen hebben meer de neiging om aankopen voor het huishouden te doen, terwijl mannen meer geneigd zijn om nutteloze uitgaven te doen.

Er worden eveneens grote verschillen vastgesteld bij de leefloontrekkers. De vrouwen hebben vaak een vervangingsinkomen voor een gezin en de mannen voor een alleenstaande. Bovendien krijgen de vrouwen met gezinslast kindergeld en een alimentatievergoeding.

Zoals hierboven beschreven, zijn het dezelfde uitgavenposten die het meest op het budget wegen, maar de middelen verschillen.

Men stelt ook vast dat veel verenigingen projecten oppetten die vrouwen steunen en dat er weinig projecten voor alleenstaande mannen bestaan.

Wanneer vrouwen geen woning en/of geen papieren hebben, leven ze bovendien in grote bestaanzekerheid en zijn ze regelmatig het slachtoffer van misbruik, agressie, geweld, verkrachtingen, ... ».

Dokter Céline Ego heeft voor de commissieleden de volgende uiteenzetting gehouden :

« Wij verzorgen vele echtgenotes die uit hun land van oorsprong zijn gehaald om te trouwen met een Belgische man die ziek is (was). Deze vrouwen die uit hun vertrouwde leefomgeving zijn weggerukt en vaak alleenstaand zijn, moeten dan alleen opdraaien voor de talrijke gezinstaken,

ces (scolarité faible voir inexisteante, méconnaissance de la langue, méconnaissance du pays, faible réseau de connaissances/amies).

Elles sont victimes de violences psychologiques, d'humiliations, de dénigrement, de soumission; certaines nous confient qu'elles ont froid à la maison, que leur mari coupe le chauffage ou ne les laisse pas manger à leur faim ou se laver quand elles le désirent. A cela s'ajoute une violence économique; certaines ne gèrent pas le compte en banque (ni même parfois leur propre compte en banque) et m'expliquent devoir passer à la pharmacie demander le prix des médicaments (comme un devis) à présenter à leur conjoint qui décide de ce qu'il paie ou non. On relève également des cas de violences physiques. Beaucoup de ces femmes entrent alors dans une sorte d'état dépressif, de discours fataliste, ...

Les activités communautaires que nous menons au travers notamment du groupe bien-être, visent justement à aider ces femmes à sortir de l'isolement, à prendre du temps pour soi, à augmenter leur confiance en elles au travers d'activités choisies par elles (gymnastique, danse orientale, cuisine diététique, atelier « comprendre son corps », fitness, ...).

Elles sont nombreuses à nous avoir témoigné combien le passage dans le groupe bien-être leur avait permis de sortir de leur état. Plusieurs d'entre elles mènent les activités parfois même sans la présence d'un professionnel ou trouvent les ressources pour reprendre des études ou chercher du travail. La consigne est simple : on laisse les problèmes à la maison, ici on vient pour soi. Nous, médecins, psychologues, prenons cependant parfois des années pour convaincre les femmes les plus isolées que ces activités seraient vraiment bien utiles pour améliorer leur santé.

Au niveau de la connaissance de la langue, je constate en consultation que pour ce qui concerne les personnes installées en Belgique (dans la légalité), ce sont généralement les femmes qui ne connaissent pas la langue et n'ont pas été (longtemps) à l'école. La traduction se fait alors durant la consultation par un membre de la belle-famille ou par le mari, ceux-ci répondant le plus souvent aux questions du médecin sans la poser à la dame, (je dois lourdement insister à chaque question pour qu'elle soit reposée) et, pareillement, mes explications ne sont généralement pas transmises à la principale concernée (à qui on expliquera plus tard), ce qui accentue l'ignorance dans laquelle se trouve la femme qui ne comprend pas la langue du pays. Ceci n'est toutefois pas constaté dans toutes les cultures : une femme polonaise ou tibétaine par exemple bénéficie plus souvent d'une traduction complète de son accompagnateur qu'une femme de Mauritanie, d'Afrique du Nord, ou d'Inde. Un homme qui ne comprend pas la langue a, lui, généralement, un traducteur qui lui traduit tout.

L'ONE a pris l'option de travailler avec un traducteur professionnel plutôt que de faire appel aux ressources de la famille. Cela permet d'aller nettement plus loin dans l'échange et d'aborder les questions plus intimes.

terwijl ze slechts weinig middelen hebben (lage en zelfs geen scholing, geen kennis van de taal, geen kennis van het land, weinig kennissen/vrienden).

Zij zijn het slachtoffer van psychologisch geweld, vernederingen, kleinering, onderdrukking; sommigen vertellen ons dat zij het thuis koud hebben, dat hun man de verwarming uitzet of hen niet genoeg laat eten of hen verbiedt zich te wassen wanneer zij dat willen. Daarbij komt nog economisch geweld; sommigen beheren de bankrekening niet zelf (of zelfs hun eigen bankrekening niet) en zeggen mij dat zij naar de apotheek moeten gaan om de prijs van de geneesmiddelen te vragen (zoals voor een offerte) en dan beslist de man of hij die betaalt of niet. Er zijn ook gevallen van fysieke agressie. Veel vrouwen vervallen dan in een toestand van depressie, worden fatalistisch, ...

De gemeenschapsactiviteiten die wij bijvoorbeeld organiseren met de groep welzijn, strekken er net toe die vrouwen uit hun isolement te halen, hen te leren tijd te nemen voor zichzelf, hun zelfvertrouwen op te krikken via activiteiten die zij zelf kiezen (turnen, oosterse dans, gezonde keuken, workshop « het eigen lichaam begrijpen », fitness, ...).

Velen onder hen vertellen ons dat hun deelneming aan de groep welzijn hen geholpen heeft uit hun toestand te ontsnappen. Verscheidene vrouwen doen de activiteiten soms zonder de aanwezigheid van een begeleider of vinden de kracht om opnieuw studies te beginnen of werk te zoeken. De richtlijn is eenvoudig : de problemen blijven thuis, hier komt men voor zichzelf. Als arts, psycholoog, doen wij er soms jaren over om de meest geïsoleerde vrouwen ervan te overtuigen dat die activiteiten hen zouden helpen hun gezondheid te verbeteren.

Op het vlak van de talenkennis stel ik tijdens de raadplegingen vast dat onder de mensen die (wettelijk) in België gevestigd zijn het vooral de vrouwen zijn die de taal niet kennen en niet (lang) naar school geweest zijn. De vertaling wordt dan tijdens de raadpleging door een lid van de schoonfamilie of de man gedaan, die meestal op de vragen van de arts antwoorden zonder de vraag aan de vrouw zelf te stellen (ik moet er echt op aandringen dat de vraag ook aan haar gesteld wordt). Omgekeerd wordt mijn uitleg meestal niet vertaald voor de betrokkenen (aan wie men het later wel zal uitleggen), wat de onwetendheid van de vrouw die de taal niet kent nog vergroot. Dat is niet in alle culturen het geval : een Poolse vrouw of een Tibetaanse vrouw krijgt vaker een volledige vertaling van de begeleider dan een vrouw uit Mauretanië, Noord-Afrika of India. Een man die de taal niet kent, heeft meestal een vertaler mee die alles voor hem vertaalt.

Het ONE werkt met een professionele tolk in plaats van met mensen uit de familie. Zo gaat het gesprek vlotter en kunnen er meer intieme kwesties besproken worden.

Cela évolue dans le bon sens. Nous constatons cependant une nette différence entre les femmes :

- scolarisées et celles qui ne le sont pas;
- nées en Belgique et celles qui viennent du pays. Quand elles sont nées en Belgique, elles connaissent la langue, ont un réseau, comprennent le fonctionnement du pays, connaissent leurs droits, ... et ont donc nettement plus de ressources personnelles.

Je ne vous l'apprends pas, au niveau de la garde des enfants, ce sont les femmes qui, la plupart du temps, l'assument. C'est le cas des familles monoparentales, mais également de beaucoup de familles biparentales du quartier. Devoir assumer seule la garde des enfants enferme souvent la mère dans son foyer pendant de trop longues années.

Les femmes se rendent rarement seules en consultation. Elles viennent avec tous leurs enfants (en dehors des heures d'école) ou avec les plus petits d'entre eux (pendant les heures scolaires), cela même si leur mari est à la maison. Ceci a des conséquences sur la santé des mamans.

Une mère consulte toujours beaucoup trop tard. Malade ou pas, elle ne bénéficie généralement pas du soutien de son conjoint. Qu'elle ait la grippe avec 40° de fièvre, un lumbago, ou une grave entorse de la cheville, elle vient en consultation en portant son dernier-né, avec poussette et en tirant les deux plus grands. Les hommes de notre public précarisé, eux, consultent beaucoup plus tôt, la plupart n'ayant pas les charges domestiques, ni la charge quotidienne des enfants.

J'ai un exemple d'une maman seule de trois enfants (dont les plus petits de 18 et 4 mois) qui assume seule les courses (et les lessives), les monte au troisième étage d'un immeuble sans ascenseur accompagnée de ses deux petits bouts, n'osant abandonner ni les enfants ni les courses dans l'entrée de son immeuble. Elle a développé un lumbago mais elle n'a pas le choix et continue à assumer sans aide aucune ses responsabilités.

C'est aussi généralement les femmes les plus précarisées qui n'auront pas réussi à faire les démarches nécessaires pour que leur enfant ait une place à l'école près de chez eux.

Pour ce qui concerne les sans-abri, les places dans les lieux d'hébergement de nuit manquent cruellement. Les femmes ont un léger avantage puisqu'elles sont prioritaires en centre d'accueil. Les hommes peuvent y passer entre une nuit sur trois et une nuit sur quatre.

Les femmes en précarité extrême (SDF) vivent dans la rue sous la protection d'un homme qui exerce également une emprise sur leur compagne. Je connais une jeune SDF dont le compagnon et « ses amis » insistent pour qu'elle consomme de l'héroïne. Elle me dit – les rares fois où elle

Het evolueert in de goede richting. Wij zien wel een groot verschil tussen de vrouwen :

- geschoold of niet-geschoold;
- geboren in België of inwijkeling. Als zij in België geboren zijn, kennen zij de taal, hebben zij een netwerk, begrijpen zij de werking van het land, kennen zij hun rechten, ... en hebben zij dus duidelijk meer eigen mogelijkheden.

U weet dat vooral de vrouwen meestal instaan voor de opvang van de kinderen. Dat is het geval in eenoudergezinnen, maar ook in veel gezinnen met twee ouders in de wijk. Vrouwen die alleen de kinderen moeten oppassen, zitten voor al te lange jaren opgesloten in hun huis.

De vrouwen gaan zelden alleen naar de raadpleging. Zij komen met hun kinderen (buiten de schooluren) of met de kleinsten (tijdens de schooluren), ook al is hun man thuis. Dat heeft gevolgen voor de gezondheid van de moeders.

Een moeder wacht altijd te lang om naar de raadpleging te komen. Ziek of niet ziek, zij krijgt meestal geen steun van haar man. Ook al heeft zij griep met 40° koorts, een lumbago of een zware enkelverstuiking, toch komt zij naar de raadpleging met de jongste op de arm, met de buggy en met de twee oudere kinderen. De mannen uit onze achtergestelde doelgroep komen veel sneller naar de raadpleging, aangezien de meesten onder hen zich niet bezighouden met het huishouden of met de kinderen.

Ik ken een alleenstaande moeder met drie kinderen (de jongsten zijn 18 en 4 maanden oud) die alleen de boodschappen (en de was) moet doen, die naar de derde verdieping brengt zonder lift en met de jongsten op de arm. Zij durft noch haar boodschappen noch haar kinderen achterlaten in de ingang van het gebouw. Zij heeft een lumbago gekregen maar heeft geen keuze en blijft zonder enige hulp voortdoen.

Meestal zijn het ook de meest achtergestelde vrouwen die er niet in geslaagd zijn om de nodige stappen te zetten om voor hun kind een plaats te vinden in een nabijgelegen school.

Wat de daklozen betreft zijn er er veel te weinig plaatsen in de nachtopvang. De vrouwen hebben een klein voordeel aangezien zij voorrang krijgen in de opvangcentra. De mannen kunnen er een nacht op drie en een nacht op vier doorbrengen.

De vrouwen in de grootste bestaanszekerheid leven op straat onder de bescherming van een man die ook controle uitoefent op zijn gezellin. Ik ken een jonge dakloze wier gezel en zijn « vrienden » erop aandringen dat zij heroïne gebruikt. Zij zegt mij – de zeldzame keran dat zij alleen op

consulte seule – ne pas pouvoir se libérer de cette emprise car elle ne sait où aller et car il est son « protecteur ».

A la précarité extrême de vivre dans la rue, s'ajoute pour la femme la précarité de la soumission à un homme. Une de mes patientes en grande précarité, n'ayant pu se payer un appartement seule, vit en collocation avec trois hommes; elle est terrorisée à l'idée de se rendre aux toilettes dans la mesure où la porte ne ferme pas correctement.

Je terminerai par l'histoire de ce patient polonais sans abri et diabétique insulino-requérant, qui n'a pas la santé pour se trouver un petit job, et qui, lorsqu'il a faim, mange le moins coûteux : des morceaux de sucre. ».

### **3.d. Exposé de Mme Isabelle Bariseau, coordinatrice du Resto du Cœur de Saint-Gilles**

Mme Isabelle Bariseau a tenu devant les commissaires le discours suivant :

« Le Resto du Cœur de Saint-Gilles est ouvert toute l'année du lundi au vendredi.

Nous y proposons des petits-déjeuners le matin, des repas le midi et, pendant le chauffoir (lorsque la température est inférieure à 1°C), des potages et des sandwichs en soirée avant que les personnes retrouvent un hébergement temporaire.

Le Resto du Cœur de Saint-Gilles vise à lutter contre la pauvreté à travers l'aide alimentaire, l'aide sociale et l'aide aux projets. S'investir dans un projet permet effectivement de gagner en motivation et en estime de soi. Par l'action citoyenne et l'éducation permanente, à travers les sorties culturelles (article 27), le travail de notre potager, la remobilisation à l'autonomie, ... la personne est amenée à redevenir compétitive sur le marché de l'emploi.

On peut distinguer deux périodes : plan froid et hors plan froid. Hors plan froid, les hommes isolés, sous réquisitoire CPAS et en études de besoins<sup>(3)</sup>, qui viennent régulièrement aux repas sont au nombre de respectivement 237 et 210, soit un total de 447. Les femmes isolées sont pour ces mêmes catégories, 152 et 170, soit un total de 332. Pendant le plan froid (novembre à mars), viennent encore s'ajouter 101 hommes et 67 femmes.

(3) Les études de besoins, réalisées au Resto du Cœur par l'assistante sociale de secteur, sont destinées aux personnes sous la mutuelle, au chômage ou bénéficiant d'un bas salaire. Cette dernière catégorie est de plus en plus présente, du fait notamment du prix des loyers et du manque de logements sociaux. Ainsi des personnes bénéficiant de 1100 à 1300 euros par mois demandent les colis du Resto du Cœur parce qu'une fois les charges payées, il ne leur reste plus que 100 euros.

raadpleging komt – dat zij niet aan zijn controle kan ontsnappen omdat zij niet weet waar naartoe en omdat hij haar « beschermer » is.

Naast de extreme bestaanonzekerheid op straat, lijdt de vrouw ook nog onder de onderwerping aan de man. Een van mijn patiënten die geen appartement voor zich alleen kan betalen, huurt samen met drie mannen; alleen al het idee naar het toilet te gaan, schrikt haar af omdat de deur niet goed sluit.

Ik besluit met het verhaal van een dakloze Pools patiënt die suikerziekte heeft en insuline moet krijgen en te ziek is om te werken en die wanneer hij honger heeft zo goedkoop mogelijk eet : klontjes suiker. ».

### **3.d. Uiteenzetting van mevrouw Isabelle Bariseau, coördinator van het Resto du Cœur in Sint-Gillis**

Mevrouw Isabelle Bariseau heeft voor de commissieleden de volgende uiteenzetting gehouden :

« Het Resto du Cœur van Sint-Gillis is het ganse jaar open van maandag tot vrijdag.

Wij bieden er ontbijt aan, alsook middagmaal en wanneer de temperatuur onder 1°C zakt ook soep en broodjes 's avonds voordat de mensen naar hun tijdelijk onderdak gaan.

Het Resto du Cœur in Sint-Gillis bestrijdt de armoede via voedselhulp, sociale bijstand en steun aan projecten. Investeren in een project verhoogt de motivatie en de eigenwaarde. Via burgerinitiatieven en de permanente educatie, culturele uitstappen (artikel 27), het werk in de moestuin, het hervinden van autonomie, ... wordt de persoon geholpen om opnieuw een plaats te vinden op de arbeidsmarkt.

Er zijn twee periodes : koudeplan en geen koudeplan. Buiten het koudeplan bedraagt het aantal alleenstaande mannen, met OCMW-betalingenverbintenis en volgens behoeftenonderzoek<sup>(3)</sup>, dat regelmatig komt eten, respectievelijk 237 en 210, dat is een totaal van 447. Voor de alleenstaande vrouwen in dezelfde categorieën tellen wij 152 en 170 vrouwen, in totaal 332. Tijdens het koudeplan (november tot maart), komen er nog 101 mannen en 67 vrouwen bij.

(3) De behoeftenstudies die in het Resto du Coeur zijn uitgevoerd door de sociaal assistente van de wijk, zijn bestemd voor de personen die een uitkering van het ziekenfonds, een werkloosheidsvergoeding of een laag loon hebben. Deze laatste categorie is steeds meer aanwezig wegens de hoge huurprijzen en het gebrek aan sociale woningen. Mensen die 1100 tot 1300 euro per maand krijgen, vragen om de pakketten van het Resto du Coeur omdat ze slechts 100 euro overhouden, nadat ze hun kosten hebben betaald.

Cette surreprésentation masculine aux repas pourrait s'expliquer par le fait que les femmes en charge de famille avec des enfants de deux à huit ans trouvent plus le courage d'effectuer une démarche qu'elles n'auraient pas effectuée pour elles seules. Les enfants donnent envie d'aller de l'avant. Les hommes sont moins exigeants lorsqu'ils demandent un repas; les femmes sont davantage sensibles à l'équilibre alimentaire et demandent plus de colis.

Les repas du midi attirent néanmoins autant d'hommes que des femmes, souvent des retraités, qui prennent un tiers des repas au resto du Cœur. La proportion hommes-femmes parmi les chômeurs et les bénéficiaires de bas salaires qui s'adressent au Resto du Cœur est également assez équilibrée.

Durant le plan froid, on rencontre beaucoup de personnes sans abri en situation irrégulière. Elles ont souvent introduit une demande de régularisation et doivent être aidées. Pour cette catégorie, les repas sont offerts à 90 % d'hommes et 10 % de femmes. ».

### **3.e. Echange de vues**

M. Fouad Ahidar remercie les auteurs.

Le député s'interroge sur la manière d'enrayer les phénomènes décrits ci-avant. On nettoie actuellement avec un robinet ouvert; il faut travailler à la source.

En Flandre, un parcours d'intégration est destiné aux nouveaux arrivés sur le sol belge. Cette population concentre effectivement de nombreux problèmes de langue, d'alphabétisation, de connaissance de leurs droits et leurs devoirs. Ce parcours ne permettrait-il pas de venir à bout de certaines difficultés évoquées dans les exposés de ce jour ?

Le député évoque encore le cas de personnes en provenance du Maroc et que l'on marie avec des personnes souffrant de pathologies graves. Même si parfois elles se marient en connaissance de cause, la pression des familles doit être dénoncée. Par ailleurs, dans la mesure où, au terme de trois ans, la personne reçoit un titre de séjour définitif, elle reste avec son conjoint, quitte à recevoir des coups. Cela démontre la complexité des problèmes qui s'imbriquent l'un dans l'autre, de sorte que la solution est difficile à trouver. Les associations prennent-elles le temps de s'arrêter et d'y réfléchir ?

Quant à la dépression, elle a souvent été tue dans certaines communautés. En parle-t-on plus facilement aujourd'hui ?

Mme Anne Herscovici remercie les intervenants à la fois pour les données chiffrées et les exemples concrets.

Deze oververtegenwoordiging van de mannen voor de maaltijden kan verklaard worden door het feit dat de vrouwen met kinderen van twee tot acht jaar meer moed scheppen om iets te doen dat zij niet voor hen alleen gedaan zouden hebben. De kinderen motiveren om niet bij de pakken te blijven zitten. De mannen zijn minder veeleisend wanneer zij een maaltijd vragen; de vrouwen hebben meer aandacht voor een evenwichtige voeding en vragen eerder pakketten.

De middagmalen lokken echter evenveel mannen als vrouwen, vaak gepensioneerden die een derde van de maaltijden gebruiken in het Resto du Cœur. De verhouding mannen-vrouwen onder de werklozen en mensen met een laag inkomen dat naar het Resto du Cœur stapt, is redelijk evenwichtig.

Tijdens het koudeplan zijn er vaak daklozen in illegale situatie. Zij hebben vaak een regularisatieaanvraag ingediend en moeten geholpen worden. Voor die categorie is de verhouding 90 % mannen en 10 % vrouwen die een maaltijd vragen. ».

### **3.e. Gedachtewisseling**

De heer Fouad Ahidar bedankt de auteurs.

De volksvertegenwoordiger heeft vragen bij de manier waarop men de hierboven beschreven toestanden kan verhelpen. Nu is het dweilen met de kraan open; men moet de problemen bij de wortel aanpakken.

In Vlaanderen is er een inburgeringstraject voor de nieuwkomers op de Belgische bodem. Deze nieuwkomers ondervinden inderdaad veel problemen op het vlak van taal, alfabetisering en kennis van hun rechten en plichten. Zou het inburgeringstraject het niet mogelijk maken om bepaalde problemen die in de uiteenzettingen van vandaag werden aangehaald, op te lossen ?

De volksvertegenwoordiger haalt nog het geval aan van personen die van Marokko afkomstig zijn en uitgehuwelijkt worden aan zwaar zieke personen. Ook al trouwen ze soms met kennis van zaken, moet de druk van de families aangeklaagd worden. Na drie jaar krijgen ze een definitieve verblijfsvergunning, maar ze blijven bij hun echtgenoot en krijgen soms slaag. Dat toont de complexiteit van de met elkaar verweven problemen aan, zodat het moeilijk is om een oplossing te vinden. Nemen de verenigingen genoeg tijd om daarover na te denken ?

Depressie wordt vaak doodgezwegen in bepaalde gemeenschappen. Wordt er vandaag gemakkelijker over gesproken ?

Mevrouw Anne Herscovici dankt de sprekers voor hun cijfergegevens en de concrete voorbeelden.

Il ressort des exposés que l'accueil des primo-arrivants est une priorité. La députée est profondément convaincue qu'il est un devoir de systématiquement les aider et de privilégier l'insertion sociale et citoyenne avant même l'insertion professionnelle.

La députée se dit encore frappée par le discours moralisateur fréquent qui consiste à dire aux gens qu'il faut mieux gérer son budget. Les endettements sont structurels et il est impossible, sauf à un peu tricher, de ne pas être endetté. En d'autres termes, reprendre sa vie en main implique d'un peu chipoter avec les règles. Même si des fraudeurs structurels existent aussi dans le domaine social, cette chasse obsessionnelle à la fraude devient indécente.

Il est légitime que l'octroi d'allocations sociales implique des obligations mais il ne faut pas que les obligations soient à ce point contraignantes qu'elles écrasent les personnes au lieu de les aider.

Par ailleurs, on considère souvent que disposer d'une connexion internet à domicile est un luxe alors qu'il suffirait de se rendre dans un centre où la consultation d'Internet est gratuite. Savoir où se rendre, savoir aussi où se procurer des vêtements à bas prix, ... nécessite toutefois quelques ressources personnelles.

La députée se dit encore frappée par le fait que les femmes attendent la dernière minute pour se faire soigner à la fois parce qu'elles ne pensent pas à elles et parce que, lorsqu'elles se rendent chez un médecin, se pose le problème de la langue et de la garde des enfants. Il y a un chantier qui relève des politiques, lesquels ne font bien leur travail que parce que les associations les alimentent en informations et en sources d'indignation.

Mme Fatoumata Sidibe remercie également les intervenants et souligne l'importance d'une analyse genrée pour agir en la matière.

La députée relève qu'il y a plus d'emplois pour les hommes peu qualifiés que pour les femmes qualifiées et que les femmes plus qualifiées sont plus demandeuses de formation. Il faut donc réfléchir à la problématique des emplois proposés aux femmes.

Par ailleurs, 40 % font appel aux règlements collectifs de dettes alors qu'ils n'ont pas de crédit à la consommation. Cela témoigne de la prégnance de la pauvreté. Ce sont forcément le loyer et les soins de santé qui sont cause de ce déficit. Comment cela se passe-t-il au niveau du règlement des conflits ? Avec qui négocie-t-on les dettes ?

Ensuite, il faut tenir compte de la situation géographique des différents services. Si on avait choisi le CPAS ou le Resto du Cœur d'Auderghem, de Woluwe-Saint-Lambert ou de Woluwe-Saint-Pierre, les thématiques abordées auraient

Uit de uiteenzettingen blijkt dat de opvang van de nieuwkomers een prioriteit is. De volksvertegenwoordigster is er diep van overtuigd dat het een plicht is om ze systematisch te helpen en dat er eerst werk moet worden gemaakt van de sociale inschakeling en dan pas van de socioprofessionele inschakeling.

De volksvertegenwoordigster is ook nog verbijsterd door het moraliserende toontje waarop die mensen te horen krijgen dat ze hun budget beter moeten beheren. De schuldenlast is structureel en het is onmogelijk, tenzij men een beetje vals speelt, om geen schulden op te stapelen. Met andere woorden, zijn leven onder controle krijgen impliceert dat men losjes moet omspringen met de regels. Ook al bestaan er structurele fraudeurs op sociaal gebied, wordt die obsessionele jacht op de fraudeurs onfatsoenlijk.

De toekenning van sociale uitkeringen impliceert terecht plichten, maar die plichten mogen niet dermate dwingend worden dat ze de personen verder de dieperik induwen in plaats van hen te helpen.

Voorts is men vaak van oordeel dat een internetverbinding thuis een luxe is als men naar een lokaal zou kunnen gaan waar de internetaadpleging gratis is. Weten waar men moet zijn, weten waar men goedkoop kleren kan kopen kan echter pas als men over enkele persoonlijke middelen beschikt.

De volksvertegenwoordigster is tevens verbijsterd over het feit dat vrouwen tot op het laatste wachten om zich te laten verzorgen, omdat ze niet aan zichzelf denken en omdat ze, wanneer ze een arts raadplegen, geconfronteerd worden met het probleem van de taal en de kinderopvang. Er is dus nog werk voor de politici, die hun werk enkel goed doen omdat ze informatie krijgen van de verenigingen die hen op de hoogte brengen van mistoestanden.

Mevrouw Fatoumata Sidibe dankt eveneens de sprekers en benadrukt het belang van een naar geslacht opgesplitste analyse om te kunnen ingrijpen.

De volksvertegenwoordigster wijst erop dat er meer jobs zijn voor laaggeschoold mannen dan voor hooggeschoold vrouwen en dat hooggeschoold vrouwen in grotere mate opleidingen willen volgen. Men moet dus nadenken over de jobs die aan de vrouwen worden aangeboden.

Voorts doet 40 % een beroep op collectieve schuldenregeling, hoewel ze geen consumptiekrediet hebben. Dat getuigt van de impact van de armoede. Het zijn logischerwijze de huur en de gezondheidszorg die dit tekort veroorzaken. Hoe verloopt dat op het niveau van de conflictbemiddeling ? Met wie wordt over de schulden onderhandeld ?

Vervolgens moet men rekening houden met de geografische ligging van de diensten. Als men het OCMW of het Resto du Cœur van Oudergem, Sint-Lambrechts-Woluwe of Sint-Pieters-Woluwe had gekozen, zouden de aangekaarte

été différentes. Il est en tous cas évident que l'emploi ne constitue pas un rempart contre la pauvreté. Travailler sur l'emploi est important mais travailler sur un emploi décent l'est d'autant plus.

Enfin, comment expliquer le décalage hommes-femmes pendant le plan froid (les repas sont offerts à 90 % d'hommes et 10 % de femmes) ?

Mme Isabelle Bariseau précise que ces chiffres ne concernent que les personnes sans abri.

Mme Fatoumata Sidibe ajoute, à propos des femmes arrivées en Belgique par le biais du mariage, qu'il convient de rompre leur isolement, leur confinement. A côté de la recherche d'emploi, il faut privilégier l'insertion sociale. Un parcours d'encadrement citoyen les amènerait à avoir des ressources et des connaissances du milieu qu'elles intègrent.

Mme Danielle Caron explique avoir rencontré des citoyens fort endettés. Leur situation est souvent inextricable tant il est difficile de régler collectivement leurs problèmes.

Par ailleurs, ne pourrait-on pas optimaliser les différentes initiatives déjà prises et solidifier les réseaux ?

Mme Dominique Braeckman se dit encore frappée par le nombre de familles monoparentales. Il se peut qu'elles soient en réalité moins nombreuses mais le système de non-individualisation des droits est tel que de nombreux couples dissimulent une situation de manière à pouvoir bénéficier d'une maigre allocation. Cela fait partie des tricheries de survie.

*In fine*, cette non-individualisation des droits est coûteuse pour les plus démunis à la fois financièrement et symboliquement. Individualiser est un levier pour les politiques à travers lequel diminuer la pauvreté.

La députée demande encore comment expliquer l'importance, parmi les bénéficiaires d'un revenu d'intégration, des femmes de 50 à 64 ans.

\*  
\* \*

Mme Gert Van Ransbeek précise que l'insertion socio-professionnelle ne doit pas être une priorité absolue. Pourtant, plus bas on se trouve sur l'échelle, plus on est contrôlé et mis sous pression. De nombreuses femmes souhaitent pouvoir travailler mais on ne leur en laisse plus la possibilité. Il est pourtant grave d'exclure des femmes qui ont envie de suivre une formation ou d'accéder à un emploi digne et de qualité.

onderwerpen verschillen. Het is in ieder geval evident dat een job geen garantie tegen armoede is. Werkgelegenheid bevorderen is belangrijk, maar fatsoenlijke jobs zijn dat des te meer.

Hoe kan ten slotte het verschil tussen mannen en vrouwen tijdens het winterplan worden verklaard (de maaltijden worden aan 90 % mannen en 10 % vrouwen gegeven) ?

Mevrouw Isabelle Bariseau préciseert dat deze cijfers enkel betrekking hebben op de daklozen.

Mevrouw Fatoumata Sidibe voegt er in verband met de vrouwen die via een huwelijk in België aankomen, aan toe dat hun isolement en afzondering moet worden doorbroken. Naast het bevorderen van werkgelegenheid moet werk worden gemaakt van de sociale inschakeling. Een inburgeringstraject zou hen helpen om over middelen te beschikken en kennis te verwerven over de leefomgeving waarin ze terechtkomen.

Mevrouw Danielle Caron legt uit dat ze burgers met zeer grote schulden heeft ontmoet. Hun situatie is vaak uiterst ingewikkeld, omdat het zo moeilijk is om hun problemen collectief te regelen.

Waarom zouden de verschillende reeds genomen initiatieven niet geoptimaliseerd en de netwerken verder uitgebouwd kunnen worden ?

Mevrouw Dominique Braeckman is ontsteld door het aantal eenoudergezinnen. Het is mogelijk dat ze in de realiteit minder talrijk zijn, maar het systeem om de rechten niet te individualiseren leidt ertoe dat veel koppels hun situatie verbergen om een kleine uitkering te kunnen blijven krijgen. Dat zijn trucjes om te overleven.

*In fine* is de niet-individualisering van de rechten zowel financieel als symbolisch een dure zaak voor de armsten. Individualisering is een hefboom voor de beleidsmaatregelen die de armoede moeten terugdringen.

De volksvertegenwoordiger vraagt nog hoe het grote aantal vrouwen tussen 50 en 64 jaar bij de leefloontrekkers kan worden verklaard.

\*  
\* \*

Mevrouw Gert Van Ransbeek préciseert dat de socioprofessionele inschakeling geen absolute prioriteit mag zijn. Hoe lager men op de sociale ladder staat, hoe meer men evenwel gecontroleerd en onder druk gezet wordt. Vele vrouwen willen kunnen werken, maar ze krijgen daartoe niet meer de kans. Het is echter erg dat vrouwen die een opleiding willen volgen of een fatsoenlijke en kwaliteitsvolle job willen vinden, worden uitgesloten.

Sur la présence importante de femmes de 50 à 65 ans, l'interlocutrice avance deux éléments d'explication :

- beaucoup de femmes issues de l'immigration n'ont pas droit à une pension; elles sont donc dépendantes de l'aide sociale;
- les femmes vivent plus longtemps.

Mme Dominique Braeckman se demande si cette surreprésentation s'observe au-delà de 65 ans.

Mme Gert Van Ransbeek répond par l'affirmative.

M. Fouad Ahidar explique que beaucoup de gens issus de l'immigration ont fait venir leurs parents qui, au terme de deux ans, peuvent demander le bénéfice du revenu d'intégration. Le regroupement familial s'avère toutefois plus compliqué aujourd'hui.

Mme Isabelle Bariseau explique que le Resto du Cœur de Saint-Gilles développe depuis 2004 un projet de remobilisation à l'autonomie. Ce projet réunit justement différents points évoqués par les députés : insertion sociale plutôt qu'insertion socioprofessionnelle, alphabétisation, formation avant emploi, ... et vise à réapprendre, doucement et sans peur de l'échec, quelques gestes simples (se lever le matin, travailler quelques heures, ...) avant de bénéficier d'un emploi sous article 60.

Cela demande de l'énergie et du temps mais cela fonctionne, à tel point que le CPAS de Saint-Gilles a demandé à la table d'emploi de créer une aile où secteur de l'emploi et secteur social vont unir leurs efforts à ceux des associations qui veulent ouvrir leurs portes à ce travail pratique.

Sur l'accueil des primo-arrivants, l'intervenante explique aussi qu'elle a été confrontée à des problèmes de traduction et de traducteurs. Le Resto du Cœur de Saint-Gilles demande aux personnes engagées de pouvoir traduire de manière à pouvoir réagir à l'urgence (certaines personnes qui ne peuvent s'exprimer en français ou en néerlandais ne peuvent effectivement de ce fait bénéficier d'un hébergement d'urgence et finissent par dormir dans la rue). Une assistante sociale arabe a ainsi été engagée du fait que la plupart de la population concernée est arabophone.

Mme Renée Vanliefland, assistante sociale au centre d'action sociale globale de l'Entr'aide des Marolles, exerce depuis trente ans dans des quartiers tels que celui de la place Anneessens ou les Marolles. Elle dit se sentir de plus en plus démunie. Elle ne peut proposer que des solutions de bouts de ficelle et se voit souvent contrainte de renvoyer les demandes vers les CPAS qui, conformément aux critères d'octroi, ne peuvent finalement accorder aucune aide.

Voor het grote aantal vrouwen tussen 50 en 65 jaar die een leefloon ontvangen, schuift de spreekster twee verklaringen naar voren :

- veel vrouwen uit immigratie hebben geen recht op een uitkering; ze zijn dus afhankelijk van de sociale bijstand;
- vrouwen leven langer.

Mevrouw Dominique Braeckman vraagt of die oververtegenwoordiging ook wordt vastgesteld bij de leefloontrekkers ouder dan 65 jaar.

Mevrouw Gert Van Ransbeek antwoordt bevestigend.

De heer Fouad Ahidar legt uit dat veel mensen uit de immigratie hun ouders hebben laten overkomen en dat die na twee jaar een leefloon kunnen aanvragen. De gezinsherening is vandaag echter moeilijker geworden.

Mevrouw Isabelle Bariseau legt uit dat het Resto du Coeur van Sint-Gillis sinds 2004 werkt aan een project tot bevordering van de autonomie. Dit project werkt aan de verschillende punten die de volksvertegenwoordigers hebben aangehaald : sociale inschakeling in plaats van socioprofessionele inschakeling, alfabetisering, opleiding voor tewerkstelling, ... en strekt ertoe enkele eenvoudige handelingen ('s morgens opstaan, enkele uren werken, ...) opnieuw zonder forceren en zonder faalangst aan te leren alvorens ze in aanmerking komen van een betrekking « artikel 60 ».

Dat vraagt energie en tijd, maar het werkt zodat het OCMW van Sint-Gillis de werkinkel gevraagd heeft om een afdeling op te richten waar de sector tewerkstelling en de sociale sector hun inspanningen zullen bundelen met die van de verenigingen die hun deuren willen openen voor dit praktische werk.

Wat het onthaal van de nieuwkomers betreft, legt de spreekster ook uit dat ze geconfronteerd werd met problemen met vertaling en vertalers. De « Resto du Cœur » van Sint-Gillis vraagt aan de aangeworven personen te kunnen vertalen in dringende situaties (sommige personen die geen Nederlands of Frans spreken kunnen geen noodopvang krijgen en belanden dus op straat). Zo werd een Arabische sociaal assistente aangeworven omdat de meeste betrokkenen Arabisch spreken.

Mevrouw Renée Vanliefland, sociaal assistente bij het centrum voor sociale actie Entr'Aide des Marolles, werkt al dertig jaar in buurten zoals die van het Anneessensplein of de Marollen en zegt dat ze zich meer en meer machteloos voelt. Zij kan slechts gammele oplossingen voorstellen en is vaak verplicht om de aanvragen door te sturen naar de OCMW's, die uiteindelijk geen enkele hulp kunnen bieden, gelet op de toekenningscriteria.

L'interlocutrice estime également que la connaissance de la langue est importante mais les cours d'alphanumerisation manquent. De même, les gens doivent travailler mais les places en crèche sont rares. Les loyers sont quant à eux trop élevés.

Dans la pratique, beaucoup de femmes souffrent de dépression simplement parce que les besoins primaires ne sont pas rencontrés.

Mme Anne Defossez explique qu'un emploi de qualité implique un salaire suffisant pour pouvoir se loger. Les services de médiation de dettes sont surtout fréquentés par des Belges qui, pour 30 % d'entre eux, travaillent. Il existe également un problème de réinsertion socioprofessionnelle, des emplois précaires, des emplois insuffisamment rémunérés, de gigantesques pièges à l'emploi. Quand on fait le compte du budget, on est parfois mieux aidés par le CPAS avec toutes les aides supplémentaires que cela comporte, que par un emploi peu rémunéré.

Il faut travailler sur les bas salaires ou, pour parler de compétences régionales, sur d'autres leviers comme le logement.

Par ailleurs, on espérait, lorsqu'elle est entrée en vigueur, que la loi sur le règlement collectif de dettes réglerait le problème de la pauvreté dès lors que toutes les personnes en surendettement seraient renvoyées en procédure de règlement collectif de dettes. Il est certes possible d'obtenir une remise de dettes totale mais elle ne peut être obtenue qu'à condition d'être définitivement et totalement insolvable, soit dans l'imagerie des magistrats, très vieux et très malade.

Un couple jeune dont on sait qu'on n'obtiendra aucune amélioration dans les cinq ans, ne bénéficiera au mieux que d'une remise partielle; renvoyer de telles personnes vers cette procédure est en outre interprété comme un nouvel échec.

En définitive, le règlement collectif de dettes n'est pas une solution à la pauvreté réelle dès lors qu'on contracte des dettes constamment, en dehors de tout crédit à la consommation. La pauvreté doit se régler ailleurs.

M. Jacques Verstraeten ajoute, à propos de l'emploi, qu'il est un rempart contre la pauvreté. Outre l'aspect revenu, parfois insuffisant, il est aussi l'occasion de sortir de chez soi, de rencontrer d'autres personnes, de circuler dans la ville et de comprendre comment elle fonctionne, d'augmenter ses ressources, de vivre la mixité sociale, ... Lorsqu'une femme est isolée et que son conjoint l'empêche de sortir, la dépression guette. Sans être spécialement économique, la pauvreté s'installe.

Par ailleurs, le CPAS de Bruxelles-Ville propose des emplois sous article 60 dans des fonctions d'accueil ou d'entretien. Les personnes qui en bénéficient travaillent alors à temps plein. Or, lorsqu'on a la charge d'une famille, passer

De spreekster vindt het eveneens belangrijk de taal te kennen, maar er zijn te weinig alfabetiseringscursussen. De mensen moeten ook werken, maar er zijn te weinig plaatsen voor de opvang van de kinderen en de huurprijzen zijn te hoog.

In de praktijk hebben vele vrouwen een depressie, gewoon omdat niet voldaan is aan primaire behoeften.

Mevrouw Anne Defossez legt uit dat een degelijke job inhoudt dat hetloon voldoende is om zich te kunnen huisvesten. De diensten voor schuldbemiddeling worden vooral bezocht door Belgen en 30 % van hen werken. Uiteraard bestaat er een probleem op het vlak van sociaal-professionele inschakeling, precaire jobs met een te laag loon, gigantische werkloosheidsvallen. Soms is het uiteindelijk beter afhankelijk te blijven van het OCMW en allerlei extra steun te krijgen dan een slecht betaalde job te hebben.

Er moet iets gedaan worden aan de lage lonen of, op het vlak van gewestelijke bevoegdheden, aan andere hefbomen zoals huisvesting.

Bij de inwerkingtreding van de wet op de collectieve schuldenregeling bestond overigens de hoop dat het probleem van de armoede zou worden opgelost omdat alle personen met te hoge schulden zouden worden verwezen naar een procedure voor collectieve schuldenregeling. Het is zeker mogelijk een totale kwijtschelding van schulden te verkrijgen, maar enkel op voorwaarde definitief en geheel insolvent te zijn, wat in de ogen van de magistraten betekent : heel oud en heel ziek.

Een jong koppel waarbij duidelijk is dat er geen verbetering komt binnen vijf jaar verkrijgt ten hoogste een gedeeltelijke kwijtschelding; dergelijke personen doorverwijzen naar die procedure wordt bovendien geïnterpreteerd als een nieuwe mislukking.

Uiteindelijk vormt collectieve schuldenregeling geen oplossing voor werkelijke armoede aangezien men voortdurend schulden aangaat, buiten consumptiekredieten. De armoede moet elders worden opgelost.

De heer Jacques Verstraeten voegt daaraan toe dat te werkstelling een bescherming vormt tegen armoede. Naast het inkomen, dat soms onvoldoende is, vormt het ook de gelegenheid om buiten te komen, anderen te ontmoeten, de stad te verkennen en te begrijpen hoe ze werkt, meer middelen te krijgen, de sociale ver menging te beleven, ... Als een vrouw geïsoleerd is en haar echtgenoot haar belet om naar buiten te gaan, loert depressie om de hoek. Armoede komt tot stand, zonder specifiek economisch te zijn.

Het OCMW van Brussel Stad stelt overigens voltijdse jobs voor onder artikel 60 voor onthaal of onderhoud. Voor iemand met een gezin is het echter niet realistisch om over te stappen van nagenoeg exclusieve zorg voor de kinderen

d'un emploi du temps consacré quasi exclusivement aux enfants à un emploi à temps plein, n'est pas réaliste. Il faut souvent, en plus, trouver une crèche et répondre aux obligations administratives de tout parent. Il faudrait permettre à des gens de travailler à temps partiel, ce que la législation ne permet pas actuellement.

Mme Gert Van Ransbeek explique qu'il faut travailler un minimum d'heures et bénéficier d'un salaire minimum avant de pouvoir accéder au chômage.

M. Jacques Verstraeten en conclut que l'objectif n'est pas de se lancer dans une carrière mais d'avoir accès au chômage. C'est une absurdité de demander à des gens de se maintenir dans un emploi à temps plein alors qu'ils ont une charge de famille. C'est une mesure trop contraignante pour des personnes qui étaient sans emploi.

Mme Anne Herscovici précise qu'elle est convaincue que l'emploi est un élément d'émancipation central. On se sert néanmoins souvent de l'obligation de travailler pour supprimer une aide.

Les CPAS disposent-ils d'un état des lieux des cours d'alphabétisation disponibles ? On force les gens à suivre des cours mais les files d'attente sont longues. Il est en outre difficile d'entretenir leur motivation et de leur donner des perspectives dans de telles circonstances. Comment augmenter l'offre ?

Un état des lieux a-t-il été dressé à l'échelle de la Région sur les différents mécanismes relatifs aux emplois sous article 60 ? Des bénéficiaires sont mis à la disposition de certaines associations à titre gratuit par certains CPAS; dans d'autres CPAS, les associations doivent prendre en charge la différence entre le revenu d'intégration et le salaire. Il peut y avoir de la concurrence entre associations.

La députée se dit enfin convaincue que beaucoup de personnes qui revendentiquent un emploi sous article 60, en ce compris des femmes, ne tiennent pas le choc du rythme que cela implique. Des progrès sont à faire en la matière.

M. Fouad Ahidar se demande si les interlocuteurs s'arrêtent un moment et prennent le temps d'établir un ordre de priorité. Le député les encourage en tous cas à rappeler couramment leurs revendications.

Mme Gert Van Ransbeek pense qu'il faut faire des suggestions de type structurel.

L'interlocutrice dénonce en particulier l'étroitesse de l'offre des cours d'alphabétisation. Il faut en prévoir davantage et d'un niveau correct. Il ne s'agit pas simplement d'occuper les gens.

Il faut certes prévoir des traducteurs mais il est préférable, d'un point de vue structurel, que les gens acquièrent

naar een voltijdse baan. Vaak moet men ook opvang vinden voor de kinderen en voldoen aan de administratieve verplichtingen van elke ouder. Deeltijds werken zou mogelijk moeten zijn, maar de wetgeving maakt dat thans niet mogelijk.

Mevrouw Gert Van Ransbeek licht toe dat een minimum aantal werkuren en een minimumloon nodig zijn om toege laten te worden tot werkloosheid.

De heer Jacques Verstraeten leidt daaruit af dat het niet de bedoeling is om een loopbaan te starten, maar toegang te krijgen werkloosheid. Het is absurd mensen te vragen een voltijdse baan te blijven uitoefenen als zij een gezin hebben. Die maatregel is te strikt voor mensen die geen baan hadden.

Mevrouw Anne Herscovici preciseert dat zij ervan overtuigd is dat werk een centrale factor van emancipatie is, maar de verplichting om te werken wordt vaak gebruikt om bijstand af te schaffen.

Beschikken de OCMW's over een overzicht van de plaatsen waar alfabetiseringscursussen gegeven worden ? De mensen worden gedwongen cursussen te volgen, maar de wachttijden zijn vaak lang en in die omstandigheden is het bovendien moeilijk om hun motivatie en vooruitzichten te bieden. Hoe kan het aanbod verhoogd worden ?

Bestaat er een overzicht op het niveau van het Gewest inzake de verschillende systemen voor jobs onder artikel 60 ? Sommige begunstigden worden door de OCMW's gratis ter beschikking gesteld van sommige verenigingen; andere OCMW's laten de verenigingen het verschil betalen tussen het leefloon en het loon, wat kan leiden tot concurrentie tussen verenigingen.

Tot slot zegt de volksvertegenwoordiger dat zij ervan overtuigd is dat mensen die een artikel 60-baan willen, met inbegrip van vrouwen, de bruuske verandering van ritme die daaruit voortvloeit niet aankunnen. Ter zake moet vooruitgang worden geboekt.

De heer Fouad Ahidar vraagt zich af of de gesprekspartners een moment stoppen om prioriteiten te bepalen. De volksvertegenwoordiger moedigt hen alleszins aan om te herinneren aan hun eisen.

Mevrouw Gert Van Ransbeek denkt dat suggesties van structurele aard moeten worden gedaan.

De spreekster klaagt met name over het beperkte aanbod aan alfabetiseringscursussen. Er moeten er meer komen, en ze moeten een behoorlijk niveau hebben. Het is niet alleen de bedoeling mensen bezig te houden.

Vertalers zijn zeker nodig, maar structureel gesproken is het beter dat de mensen de taal leren. Sociaal-professionele

la langue. On ne peut pas parler de formation, d'insertion socioprofessionnelle, de recherche d'un logement, ... sans avoir des bases au niveau de la langue.

Il ne faut pas oublier non plus que l'article 60 est un processus d'insertion socioprofessionnelle. On ne peut attendre de son bénéficiaire qu'il soit dès le premier jour aussi fonctionnel que n'importe quel autre travailleur. Ceux qui travaillent avec des bénéficiaires de l'article 60 doivent être conscients qu'ils ont droit à l'échec. Le CPAS organise par ailleurs des formations pendant la durée du contrat. Il faut garder une très grande souplesse.

Mme Isabelle Bariseau ajoute que les associations permettent en général ce genre de processus.

Mme Gert Van Ransbeek reconnaît qu'il existe en la matière une concurrence entre CPAS. Il faut travailler sur ce problème.

M. Alain Caufriez insiste également sur le manque de places en alphabétisation alors qu'elle est primordiale pour rendre les gens autonomes.

L'Entr'aide des Marolles a elle-même ouvert des cours d'alphabétisation il y a trois ans. Sans aucune publicité, les cours affichaient complets endéans la semaine.

La difficulté réside surtout dans les moyens qui y sont alloués et dans leur gestion.

L'Entr'aide a fait appel au volontariat. Si recruter des volontaires ne pose aucun problème, les maintenir en place est plus difficile et il a donc fallu engager une conseillère pour maintenir un cap pédagogique.

Des moyens financiers doivent également être trouvés. Les cours doivent se donner dans un local spécialement adapté et les travailleurs de l'Entr'aide ont dû eux-mêmes vider une cave, la repeindre, la chauffer, ... Autant de freins au projet.

En dehors de l'alphabétisation, ces cours sont aussi l'occasion de rencontres. Ils doivent être multiculturels et mélanger les genres. Il faut en particulier assurer une certaine proportion d'hommes, plus difficiles à maintenir parce qu'ils travaillent.

Mme Isabelle Bariseau pense elle aussi qu'il manque de lieux dédiés à l'alphabétisation et que cela peut être une source de découragement.

Les gens qui ont suivi des cours pourraient être des relais et à leur tour dispenser des cours.

M. Alain Caufriez explique que c'est un peu la pédagogie mise en place au sein de l'Entr'aide.

inschakeling, opleiding, zoeken naar huisvesting ... is niet mogelijk zonder basiskennis van de taal.

Tevens mag niet vergeten worden dat artikel 60 een proces van sociaal-professionele inschakeling inhoudt en dat niet kan worden verwacht dat iemand die op die manier aan het werk gaat vanaf de eerste dag even functioneel is als gelijk welke andere werknemer. Men moet zich bewust zijn van het feit dat zij recht hebben op mislukking. Het OCMW organiseert trouwens opleidingen tijdens het contract, en men moet zeer soepel blijven.

Mevrouw Isabelle Bariseau voegt daaraan toe dat de verenigingen doorgaans dat soort proces mogelijk maken.

Mevrouw Gert Van Ransbeek geeft toe dat er concurrentie bestaat tussen de OCMW's en dat daaraan gewerkt moet worden.

De heer Alain Caufriez benadrukt eveneens het gebrek aan plaatsen voor alfabetisering, terwijl dat primordiaal is om de mensen autonoom te maken.

Entr'Aide des Marolles is drie jaar geleden zelf met alfabetiseringscursussen begonnen, die binnen de week vol zaten zonder enige publiciteit.

De middelen die ervoor toegekend worden en het beheer ervan vormen grote moeilijkheid.

Entr'Aide heeft een beroep gedaan op vrijwilligers. Het is helemaal niet een probleem om vrijwilligers aan te werven, maar veel moeilijker om ze te behouden, zodat het nodig was een adviseur aan te werven om een pedagogische lijn te handhaven.

Ook moeten financiële middelen gevonden worden. De cursussen moeten worden gegeven in een speciaal daar toe aangepaste ruimte, en de werknemers van Entr'Aide hebben zelf een kelder moeten leegmaken, herschilderen en verwarmen ... Allemaal remmen voor het project.

Naast alfabetisering vormen die cursussen ook een gelegenheid tot ontmoetingen tussen mannen en vrouwen van verschillende culturen. Met name moet worden gezorgd voor een klein deel mannen, wat moeilijker is omdat zij werken.

Mevrouw Isabelle Bariseau denkt ook dat het ontbreekt aan plaatsen voor alfabetisering, wat kan leiden tot ontmoeidiging.

De mensen die cursussen hebben gevolgd kunnen dienen als tussenpersoon en op hun beurt les geven.

Volgens de heer Alain Caufriez is dat een beetje de pedagogie die binnen Entr'Aide ingevoerd is.

**4.a. Exposé du  
Docteur Pierre Drielsma, représentant  
de la Fédération des maisons médicales  
(réunion du 4 juin 2012)**

Le Docteur Pierre Drielsma a tenu devant les commissaires le discours suivant :

« Les chiffres de la Fédération des maisons médicales diffèrent peu des données issues des rapports nationaux et internationaux sur les différences de genre.

Les maisons médicales sont des structures de soins de première ligne qui existent depuis quarante ans (la première a été créée en 1972). Elles sont surtout implantées dans les villes et les banlieues.

La population qui y est inscrite est plus jeune que la moyenne (les personnes âgées sont moins nombreuses que dans la population en général). Elle est socialement défavorisée, comportant une proportion importante de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), d'invalides et de comorbidites (les patients sont nombreux à souffrir de plusieurs maladies, ce qui n'est pas sans impact sur la difficulté à les soigner).

Les données de la Fédération des maisons médicales sont issues de sources diverses. Les plus complètes sont les données de routine recueillies lors des consultations et enregistrées par les médecins. Cette pratique n'est toutefois pas généralisée dans la mesure où les programmes ne sont pas toujours très faciles à utiliser. La Fédération des maisons médicales travaille toutefois avec la COCOF sur un tableau de bord de manière à optimiser le recueil des données.

Ces données, même anonymisées, ne peuvent être recueillies sans le consentement des patients. Certaines pathologies sont rares et dès lors qu'on a connaissance de la maladie dans un quartier relativement restreint, il devient facile d'identifier celui qui en souffre. C'est un frein à l'enregistrement mais les patients donnent généralement leur consentement.

On pourra probablement d'ici peu utiliser des fichiers complets. En l'absence de consentement, il faut utiliser des fichiers scindés, l'un reprenant les données administratives, l'autre les données médicales. Les données sociodémographiques et économiques sont dans un fichier et les données de morbidité et de mortalité sont dans un autre fichier.

Les données relatives à la mortalité brutes existent mais ne sont pas encore corrélées avec des pathologies. Un nouveau programme débute actuellement qui permettra aux équipes qui cela intéresse, d'enregistrer de telles données.

On a surtout les données des maisons médicales soignant au forfait puisque ce mode de paiement nécessite une ins-

**4.a. Uiteenzetting van  
Dokter Pierre Drielsma, vertegenwoordiger  
bij de « Fédération des maisons médicales »  
(vergadering van 4 juni 2012)**

Dokter Pierre Drielsma heeft de volgende uiteenzetting gehouden voor de commissieleden :

« De cijfers van de « Fédération des maisons médicales » verschillen licht van de gegevens uit nationale en internationale verslagen over de verschillen tussen de genders.

De medische centra zijn structuren voor eerstelijnszorg die al veertig jaar bestaan (het eerste werd in 1972 opgericht). Zij zijn vooral in de steden en de rand gevestigd.

De bevolking die er is ingeschreven is eerder jong (ouderen zijn minder talrijk dan bevolking in het algemeen), uit een lagere sociale klasse, met een hoog aantal rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming (RVV), invaliden en patiënten met verscheidene ziekten, wat het zeker niet makkelijker maakt hen te verzorgen).

De gegevens van de « Fédération des maisons médicales » komen uit diverse bronnen. De meest volledige zijn routinegegevens die verzameld zijn tijdens consultaties en opgetekend zijn door dokters. Die handelwijze is evenwel niet veralgemeend, aangezien de programma's niet altijd gebruiksvriendelijk zijn. De « Fédération des maisons médicales » werkt evenwel met de COCOF aan een boordtabel om verzameling gegevens te optimaliseren.

Die gegevens, zelfs als ze anoniem gemaakt zijn, kunnen enkel mits toestemming van de patiënten worden verzameld. Sommige ziekten zijn zeldzaam en als men weet dat de ziekte heerst in een redelijk beperkte wijk wordt het moeilijk te vinden wie eraan lijdt. Dat remt de registratie af, maar de patiënten geven doorgaans hun toestemming.

Wellicht kunnen we binnenkort gebruik maken van volledige bestanden. Bij gebrek aan toestemming moet gebruik gemaakt worden van opgedeelde bestanden, de ene met de administratieve gegevens, de andere met de medische gegevens. De sociaal-demografische en economische gegevens bevinden zich in een bestand, en de gegevens inzake sterfte in een ander bestand.

Er bestaan ruwe gegevens betreffende sterfte, maar er wordt nog geen verband gelegd met ziekten. Thans start een nieuw programma aan de hand waarvan teams die daarvoor interesse hebben dergelijke gegevens kunnen registreren.

Vooral de gegevens van de medische centra die verzorging bieden aan een vaste prijs bestaan, want daarvoor moet

cription du patient. Les données à l'acte sont actuellement encore de moins bonne qualité.

Globalement, le public des maisons médicales se compose pour 49 % d'hommes et 51 % de femmes, différence qui peut s'expliquer par la surmortalité masculine.

Il y a donc également plus de femmes âgées que d'hommes âgés qui fréquentent les maisons médicales; 25 % des patients disposent d'un diplôme de l'enseignement supérieur; 7,4 % des patients sont invalides (la moyenne belge est de 4,5 à 5 %); 37,3 à 41,1 % sont des BIM (la moyenne belge est de 5 %); les fumeurs enregistrés sont de l'ordre de 13,6 à 19,1 % mais la réalité doit se situer bien au-delà; un patient sur deux est en surpoids (la moyenne belge est nettement inférieure).

Au niveau des catégories sociales de l'INAMI, on constate plus d'assurés ordinaires (AO) chez les hommes (55,8 % des patients masculins) que chez les femmes (51 % des patients féminines). Il y a également un peu plus de BIM chez les femmes, souvent seules avec enfants ou veuves avec carrières incomplètes, 2 % de plus d'Omnio et 1,6 % de plus de VIPO 100.

A âge égal, les femmes se rendent plus souvent chez le médecin que les hommes (quasi un contact annuel de plus, sur quatre en moyenne). Cette observation est faite à l'échelle planétaire. Si cette différence n'apparaît pratiquement pas entre la naissance et 14 ans, elle se manifeste à la puberté et se réduit progressivement aux grands âges.

Pour le diabète, la différence hommes-femmes est quasi nulle; elle devient toutefois significative si on travaille sur des données ajustées en fonction de l'âge plutôt que sur des données brutes. Il apparaît également que le diabète est plus répandu parmi les patients des maisons médicales que dans la population belge. Soit les diabétiques y sont mieux encodés, soit leur nombre est supérieur. Il est probable que les deux facteurs s'additionnent. Le diabète est devenu un bon indicateur du suivi médical de tous les patients.

Une différence peut également s'observer en défaveur des femmes en matière d'hypertension, et ce d'autant plus lorsqu'on ajuste les données en fonction de l'âge. Les taux observés en maisons médicales sont à nouveau plus élevés que la moyenne belge et ce même si l'encodage n'est pas encore complet.

Par contre, à âge égal, les hommes meurent presque deux fois plus que les femmes. En particulier, la mortalité prématuée (avant l'âge de 65 ans) est deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Il ne faut toutefois pas en conclure que les femmes vivent mieux que les hommes.

de patient ingeschreven zijn. De gegevens per prestatie zijn thans nog altijd degelijk.

In het algemeen bestaat het publiek van de medische centra voor 49 % uit mannen en voor 51 % uit vrouwen; het verschil kan verklaard worden door de hogere sterfte van mannen.

Er zijn dus ook meer oude vrouwen dan oude mannen die naar de medische centra komen; 25 % van de patiënten hebben een diploma hoger onderwijs; 7,4 % van de patiënten zijn invalide (Belgisch gemiddelde bedraagt 4,5 à 5 %); 37,3 à 41,1 % hebben recht op een verhoogde tussenkomst (Belgisch gemiddelde is 5 %); 13,6 à 19,1 % zijn ingeschreven als rokers, maar het werkelijke aantal ligt hoger; één patiënt op twee is zwaarlijvig (het Belgisch gemiddelde is duidelijk lager).

Wat de sociale categorieën van het RIZIV betreft, stelt men vast dat er meer gewone verzekerden zijn bij de mannen (55,8 % van de mannelijke patiënten) dan bij de vrouwen (51 % van de vrouwelijke patiënten). Ook zijn er een beetje meer rechthebbenden op een verhoogde tussenkomst bij de vrouwen, die vaak alleen zijn met kinderen of weduwen met een onvolledige loopbaan, 2 % meer Omnio en 1,6 % meer VIPO 100.

Op dezelfde leeftijd begeven vrouwen zich vaker naar de dokter dan mannen (bijna 1 bezoek meer per jaar op een gemiddeld aantal van 4). Die opmerking geldt overal ter wereld. Het verschil komt bijna niet tot uiting tussen de geboorte en 14 jaar, maar wel bij de puberteit en het verkleint geleidelijk op hoge leeftijd.

Op het vlak van diabetes is er bijna geen verschil tussen mannen en vrouwen; het is evenwel groter als men werkt met gegevens die aangepast zijn aan de leeftijd, eerder dan met ruwe gegevens. Tevens blijkt dat diabetes meer voorkomt bij patiënten van medische centra dan in de Belgische bevolking. Ofwel worden diabetici beter gecodeerd, ofwel is hun aantal hoger, wellicht is het een combinatie van beide factoren. Diabetes is een goede indicator van de medische follow-up van alle patiënten.

Ook inzake hoge bloeddruk wordt een verschil vastgesteld ten nadele van de vrouwen, te meer omdat de gegevens aangepast worden volgens de leeftijd. In de medische centra ligt dat percentage nogmaals boven het Belgisch gemiddelde, hoewel de gegevens nog niet volledig gecodeerd zijn.

Op gelijke leeftijd sterven de mannen bijna tweemaal meer dan de vrouwen. Met name vroegtijdige sterfte (voor de leeftijd van 65 jaar) is tweemaal hoger bij mannen dan bij vrouwen, waaruit evenwel niet mag afgeleid worden dat vrouwen beter leven dan mannen.

On observe également une surmortalité masculine en bas âge. L'explication est génétique : les hommes n'ont qu'un seul chromosome X alors que les femmes en ont deux. Le chromosome Y n'offre quasi pas d'informations génétiques. Pour certaines caractéristiques génétiques, les hommes n'ont que ce gène-là. S'il est mauvais, l'homme est malade.

Des études démontrent que la mortalité est supérieure chez les hommes alors qu'ils se sentent en meilleure santé (ce qui explique sans doute aussi que les hommes consultent moins). La santé féminine est significativement plus faible que celle des hommes.

Il existe aujourd'hui un grand débat sur la mortalité cardiaque portant sur le fait de savoir s'il faut s'occuper de l'infarctus de la même façon chez les hommes et les femmes. Il existe un retard à l'apparition de la maladie cardiovasculaire chez les femmes qui bénéficient d'une protection hormonale jusqu'à la ménopause, chez qui les symptômes sont moins typiques et qui utilisent plus d'anxiolytiques, d'antidépresseurs et de narcotiques.

Il apparaît aussi que les stimulations électriques visant à traiter la maladie de Parkinson sont, en Europe et aux Etats-Unis, davantage utilisées chez les hommes. Ce n'est pas le cas en Asie.

En guise de conclusion, les différences de pathologies en matière de genre observées dans ma maison médicale :

La dépression et la sensation de dépression exprimées, le surpoids, l'anxiété et l'hypertension sont plus présents chez les femmes. On a un quasi équilibre pour le diabète. Les hommes sont par contre plus nombreux à fumer et donc aussi plus sujets aux bronchites chroniques; ils sont largement surreprésentés en termes d'alcoolisme et de toxicomanie. Il s'agit toutefois d'observations et pas de prévalence absolue; une femme parle moins facilement de ce problème à son médecin et son alcoolisme se fait souvent plus discret. ».

Tevens wordt vastgesteld dat mannen meer sterven op lage leeftijd, om genetische redenen. Mannen hebben slechts één X-chromosoom, terwijl vrouwen er twee hebben. Het Y-chromosoom geeft nagenoeg geen genetische informatie. Voor sommige genetische kenmerken hebben mannen slechts dat ene gen, waardoor ze ziek zijn als dat slecht is.

Uit onderzoek blijkt dat het sterftecijfer hoger is bij mannen, hoewel zij zich in betere gezondheid voelen (wat ongetwijfeld ook verklaart waarom mannen minder vaak een dokter raadplegen). De gezondheid van vrouwen is aanzienlijk zwakker dan die van mannen.

Thans wordt veel gedebatteerd over sterfte door hartkwalen, met name over de vraag of het infarct op dezelfde wijze moet beschouwd worden bij mannen en vrouwen. Cardiovasculaire ziekten komen later tot uiting bij vrouwen, die hormonale bescherming genieten tot bij de menopauze, minder typische symptomen vertonen en meer middelen tegen angst, depressie en narcotica gebruiken.

Tevens blijkt dat elektrische stimulatie ter behandeling van de ziekte van Parkinson in Europa en in de Verenigde Staten meer gebruikt wordt bij mannen. Dat is niet het geval in Azië.

Tot besluit kan gezegd worden dat volgende genderverschillen werden vastgesteld op het vlak van ziekten :

Verwoorde depressie en gevoel van depressie, overgewicht, angst en hoge bloeddruk zijn vaker aanwezig bij vrouwen, terwijl er zo goed als een evenwicht heerst inzake diabetes. Mannen roken vaker en lijden dus ook vaker aan chronische bronchitis; zij zijn ook oververtegenwoordigd bij alcohol- en druggebruik. Die opmerkingen gelden evenwel niet absoluut; een vrouw praat minder makkelijk over dat probleem aan haar dokter en vrouwen gebruiken alcohol vaker op meer discrete wijze. ».

#### **4.b. Exposé du Docteur Dominique Cerf, chef de clinique adjoint au service des urgences du CHU Saint-Pierre (réseau des hôpitaux Iris)**

Le Docteur Dominique Cerf a tenu devant les commissaires le discours suivant :

« On soigne forcément différemment les hommes et les femmes, tout comme on soigne différemment les blancs et les noirs, les grands et les petits. Tout être humain est par définition unique, il est un individu avec ses particularités et ses différences. Patient, maladie et traitement forment un triangle dont il faut tenir compte dans son ensemble.

#### **4.b. Uiteenzetting van Dokter Dominique Cerf, adjunct-hoofd van de dienst spoedgevallen van het UMC Sint-Pieter (Irisziekenhuizen)**

Dokter Dominique Cerf heeft volgende uiteenzetting gehouden voor de commissieleden :

« Mannen en vrouwen worden uiteraard op verschillende wijze verzorgd, net als blanken en zwarten, volwassenen en kinderen. Elk menselijk wezen is per definitie uniek, het is een individu met zijn kenmerken en verschillen. Patiënt, ziekte en behandeling vormen een driehoek die als geheel moet worden beschouwd.

Le service des urgences de Saint-Pierre constitue un milieu particulier. Ses 56.000 patients annuels (100 à 150 visites par jour, parfois 200) constituent une population tout à fait hétérogène en termes de genre, d'origines socioéconomiques (on trouve des gens des Marolles, d'autres qui relèvent de Fedasil, des membres de l'Union européenne, des touristes, ...), de langues, de cultures et de religions. Toutes ces différences font que chaque patient est unique. A nos yeux, la différence de genre n'est *a priori* certainement pas la plus importante. Elle joue un rôle certes, mais tout comme toutes les autres différences dont nous devons tenir compte.

Il existe toutefois des pathologies plus typiquement masculines et des pathologies plus typiquement féminines.

Les femmes se présentent plus au service des urgences pour des pathologies médicales. Les hommes viennent plus pour des pathologies traumatiques, notamment à la suite d'accidents de travail ou d'accidents sportifs. Les pathologies liées à l'alcoolisme sont elles aussi typiquement masculines. On constate également plus d'infarctus chez les hommes, mais on en rate peut-être plus chez les femmes.

Deux pathologies présentent encore une différence importante :

- les maladies sexuellement transmissibles qu'on voit infinité plus chez les hommes, peut-être parce que le CHU Saint-Pierre comporte un centre de référence pour le SIDA et qu'il a donc un recrutement plus élevé dans la communauté homosexuelle masculine, ou parce que chez les femmes, les infections sont plus discrètes et les orientent plus vers le gynécologue que vers le service des urgences;
- les suites des violences familiales, beaucoup plus présentes chez les femmes; des formations spécifiques ont été dispensées au personnel et le dépistage de ce type de violence est devenu quasi systématique; ces violences sont plus dissimulées chez les hommes et le personnel ne peut leur proposer aucun suivi.

L'attitude que le patient adopte vis-à-vis de sa maladie varie également en fonction du sexe. Les hommes, surtout les blessés, resteront plus stoïques; les femmes seront plus spectaculaires, plus expressives. Le personnel doit ainsi gérer des plaintes très bruyantes sans oublier que celui qui se fait plus discret peut également être gravement malade. Il faut tenir compte de cette différence d'expressivité dans la maladie.

Les patients et les accompagnants peuvent se comporter différemment selon que le médecin est un homme ou une femme. Le patient fera généralement preuve de plus de souplesse que l'accompagnant qui sera plus revendicatif et exigeant. Il arrive à des hommes qui accompagnent leur mère ou leur épouse de se montrer violents dans la parole, voire même dans le geste.

De dienst spoedgevallen bij Sint-Pieter vormt een bijzondere omgeving : 56.000 patiënten per jaar (100 à 150 bezoeken per dag, soms 200) van geheel heterogene aard op het vlak van gender, sociaal-economische afkomst (mensen uit de Marollen, andere die ressorteren onder Fedasil, mensen uit de Europese Unie, toeristen, ...), talen, culturen en godsdiensten. Al die verschillen maken elke patiënt uniek. Naar onze mening is het verschil in gender *a priori* zeker niet het belangrijkste. Het speelt zeker een rol, maar net als alle andere verschillen waarmee wij rekening moeten houden.

Er bestaan evenwel ziekten die typischer zijn voor mannen of voor vrouwen.

Vrouwen komen vaker naar de dienst spoedgevallen voor medische problemen, en mannen vaker voor traumatische problemen, met name na arbeids- of sportongevallen. Ziekten die te maken hebben met alcoholisme zijn ook typisch mannelijk. Tevens worden meer infarcten vastgesteld bij mannen, maar misschien worden er meer niet opgemerkt bij vrouwen.

Twee andere pathologieën vertonen een groot verschil :

- seksueel overdraagbare ziekten, die licht meer voorkomen bij mannen, misschien omdat het UMC Sint-Pieter een referentiecentrum voor AIDS omvat en dus meer patiënten heeft uit de mannelijke homoseksuele gemeenschap of omdat vrouwen minder zichtbare ontstekingen hebben en vaker naar een gynaecoloog gaan dan naar de dienst spoedgevallen;
- gevolgen van geweld binnen het gezin komen veel vaker voor bij vrouwen; het personeel heeft specifieke opleidingen gekregen en dit type geweld wordt nagenoeg systematisch opgespoord. Bij mannen wordt dat geweld meer verborgen en kan het personeel geen begeleiding voorstellen.

Ook de houding van de patiënt ten opzichte van zijn ziekte varieert op grond van het geslacht. Mannen, vooral degene die gewond zijn, blijven meer onbewogen, vrouwen maken meer ophef en uiten zich meer. Zo krijgt het personeel te maken met heel luidruchtige klachten, zonder te vergeten dat degene die discreter is soms ook ernstig ziek kan zijn. Met dit verschil in het uiten van de ziekte moet ook rekening worden gehouden.

De patiënten en de begeleiders gedragen zich mogelijk anders naargelang de dokter een man of een vrouw is. De patiënt is doorgaans soepeler dan de begeleider die meer eisen stelt. Soms worden mannen die hun vrouw of hun moeder begeleiden gewelddadig in woorden en zelfs in daden.

Le traitement de femmes d'origine étrangère peut s'avérer particulièrement problématique lorsque la traduction est assurée par le conjoint. A la barrière linguistique entre le soignant et le soigné se superpose alors le fait que le mari interprétera les dires de son épouse et ne laissera filtrer que certaines informations.

Si l'on évoque souvent le refus de certains patients d'être examinés par certains médecins, on doit à la vérité de dire que le phénomène demeure assez rare. En sept ans de services, je n'y ai été confrontée que deux fois : un patient qui a refusé que je l'examine, et une dame dont le mari ne voulait pas qu'elle soit examinée par un gynécologue homme.

L'équipe est toutefois très mixte tant au niveau du nursing qu'au niveau médical. Assez spontanément et dans la mesure du possible (le choix n'est pas le même en journée et la nuit), une patiente se plaignant de douleurs psychologiques ou abdominales sera dirigée vers un médecin femme.

Par ailleurs, dans l'imagerie populaire, l'infirmière est encore souvent une femme et le médecin est un homme.

Au niveau du travail médico-infirmier, les responsabilités sont fonction des compétences; on ne recrute pas des gens en fonction de leur sexe. Le service est composé comme suit : un chef de service (homme), deux chefs-adjoints (homme et femme), cinq résidents (trois hommes et deux femmes). Sauf en chirurgie, la profession se féminise : beaucoup plus de jeunes médecins en formation sont des femmes et on compte deux fois plus de femmes que d'hommes en médecine interne.

Au niveau du personnel infirmier, le service des urgences, la salle d'opération et les soins intensifs attirent assez bien les hommes. ».

#### **4.c. Exposé de Mme Martine Vanderkam, sage-femme de l'ASBL Aquarelle (réseau des hôpitaux Iris)**

Mme Martine Vanderkam a tenu devant les commissaires le discours suivant :

« L'ASBL Aquarelle est née il y a treize ans à l'initiative de médecins du service gynéco-obstétrique de l'hôpital Saint-Pierre.

De nombreuses femmes arrivaient pour accoucher sans suivi de grossesse. Il était donc difficile de les soigner notamment parce qu'on ne connaissait pas leur groupe sanguin. Il s'agissait surtout, à l'époque, d'une population originaire d'Europe de l'Est présente depuis peu en Belgique et qui, redoutant les frais qu'occasionne un suivi de

De behandeling van vrouwen van buitenlandse afkomst kan bijzonder problematisch blijken als de man zorgt voor de vertaling. Bij de taalbarrière tussen de verzorger en de verzorgde komt dan nog het feit dat de man de woorden van zijn vrouw interpreteert en slechts sommige informatie doorgeeft.

Er wordt vaak gesproken van het feit dat sommige patiënten weigeren om door bepaalde artsen onderzocht te worden, maar de waarheid gebiedt te zeggen dat zulks vrij zeldzaam is. In mijn zeven jaar dienst kreeg ik daar slechts twee keer mee te maken : een patiënt die door mij niet onderzocht wilde worden en een dame wier man niet wilde dat ze door een mannelijke gynaecoloog werd onderzocht.

Het team is evenwel zeer gemengd zowel wat de verpleegkundigen als wat de artsen betreft. Een patiënt die over psychologische of abdominale pijn klaagt, zal vrij spontaan en voor zover mogelijk (overdag en 's nachts verschilt de keuze) naar een vrouwelijke arts worden verwzen.

Voorts is een verpleegkundige in de volksverbeelding vaak nog een vrouw en een arts een man.

Wat het medisch-verpleegkundig werk betreft, hangen de verantwoordelijkheden af van de bevoegdheden : men rekruiteert niet volgens het geslacht. De dienst is als volgt samengesteld : een diensthoofd (man), twee adjunct-diensthoofden (man en vrouw), vijf coassistenten (drie mannen en twee vrouwen). Het beroep, behalve chirurgie, vervrouwelijkt : steeds meer jonge artsen in opleiding zijn vrouwen en in de afdeling heelkunde zijn er twee keer meer vrouwen dan mannen.

Wat de verpleegkundigen betreft, gaat de voorkeur van de mannen veeleer uit naar de afdelingen spoeddienst, de operatiezaal en intensieve zorg. ».

#### **4.c. Uiteenzetting van mevrouw Martine Vanderkam, vroedvrouw bij de VZW Aquarelle (netwerk van de Irisziekenhuizen)**

Mevrouw Martine Vanderkam heeft de volgende uiteenzetting voor de commissieleden gehouden :

« De VZW Aquarelle is dertien jaar geleden opgericht op initiatief van artsen van de dienst gynaecologie-verloskunde van het Sint-Pietersziekenhuis.

Veel vrouwen wier zwangerschap niet werd gevuld, kwamen pas naar het ziekenhuis om er te bevallen. Het was dan ook moeilijk om hen te verzorgen, omdat men onder meer hun bloedgroep niet kende. Het ging toen vooral om Oost-Europese vrouwen die nog niet lang België waren. Ze waren beducht voor de kosten van de follow-up van hun

grossesse, arrivaient *in extremis* à l'hôpital pour mettre leur bébé au monde. On a donc imaginé créer une petite structure qui prendrait en charge ces mamans. Au départ, on les a suivies en *post-partum* et, peu à peu, on a organisé une consultation qui leur est destinée.

Notre population est évidemment exclusivement féminine. Les questions liées au genre ne sont donc guère courantes. Les hommes qu'on rencontre sont les futurs papas qui les accompagnent.

Actuellement, les patients viennent du monde entier : Chine, Afrique, Amérique du Sud. En fonction des règles et des tendances qui prévalent en termes d'immigration, on a eu beaucoup de mamans en provenance de l'Equateur, ensuite plus de mamans originaires du Brésil.

Quatre consultations prénatales sont réservées à ces mamans. Celles-ci occupent deux personnes à mi-temps (une de mes collègues et moi-même). Une autre sage-femme gère l'information et organise des visites de la salle d'accouchement de manière à rassurer les futures mamans.

Les services qui leur sont rendus sont identiques à ceux dont bénéficient toutes les mamans qui viennent en consultation à l'hôpital Saint-Pierre : consultations prénatales, suivi après l'accouchement (ma collègue presté un autre mi-temps au sein de la maternité et moi-même au sein de l'unité de grossesse à hauts risques).

L'originalité du projet est que nous suivons ces mamans en *post-partum* à domicile. Les visites à domicile permettent de voir le contexte dans lequel elles évoluent, d'adapter les conseils sanitaires et de mener une action de nature plus psychosociale.

On a peu à peu découvert que ces mamans étaient parfois très démunies. 25 à 30 % d'entre elles sont seules et doivent assumer seules grossesse et maternité. Elles sont parfois entourées de leur famille ou de leurs amis, souvent précarisés aussi. On a dès lors organisé un vestiaire et une aide matérielle.

On vise également à les sécuriser pour qu'elles puissent se fidéliser à notre consultation et s'y rendre en toute sécurité. C'est la raison pour laquelle une troisième sage-femme, payée par l'ASBL, travaille avec nous.

Un des problèmes rencontrés est celui de la barrière linguistique. On doit souvent faire appel à des traducteurs. Parfois, la traduction se fait par téléphone ou à travers des dessins.

Certaines mamans sont analphabètes et n'ont aucune notion de lecture dans leur propre langue. Elles ignorent parfois comment se construit une rue et sont numérotés les immeubles.

zwangerschap en gingen daarom *in extremis* naar het ziekenhuis om hun kind op de wereld te zetten. Men kwam op het idee om een kleine structuur op te zetten die de moeders zou volgen. In het begin werden ze *post partum* gevuld en stap voor stap werd voor hen een raadpleging georganiseerd.

Onze populatie bestaat natuurlijk uitsluitend uit vrouwen. Gender gerelateerde problemen doen zich dus niet vaak voor. De mannen met wie we in contact komen, zijn de toekomstige vaders die hun vrouw vergezellen.

Op dit ogenblik krijgen we patiënten uit de hele wereld : China, Afrika en Zuid-Amerika. Naar gelang van de regels en tendensen op het gebied van immigratie, kregen we veel moeders uit Ecuador en daarna meer moeders uit Brazilië.

De moeders krijgen vier prenatale raadplegingen waarvoor twee halftijdse krachten (een van mijn collega's en ikzelf) worden ingeschakeld. Een andere vroedvrouw beheert de informatie en organiseert bezoeken aan de bevallingskamer om de toekomstige moeders gerust te stellen.

Ze krijgen dezelfde diensten als alle moeders die voor een raadpleging naar het Sint-Pietersziekenhuis komen : prenatale raadplegingen, follow-up na de bevalling (mijn collega heeft een andere halftijdse betrekking in de dienst materniteit en ikzelf in de eenheid voor risicovolle zwangerschappen).

Origineel aan het project is dat we die moeders *post partum* in thuisomgeving volgen. Door de huisbezoeken hebben we een beeld van de omgeving waarin ze leven, kunnen we het gezondheidsadvies aanpassen en een meer psychosociale aanpak volgen.

We hebben geleidelijk ontdekt dat de moeders soms zeer arm zijn. Zowat 25 à 30 % is alleenstaand en moet de zwangerschap en het moederschap alleen dragen. Ze worden soms bijgestaan door hun familie of vrienden, die vaak ook achtergesteld zijn. Daarom hebben we een garderobe en materiële steun georganiseerd.

Men tracht de moeders ook een gevoel van zekerheid te geven opdat ze onze raadpleging in alle vertrouwen blijven bezoeken. Daartoe werken we samen met een derde vroedvrouw, die door de VZW wordt betaald.

Een van de problemen is de taalbarrière. We moeten vaak een beroep doen op vertalers. Soms gebeurt de vertaling per telefoon of met tekeningen.

Sommige moeders zijn analfabeet en kunnen niet lezen in hun moedertaal. Ze weten soms niet hoe de gebouwen in een straat genummerd zijn.

Ces mamans sont également précarisées par leur jeunesse. La proportion de mères de moins de 20 ans est importante.

Des mamans extrêmement jeunes sont généralement issues de la communauté rom. Elles sont alors entourées par les siens. Elles accouchent une première fois vers l'âge de 15 ans et, à 23 ans, sont déjà mères de quatre enfants. La contraception leur reste étrangère, elle n'est pas culturellement très acceptée. Toutefois, il suffit parfois de convaincre une ou deux femmes pour que cela fasse tache d'huile.

Un autre problème est la grande précarité. Un nombre croissant de patientes est sans domicile fixe. Elles ne sont pas forcément dans la rue mais vivent tantôt chez l'une tantôt chez l'autre. Des personnes qui ont hébergé des femmes enceintes ont toutefois plus de mal à les loger – et c'est compréhensible – lorsqu'elles sont accompagnées d'un nouveau-né. Or, il n'y a pas de relais pour ces femmes sans papiers.

La situation est d'autant plus complexe lorsque ces femmes vivent en couple. Les structures sont rares pour accueillir des familles qui ne veulent en général pas se disloquer et préfèrent dormir en rue.

On rencontre peu de problèmes de genre puisque le public est essentiellement féminin. Il arrive toutefois que des femmes refusent de se faire (ou que des hommes refusent que leurs femmes se fassent) examiner par un homme. Cela peut être le cas lorsqu'il faut poser un stérilet. Il faut effectuer aux médecins de notre consultation et, même si l'on essaie toujours de répondre aux attentes des patientes, parfois seuls des hommes sont disponibles. De manière générale toutefois, le contact se passe bien avec les papas. ».

Die moeders zijn ook door hun jonge leeftijd achtergesteld. Het aantal moeders jonger dan 20 jaar is groot.

Zeer jonge moeders komen doorgaans uit de Romgemeenschap. Ze worden dan bijgestaan door de leden van hun gemeenschap. Ze bevallen de eerste keer wanneer ze 15 jaar zijn. Wanneer ze 23 jaar zijn, hebben ze al vier kinderen. Ze hebben geen kennis van contrageestie, want voorbehoedsmiddelen worden niet aanvaard in hun cultuur. Soms kan men er evenwel mee volstaan een of twee vrouwen te overtuigen, zodat het idee zich als een olievlek kan verspreiden.

Een ander probleem is de grote kansarmoede. Steeds meer patiënten hebben geen vaste woonplaats. Ze leven daarom nog niet op straat, maar nu eens bij de ene en dan weer bij de andere. Personen die zwangere vrouwen onderdak hebben gegeven, hebben echter meer problemen om dat te doen – en dat is begrijpelijk – wanneer ze een pasgeborene hebben. Er zijn echter geen logementen voor die vrouwen zonder papieren.

De situatie is des te complexer wanneer die vrouwen met hun partner samenleven. Er zijn weinig structuren om gezinnen op te vangen die doorgaans bijeen willen blijven en liever op straat slapen.

We hebben zelden met genderproblemen te maken, omdat onze doelgroep grotendeels uit vrouwen bestaat. Het gebeurt evenwel dat vrouwen weigeren om door een man onderzocht te worden (of dat hun mannen zulks weigeren). Dan kan het geval zijn wanneer er een spiraaltje moet worden ingebracht. We moeten ze immers doorverwijzen naar de artsen van onze raadpleging en, ook al trachten we altijd te voldoen aan de verwachtingen van de patiënten, zijn soms enkel mannelijke artsen beschikbaar. In het algemeen verloopt het contact met de vaders goed. ».

#### **4.d. Echange de vues**

Mme Fatoumata Sidibe remercie les intervenants.

La députée aimeraient savoir s'il existe une prévalence de l'hypertension et du diabète dans les populations subsahariennes. Comment l'expliquer ?

Y-a-t-il également parmi la patientèle des maisons médicales une prévalence du SIDA ?

Par ailleurs, le dépistage en matière de violences conjugales se fait-il parce que les femmes l'expriment ou parce qu'au fil des consultations, le personnel se rend compte qu'il y a une violence ? Vers quoi ces femmes sont-elles orientées ?

#### **4.d. Gedachtewisseling**

Mevrouw Fatoumata Sidibe dankt de sprekers.

De volksvertegenwoordigster vraagt of er een prevalentie van hypertensie en diabetes bij de subsaharische bevolkingsgroepen bestaat. Wat is daar de verklaring voor ?

Is er eveneens een prevalentie van aids bij de patiënten van de gezondheidscentra ?

Wordt partnergeweld opgespoord omdat de vrouwen het ter sprake te brengen of omdat het personeel tijdens de raadplegingen sporen van geweld vaststelt ? Naar welke structuur worden de slachtoffers doorverwezen ?

Lorsque les questions formulées à une patiente sont reformulées et interprétées par un tiers, des sujets sont-ils particulièrement sensibles ?

Enfin comment l'ASBL Aquarelle est-elle financée ? Vers quelles structures ces femmes précarisées sont-elles ensuite orientées ?

Mme Nadia El Yousfi remercie également les intervenants.

La députée est ravie que le Docteur Cerf ait pu donner une image un peu plus positive quant aux personnes qui refuseraient de se faire examiner en raison du sexe du médecin.

L'intervenante se dit évidemment ravie aussi que le personnel de l'hôpital Saint-Pierre soit engagé en fonction de ses compétences. D'autres employeurs devraient s'inspirer de l'exemple.

Mme El Yousfi soutient encore que les difficultés de traduction ne résultent pas nécessairement de la mauvaise intention du mari. Ce dernier peut lui-même comprendre difficilement la langue. Parfois, la femme préfère taire certaines choses et converser directement avec le médecin. Il arrive évidemment aussi que l'interprète soit malveillant, notamment dans le cas de violences physiques ou psychologiques ou d'autres situations familiales complexes. Qu'est-il mis en place pour que la femme puisse s'exprimer plus librement ? Le service des urgences peut-il disposer d'un traducteur ?

Mme Anne Herscovici se demande si la prévalence du diabète chez les femmes peut être liée au fait que les femmes bougent moins dans certains milieux.

Par ailleurs, la députée observe que les femmes sont plus sujettes à la dépression et au sentiment de mal-être et consomment dès lors davantage d'anxiolytiques et d'antidépresseurs. Une réflexion orientée vers les femmes a-t-elle été menée dans les maisons médicales ? L'alcool est souvent considéré comme un antidépresseur. Remplace-t-il l'alcool chez les femmes ? Les réactions à l'anxiété varient-elles selon le sexe ?

Ensuite, le recours au service des urgences est parfois sans lien avec la réalité objective. Les recours jugés abusifs par les professionnels sont-ils plus courants chez les hommes ou chez les femmes ?

Mme Herscovici rappelle aussi que c'est pour pallier aux désagréments liés à la traduction par des proches que des services de médiation interculturelle ont été mis sur pied. Or, les besoins en la matière ont probablement augmenté. L'offre de médiation a-t-elle augmenté dans la même mesure ?

La députée se dit encore contente d'avoir entendu que les cas de refus de se faire soigner par un médecin en fonc-

Wanneer de vragen aan een patiënt geherformuleerd en geïnterpreteerd worden door een derde, gaat het dan om zeer delicate onderwerpen ?

Hoe wordt de VZW Aquarelle tot slot gefinancierd ? Naar welke structuren worden die achtergestelde vrouwen vervolgens doorverwezen ?

Mevrouw Nadia El Yousfi dankt op haar beurt de sprekers.

Het verheugt de volksvertegenwoordigster dat dokter Cerf een ietwat positiever beeld heeft gegeven van de personen die zich niet willen laten onderzoeken wegens het geslacht van de arts.

Het verheugt de spreekster eveneens dat het personeel van het Sint-Pietersziekenhuis op basis van zijn knowhow wordt aangeworven. Andere werkgevers zouden daaraan een voorbeeld moeten nemen.

Mevrouw El Yousfi wijst er nog op dat de vertaalproblemen niet noodzakelijk voortvloeien uit kwaad opzet van de echtgenoot. Het kan zijn dat deze laatste de taal zelf moeilijk begrijpt. Soms vertellen de vrouwen bepaalde zaken liever niet en praten ze rechtstreeks met de arts. Het gebeurt natuurlijk ook dat de tolk kwaadwillig is, onder meer in geval van fysiek of psychisch geweld of andere complexe gezinssituaties. Hoe wordt ervoor gezorgd dat de vrouw zich vrijer kan uitdrukken ? Kan de spoeddienst over een vertaler beschikken ?

Mevrouw Anne Herscovici vraagt of de prevalentie van diabetes bij de vrouwen te maken kan hebben met het feit dat vrouwen in bepaalde kringen minder bewegen.

Voorts stelt de volksvertegenwoordigster vast dat vrouwen gevoeliger zijn voor depressies en gevoelens van onbehagen en bijgevolg meer anxiolytica en antidepressiva gebruiken. Wordt daarover nagedacht in de gezondheidscentra ? Alcohol wordt vaak als een antidepressivum beschouwd. Gebruiken vrouwen ze ter vervanging van alcohol ? Verschillen de reacties op angstgevoelens volgens het geslacht ?

Vervolgens wordt soms zonder objectieve redenen een beroep op de spoeddienst gedaan. Zijn de misbruiken volgens de professionals frequenter bij mannen of vrouwen ?

Mevrouw Herscovici wijst er ook op dat er diensten voor interculturele bemiddeling werden opgericht om de problemen door vertaling door verwanten op te vangen. De behoeften ter zake zijn waarschijnlijk toegenomen. Is het bemiddelingsaanbod in dezelfde mate toegenomen ?

De volksvertegenwoordigster is tevreden dat de gevallen waarin men weigert om zich door een arts te laten

tion de son sexe ne sont pas aussi courants. Des Belges également n'aiment pas se faire examiner par un gynécologue homme. Avez-vous remarqué là aussi des différences ?

Enfin, l'intervenante explique que les femmes sans papiers n'ont pas droit à l'aide du CPAS et sont donc sans revenu. Pour survivre et se loger, elles sont souvent condamnées à travailler en noir, ce qui s'avère compliqué en cas de grossesse et d'accouchement. Des femmes, qui avaient un petit boulot de femme de ménage, se rendent ainsi en catastrophe auprès du CPAS, qui ne peut toutefois leur venir en aide. Il semble qu'on investit davantage pour que les femmes accoucheut dans de bonnes conditions mais beaucoup moins pour qu'elles vivent décemment. Il y a là une distorsion.

La présidente invite les intervenants à faire part de leurs suggestions puisque le comité d'avis entend élaborer des recommandations.

\*  
\* \*

Le Docteur Pierre Drielsma explique qu'il existe un grand débat au sein de la Fédération des maisons médicales sur le problème des statistiques ethniques. Personnellement, il n'y est pas défavorable mais d'autres sont plus inquiets et craignent que le fait que certaines personnes nécessitent plus de soins que d'autres ne leur soit défavorable. La politique devrait se prononcer sur le problème.

On observe en tout cas que le diabète est plus présent chez les femmes dans des quartiers marqués par une forte présence nord-africaine. Cette prévalence n'a pas encore été vérifiée auprès de la population subsaharienne. Des caractéristiques génétiques, présentes également chez les Afro-Américains, peuvent par contre expliquer la prévalence de l'hypertension. Des traitements différents sont d'ailleurs recommandés.

La sédentarité peut aussi avoir un impact sur la prévalence de l'obésité et des pathologies y liées comme le diabète. Or, dans certaines cultures, la femme demeure la gardienne du foyer. La problématique n'a cependant pas été étudiée parce que la sédentarité est un comportement et pas une pathologie et qu'à moins de patients à hauts risques, elle n'est pas enregistrée dans un dossier médical.

L'anxiété résulte quant à elle d'une combinaison de facteurs génétiques et d'habitudes culturelles. La vie d'une femme est plus stressante que la vie d'un homme. Elle mène souvent une double vie dès lors qu'elle travaille; à la responsabilité familiale s'ajoute la quête de moyens économiques. Cette double contrainte explique probablement les situations d'anxiété, principalement pour les mères de famille monoparentale. Les femmes géreront le problème de manière plus médicalisée, en dialogue avec un autre. Les hommes réagiront de manière plus expéditive et s'orienteront vers des solutions plus individuelles (alcool et drogues).

verzorgen wegens diens geslacht, niet zo veel voorkomen. Ook Belgische vrouwen laten zich niet graag onderzoeken door een mannelijke gynaecoloog. Hebt u ook op dat vlak verschillen vastgesteld ?

Tot slot legt de spreekster uit dat vrouwen zonder papiers geen recht hebben op OCMW-steun en dus geen inkomen hebben. Om te overleven en onderdak te vinden hebben ze vaak geen andere keuze dan in het zwart te werken, wat geen sinecure is als ze zwanger of bevallen zijn. Vrouwen die een kleine job als poetsvrouw hadden, gaan dan in zeven haasten naar het OCMW dat hen echter niet kan helpen. Men lijkt veel te investeren in bevallingen in goede omstandigheden, maar veel minder in goede levensomstandigheden. Dat staat niet in verhouding.

De voorzitter bedankt de sprekers voor hun suggesties want het adviescomité is van plan om aanbevelingen op te stellen.

\*  
\* \*

Dokter Pierre Drielsma legt uit dat er een groot debat aan de gang is binnen de « Fédération des maisons médicales » over het probleem van de etnische statistieken. Hij is daar zelf geen tegenstander van maar anderen maken zich meer zorgen en vrezen dat het feit dat sommige personen meer zorg nodig hebben dan anderen in hun nadeel zal spelen. Dat probleem moet een politiek antwoord krijgen.

Men stelt in elk geval vast dat suikerziekte vaker voorkomt bij vrouwen in wijken met een grote Noord-Afrikaanse aanwezigheid. Die prevalentie is nog niet vastgesteld bij de bevolkingsgroepen uit de Sub-Sahara. Genetische kenmerken, die ook aanwezig zijn bij de Afro-Amerikanen, kunnen daarentegen de prevalentie van hoge bloeddruk verklaren. Er worden trouwens verschillende behandelingen aanbevolen.

Sedentariteit kan ook een impact hebben op de prevalentie van obesitas en pathologieën die daar verband mee houden zoals suikerziekte. In sommige culturen blijft de vrouw echter aan de haard. De problematiek is echter niet onderzocht omdat de sedentariteit een gedragsvorm is en geen ziekte. Tenzij sedentariteit tot grote risico's leidt, wordt die niet in een medisch dossier geregistreerd.

Angst komt voort uit een combinatie van genetische factoren en culturele gewoontes. Het leven van een vrouw is stresserender dan dat van een man. Zij leidt vaak twee levens als zij gaat werken; zij is verantwoordelijk voor het gezin en werkt voor een inkomen. Die dubbele verplichting verklaart waarschijnlijk de angstsituaties, vooral bij moeders in eenoudergezinnen. Vrouwen zullen het probleem op een meer medische manier aanpakken, in dialoog met de andere. Mannen zullen radicaler reageren en meer individuele oplossingen zoeken (alcohol en drugs).

Par ailleurs, beaucoup de phénomènes observés ne relèvent pas de la médecine mais sont en fait des questions de société. L'écart de longévité est plus important dans les classes plus précarisées; le mal-être des femmes l'est aussi. Une société plus égalitaire minimise les écarts de mortalité entre hommes et femmes, maximise le confort des femmes et diminue leur consommation de psychotropes. Or, le coefficient de Gini, qui mesure l'écart des revenus, est en croissance continue depuis 1973.

Le Docteur Dominique Cerf ajoute, à propos de l'anxiété et du mal-être, que les médecins ne mettent dans beaucoup de circonstances que des emplâtres sur des jambes de bois et qu'une bonne partie des problèmes manifestés dans les services d'urgences sont plus des problèmes sociaux qui auraient pu être résolus auparavant.

Ainsi, les violences intrafamiliales résultent souvent d'un défaut d'éducation. La violence traduit généralement un manque d'expression verbale. Apprendre à maîtriser ses frustrations réduirait probablement le phénomène.

A toute femme qui se présente au service des urgences avec des traces de coups, qu'elle y soit pour un constat de coups parce qu'elle a porté plainte à la police ou parce qu'elle est soi-disant tombée dans les escaliers, la question de la violence sera posée, et ce particulièrement si elle est enceinte (la grossesse est un moment à risques). Vu le nombre de patients, le dépistage n'est pas systématique mais il s'opère en fonction de certains signes.

Un psychiatre est présent au service des urgences de Saint-Pierre en permanence. Quand une femme présente certains symptômes et qu'elle révèle qu'elle est battue, il est toujours possible de lui offrir un premier soutien psychologique. Ce premier contact, même s'il n'aboutit pas à couper court à la situation, est un premier pas. Souvent, la femme battue pense que la situation est normale et qu'elle en est responsable. Notre rôle est de lui dire qu'il n'en est rien.

L'hôpital peut également, via un assistant social, l'envoyer vers un centre de mise à l'abri. Trouver une place en catastrophe relève parfois du miracle et certains se posent alors la question de l'utilité du dépistage. Un travail doit être effectué en aval.

La traduction est quant à elle moins un problème de genre, plutôt de communication linguistique avec le patient. La barrière linguistique entre un soignant et un soigné peut être tragique, elle peut être mortelle. Parfois, il faut poser trois fois la même question pour éviter un drame.

Le nombre de médiateurs est totalement insuffisant. Certains parlent plusieurs langues, mais il est impossible, sauf à faire appel à l'ambassade, de trouver des traducteurs dans certaines langues. C'est notamment le cas de l'afghan et

Veel vastgestelde situaties vallen overigens niet onder de geneeskunde maar zijn in feite maatschappelijke problemen. Het verschil in levensduur is groter in de meer kwetsbare bevolkingslagen; het gebrek aan welzijn van de vrouwen ook. Een meer gelijke maatschappij beperkt de verschillen in sterftecijfer tussen mannen en vrouwen, verhoogt het comfort van de vrouwen en vermindert hun gebruik van psychotropische medicatie. De coëfficiënt van Gini, die het verschil in inkomens meet, blijft echter stijgen sinds 1973.

Dokter Dominique Cerf voegt eraan toe dat, in verband met angst en onbehagen, de artsen vaak gewoon een pleister op een houten been aanbrengen en dat een groot deel van de problemen in de spoeddiensten meer maatschappelijke problemen zijn die eerder hadden kunnen worden opgelost.

Intrafamiliaal geweld is bijvoorbeeld vaak het gevolg van een gebrek aan opvoeding. Het geweld is meestal het gevolg van een verbaal onvermogen. Als men zou leren zijn frustraties te beheersen, zou het probleem allicht verminderen.

Wanneer een vrouw op de spoeddienst komt met sporen van slagen ongeacht of er een vaststelling geweest is bij de politie na indiening van een klacht of zij zogezegd van de trap gevallen is, zal telkens de vraag naar geweld gesteld worden, vooral als zij zwanger is (de zwangerschap is een risicoperiode). Gelet op het aantal patiënten, wordt er niet systematisch opgespoord, maar wordt er gekeken naar signalen.

Er is permanent een psychiater aanwezig op de spoeddienst van Sint-Pieter. Wanneer een vrouw bepaalde symptomen vertoont en verklaart dat zij geslagen wordt, kan men haar altijd een eerste psychologische steun bieden. Dat eerste contact is een eerste stap, ook al maakt het geen einde aan de situatie. Vaak denkt de geslaagde vrouwen dat de situatie normaal is en dat zij zelf verantwoordelijk is. Onze taak bestaat erin haar van het tegendeel te overtuigen.

Het ziekenhuis kan eveneens via een maatschappelijk assistent de vrouw naar een opvangcentrum sturen. Een dringende plaats vinden is soms zeer moeilijk en sommigen vragen zich dan ook af wat het nut van de opsporing is. Er is nood aan preventie.

De vertaling is minder een genderprobleem dan een probleem van taalcommunicatie met de patiënt. De taalbarrière tussen een verzorger en een patiënt kan tragisch zijn en zelfs dodelijk. Soms moet men driemaal dezelfde vraag stellen om een drama te voorkomen.

Het aantal bemiddelaars is onvoldoende. Sommigen spreken verschillende talen maar het is onmogelijk om vertalers voor bepaalde talen te vinden, tenzij men beroep doet op de ambassade. Dat is bijvoorbeeld het geval met het

c'est particulièrement gênant lorsque le médecin a devant lui un (candidat) réfugié.

Mais, même via un médiateur interculturel (souvent un homme), certaines questions restent difficiles à poser. Un certain nombre de maris n'ont aucune envie non plus de parler des règles de leur femme et n'entendent pas volontiers qu'elles ont mal quand elles font l'amour, ... Parfois, le traducteur (dans certains cas, il s'agit d'un enfant) ne comprend pas correctement parce que sa connaissance de la langue n'est pas suffisante.

De temps en temps, la femme se met à parler un peu français lorsque, sous un prétexte quelconque, on invite son mari à quitter la pièce. On peut aussi, pour des choses plus simples, faire appel au langage gestuel.

Par ailleurs, les séropositifs sont plus nombreux à Saint-Pierre que dans d'autres hôpitaux. Le recrutement est toutefois biaisé puisque l'hôpital comporte un centre de référence SIDA. Les femmes sont à ce niveau moins nombreuses que les hommes mais comptent parmi elles de nombreuses subsahariennes.

En outre, celui qui produira des statistiques ethniques risque de se faire taxer de racisme. Il est par exemple difficile de dire que les gens qui viennent d'Afrique centrale souffrent davantage d'hypertension.

Enfin, le recours aux urgences est abusif en général, ni plus ni moins chez les femmes que chez les hommes. Malheureusement, beaucoup des patients ignorent l'existence du médecin généraliste.

Mme Martine Vanderkam précise qu'Aquarelle ne suit que des grossesses physiologiques. Les pathologies sont traitées par les autres services. Les mères souffrantes peuvent toutefois s'adresser à Aquarelle pour obtenir un soutien matériel.

L'ASBL a commencé par être subventionnée pendant six ans par le fonds Marguerite Delacroix grâce auquel elle a démarré. Elle a ensuite bénéficié de subventions de la Vlaamse Gemeenschap et d'autres subsides secondaires.

L'ASBL ne reçoit plus aucune aide financière extérieure aujourd'hui. Elle paie la sage-femme chargée de l'information mais les rémunérations des deux autres membres du personnel sont prises en charge par l'hôpital Saint-Pierre.

En plus du travail de consultation, un travail de lobbying doit également être effectué afin de trouver des fonds pour acheter des médicaments, des lits pour les bébés, du lait (les mamans n'allaitent pas longtemps dans la mesure où, même lorsqu'elles vivent en couple, elles sont souvent seules à travailler), des langes, ...

Afghaans en het is bijzonder delicaat wanneer de arts voor zich een (kandidaat) vluchteling heeft.

Maar zelfs via een intercultureel bemiddelaar (vaak een man), kunnen bepaalde vragen moeilijk worden gesteld. Een aantal echtgenoten hebben er helemaal geen zin in om te praten over de maandstonden van hun vrouw en horen niet graag dat zij pijn hebben wanneer zij de liefde bedrijven ... Soms begrijpt de vertaler (in bepaalde gevallen een kind) niet goed wat er gezegd wordt omdat zijn taalkennis onvoldoende is.

Soms begint een vrouw een beetje Frans te praten wanneer men haar man met een voorwendsel vraagt om het lokaal te verlaten. Men kan voor meer eenvoudige zaken gebruik maken van gebaren.

De seropositieven zijn talrijker in Sint-Pieter dan in de andere ziekenhuizen. Het geeft wel een vertekend beeld aangezien het ziekenhuis een AIDS-referentiecentrum heeft. Er zijn minder vrouwen dan mannen maar onder die vrouwen zijn er veel uit de Sub-Sahara.

Bovendien zal wie etnische statistieken voorlegt het gevaar lopen van racisme beschuldigd te worden. Het is bijvoorbeeld moeilijk te zeggen dat de mensen uit Centraal Afrika vaker een hoge bloeddruk hebben.

In het algemeen wordt misbruik gemaakt van de spoed-diensten, evenveel door vrouwen als door mannen. Spijtig genoeg weten de patiënten niet dat er een huisarts bestaat.

Mevrouw Martine Vanderkam preciseert dat Aquarelle enkel de fysiologische zwangerschappen opvolgt. De pathologieën worden door de andere diensten behandeld. De moeders die ziek zijn kunnen zich echter tot Aquarelle wenden om materiële steun te krijgen.

De VZW is eerst gedurende zes jaar gesubsidieerd geweest door het fonds Marguerite Delacroix dat de VZW gestart heeft. Vervolgens heeft zij subsidies gekregen van de Vlaamse Gemeenschap en andere bijkomende subsidies.

De VZW krijgt vandaag geen enkele externe financiële steun meer. De VZW betaalt de vroedvrouw belast met de informatieverspreiding maar de bezoldigingen van de twee andere personeelsleden worden ten laste genomen door het ziekenhuis Sint-Pieter.

Naast de consultaties moet er ook gelobbyd worden om middelen te vinden om geneesmiddelen te kopen, alsook bedden voor de baby's, melk (de moeders geven niet lang melk omdat zij vaak de enige kostwinner zijn ook al leven zij in koppel), luiers, ...

Toute maman qui accouche est envoyée vers les structures de l'ONE ou de Kind & Gezin. L'ASBL s'assure toutefois du relais.

Les mamans sans domicile posent problème. Parfois, on leur trouve une structure provisoire. L'ASBL s'occupe de gens sans papiers et sans droit. Le CPAS leur refuse toute aide et les renvoient vers Fedasil et inversement.

Le CPAS n'intervient que pour les frais médicaux, donc ni pour les frais de médicaments ni pour les frais d'hébergement. Les maisons maternelles ne prendront en charge que les mamans pour lesquelles un prix de journée sera payé.

La traduction passe généralement par le dessin ou le geste. Il faut parfois se méfier des traducteurs. Demander via un tiers à une maman si elle a déjà subi fausse couche ou avortement s'avère compliqué. Certaines questions sont posées plusieurs fois lors des différentes consultations. L'ASBL fait également appel au CIRE ou à l'hôpital de manière à avoir un traducteur qui ne soit pas un proche.

Un souci est également de venir à la consultation. La mise en place de portillons dans les stations de la STIB rend ainsi les déplacements plus difficiles.

Vivre en étant irrégulier est très anxiogène.

Mme Viviane Teitelbaum connaît des chiffres plus élevés quant aux personnes qui refusent d'être examinées par un médecin en raison de son sexe. Des coups de téléphone sont ainsi donnés de nuit pour connaître le sexe des médecins présents dans les services d'urgences. D'autres stratégies sont également mises en place de sorte que le phénomène est aujourd'hui moins courant.

Le Docteur Dominique Cerf évoque également la féminisation de la médecine.

Mme Martine Vanderkam précise qu'une mise en garde est affichée aux portes.

Mme Viviane Teitelbaum s'interroge également sur les demandes de reconstruction de l'hymen. Passent-elles par les urgences ?

Les services des urgences sont-ils également sollicités pour des demandes d'avortement ?

Le Docteur Dominique Cerf répond que les services des urgences ont surtout à traiter de rapports à risques (« le préservatif a lâché », ...) et les filles s'adressent plutôt à l'hôpital pour obtenir la pilule du lendemain et la trithérapie VIH.

Les demandes d'avortement sont rares. On rencontre de temps à autre des femmes qui ignorent qu'elles sont enceintes.

Elke moeder die bevalt wordt doorgezonden naar Kind & Gezin of naar het ONE. De VZW staat in voor de doorverwijzingen.

De moeders zonder woonplaats vormen een probleem. Soms vindt men voor hen een voorlopige opvang. De VZW houdt zich bezig met mensen zonder papieren en zonder rechten. Het OCMW geeft geen enkele hulp en sturen hen door naar Fedasil en omgekeerd.

Het OCMW betaalt enkel de medische kosten, dus niet de kosten voor geneesmiddelen of voor verblijf. De kraamklinieken nemen enkel de moeders ten laste waarvoor de dagprijs betaald wordt.

De vertaling gebeurt meestal via tekeningen of gebaren. Men mag de tolken niet altijd vertrouwen. Via een derde aan een moeder vragen of zij reeds een miskraam of een abortus gehad heeft, blijkt ingewikkeld. Sommige vragen worden trouwens verschillende keren gesteld tijdens verschillende raadplegingen. De VZW doet ook een beroep op de VZW CIRE of op het ziekenhuis om een tolk te vinden die geen naaste is.

Naar de raadpleging komen is ook een probleem. De plaatsing van deurtjes in de MIVB-station maakt de verplaatsingen moeilijker.

Illegaal verblijven is zeer angstwekkend.

Mevrouw Viviane Teitelbaum kent hogere percentages van mensen die weigeren om onderzocht te worden door een arts wegens zijn geslacht. 's Nachts wordt er gebeld om te weten wat het geslacht is van de artsen die aanwezig zijn in de spoeddiensten. Er worden ook andere strategieën gebruikt met als gevolg dat het verschijnsel vandaag minder voorkomt;

Dokter Dominique Cerf heeft het ook over de vervrouwelijking van de geneeskunde.

Mevrouw Martine Vanderkam preciseert dat een waarschuwing aan de deuren aangeplakt is.

Mevrouw Viviane Teitelbaum heeft ook vragen bij de verzoeken voor een reconstructie van het maagdenvlies. Gebeurt dat in de spoeddiensten ?

Krijgen de spoeddiensten ook verzoeken om abortus ?

Dokter Dominique Cerf antwoordt dat de spoeddiensten vooral risicotvolle betrekkingen (« het condoom is losgekomen » ...) moeten behandelen en de meisjes gaan eerder naar het ziekenhuis voor de morning afterpil en de HIV-trithterapie.

Er wordt zelden om abortus gevraagd. Soms ontmoet men vrouwen die niet weten dat ze zwanger zijn.

Il est possible que le nombre de demandes d'avortement augmente. Les jeunes utilisent de moins en moins le préservatif et se pose alors le problème du SIDA. Le SIDA est aujourd'hui considéré comme une maladie avec laquelle on peut vivre mais qui s'accompagne pourtant de traitements lourds avec des effets secondaires à moyen terme (problèmes cardio-vasculaires). Les campagnes de prévention doivent être renforcées.

La reconstruction de l'hymen se fait très certainement mais le Docteur n'a aucune idée des proportions. Les services des urgences sont parfois confrontés à des demandes d'attestation de virginité. Certains médecins les signent sans autre examen.

L'interlocutrice cite encore le cas d'un homme qui refusait que sa femme se fasse examinée par un homme. Il n'y avait toutefois aucun caractère d'urgence puisque l'homme voulait « faire vérifier sa femme ». Globalement, en cas d'urgence, le sexe du soignant perd de son importance.

Mme Martine Vanderkam explique qu'Aquarelle rencontre un peu plus de résistance mais que le phénomène demeure marginal.

Le Docteur Pierre Drielsma explique que la gynécologie se pratique de moins en moins en médecine générale mais un peu plus en maison médicale. Beaucoup de médecins de maisons médicales travaillent également dans des plannings familiaux qui eux, par contre, traitent beaucoup de problèmes gynécologiques.

En trente ans de pratique, le Docteur n'a rien remarqué de relevant en la matière. Au début, de nombreuses patientes voulaient être examinées par un homme parce qu'on le considérait comme un « vrai docteur ». Heureusement, c'est beaucoup moins le cas aujourd'hui.

Le Docteur Dominique Cerf plaide pour que l'enseignement soit amélioré. Un certain nombre de problèmes sont liés à l'éducation. L'expression dans une langue de notre pays ou de l'Union européenne est importante. L'expression verbale plutôt que gestuelle l'est aussi. Si les gens étaient capables de s'exprimer, les problèmes seraient sans doute moins nombreux.

Mme Anne Herscovici se souvient qu'il y a trente ans, les services des urgences recevaient des femmes qui subissaient les séquelles d'un avortement clandestin. Cela existe-t-il encore ?

Le Docteur Dominique Cerf répond par la négative.

## 5. Procédure

En conclusion des auditions et des échanges de vues et conformément à l'article 124 du Règlement, le comité

Het is mogelijk dat het aantal abortusaanvragen toeneemt. Jongeren gebruiken steeds minder voorbehoedsmiddelen en dan steekt het aidsprobleem de kop op. Aids wordt vandaag beschouwd als een ziekte waarmee men kan leven, maar die gepaard gaat met zware behandelingen met neveneffecten op middellange termijn (cardiovasculaire problemen). De preventiecampagnes moeten uitgebreid worden.

Er worden zeer zeker maagdenvlieshersteloperaties uitgevoerd. De dokter heeft evenwel geen idee van het aantal. De spoeddiensten wordt soms gevraagd om maagdelijkheidsattesten af te geven. Sommige artsen ondertekenen die attesten zonder enig onderzoek.

De spreekster haalt nog het geval aan van een man die weigerde dat zijn vrouw werd onderzocht door een man. Het onderzoek was echter niet dringend, aangezien de man « een check-up van zijn vrouw » wenste. Bij dringende gevallen is het geslacht van de verzorgende meestal minder belangrijk.

Mevrouw Martine Vanderkam legt uit dat Aquarelle iets meer weerstand ondervindt, maar dat het fenomeen marginal blijft.

Dokter Pierre Drielsma legt uit dat gynaecologie steeds minder beoefend wordt binnen de algemene geneeskunde, maar iets meer in de gezondheidscentra. Veel artsen in gezondheidscentra werken eveneens in gezinsplanningscentra, die daarentegen veel gynaecologische problemen behandelen.

In zijn dertig jaar praktijk heeft de dokter op dat gebied niets relevants vastgesteld. In het begin wensten veel vrouwelijke patiënten door een man onderzocht te worden, omdat hij als een « echte dokter » werd beschouwd. Gelukkig is dat vandaag veel minder het geval.

Dokter Dominique Cerf pleit voor beter onderwijs. Een aantal problemen heeft te maken met opvoeding. Het is belangrijk een taal van ons land of een lidstaat van de Europese Unie te spreken. Mondelinge taalvaardigheid is ook belangrijker dan gebarentaal. Als de mensen voldoende taalvaardig zijn, zouden ze wellicht minder problemen hebben.

Mevrouw Anne Herscovici herinnert zich dat de spoeddiensten dertig jaar geleden vrouwen opvingen die de gevolgen van een illegale abortus droegen. Komt dat nog voor ?

Dokter Dominique Cerf antwoordt ontkennend.

## 5. Procedure

Ter afsluiting van de hoorzittingen en de gedachteselingen en overeenkomstig artikel 124 van het Reglement,

d'avis décide d'élaborer des recommandations relatives à la santé et aux affaires sociales sous la forme d'un avis.

Ces recommandations s'inscrivent dans le processus initié en termes d'emploi (4).

## **6. Avis relatif à l'égalité entre les femmes et les hommes**

### CHAPITRE 4

#### Santé et Affaires sociales

##### **1. Axe transversal**

Le Comité d'avis demande au Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale de relayer auprès des instances concernées les recommandations suivantes :

- augmenter significativement les places en milieu d'accueil pour la petite enfance (crèches et haltes-garderies);
- plus particulièrement, dans le cadre de l'aide à la monoparentalité, fortement présente dans notre Région, poursuivre les efforts permettant la création de nouvelles places d'accueil de la petite enfance ainsi que l'augmentation des haltes-garderies, susceptibles d'offrir un accueil aux parents (qui sont en majorité des mamans) en formation ou en recherche d'emploi, et veiller à une programmation qui tienne compte des difficultés socio-économiques des quartiers et des populations;
- agir en faveur de l'individualisation des droits sociaux;
- porter une attention particulière aux problèmes d'accueil et de traitement en termes de sexo-spécificité;
- favoriser la mixité hommes-femmes des intervenants sociaux;
- augmenter et diversifier l'offre de cours d'alphabetisation (niveaux adaptés aux différents publics) et de cours de français/néerlandais langue étrangère;
- favoriser l'accès égalitaire aux soins spécialisés et renforcer l'information sur leur accessibilité.

##### **2. Axe social et sans-abrisme**

Le Comité d'avis demande au Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et au Collège réuni :

(4) Voir document A-271/1 : Avis relatif à l'égalité entre les hommes et les femmes – Chapitre 1 – Emploi.

beslist het adviescomité aanbevelingen op te stellen over gezondheid en sociale zaken in de vorm van een advies.

Die aanbevelingen maken deel uit van het proces dat gestart is inzake werkgelegenheid (4).

## **6. Advies betreffende de gelijkheid tussen vrouwen en mannen**

### HOOFDSTUK 4

#### Gezondheid en Sociale Zaken

##### **1. Transversale as**

Het adviescomité verzoekt de Brusselse Hoofdstedelijke Regering om de betrokken autoriteiten de volgende aanbevelingen te bezorgen :

- te zorgen voor een aanzienlijke verhoging van het aantal plaatsen voor kinderopvang (lang en kort verblijf);
- inzonderheid, in het kader van de steun aan alleenstaande ouders, in grote getale aanwezig in ons Gewest : de inspanningen voort te zetten voor het scheppen van nieuwe plaatsen in de kinderopvang voor lang alsook voor kort verblijf, wat de ouders (meestal de moeders) de mogelijkheid biedt om een opleiding te volgen of werk te zoeken; te zorgen voor een planning die rekening houdt met de socio-economische problemen in de wijken en van de bevolkingsgroepen;
- te zorgen voor individualisering van de sociale rechten;
- bijzondere en specifiek op het geslacht afgestemde aandacht schenken aan de problemen van opvang en behandeling;
- de gemengdheid tussen mannen en vrouwen bij de sociale hulpverleners te bevorderen;
- te zorgen voor een groter aanbod en diversificatie van de alfabetiseringscursussen (niveaus aangepast aan de verschillende doelgroepen) en van de cursussen Frans/Nederlands als vreemde taal;
- te zorgen voor gelijke toegang tot gespecialiseerde zorgverstrekking en meer informatie over de toegankelijkheid ervan.

##### **2. Sociale as en daklozen**

Het adviescomité verzoekt de Brusselse Hoofdstedelijke Regering en het Verenigd College :

(4) Zie document A-271/1 : Advies over de gelijkheid tussen mannen en vrouwen – Hoofdstuk 1 – Werkgelegenheid.

- afin de disposer de la vision la plus complète possible dans le cadre du recueil des données (dans le respect de la législation relative à la protection de la vie privée), d'intégrer les données de l'ensemble des centres d'hébergement et d'élargir les données au travail de rue, aux centres de jour, à l'habitat accompagné;
- de favoriser l'information des populations sans domicile fixe quant aux droits sociaux dont elles jouissent : l'accès à ces droits, leur maintien/préservation/conservation;
- d'encourager la mise en réseau des différentes structures et associations ayant trait à l'accompagnement des personnes sans-abri; de soutenir et de renforcer l'accompagnement de ces personnes;
- de former les intervenants sociaux en termes de santé mentale et d'encourager les supervisions au sein des équipes;
- d'augmenter le nombre de places en centre d'hébergement réservées et adaptées aux femmes seules tout au long de l'année (et significativement durant la période hivernale) et de veiller à ce qu'elles tiennent compte de leur particulière vulnérabilité;
- d'augmenter le nombre de places en centre d'hébergement réservées et adaptées aux femmes ou hommes seuls avec enfants tout au long de l'année (et significativement durant la période hivernale);
- de favoriser l'aménagement d'espaces « accueillants » pour les enfants dans les centres d'hébergement (salle de jeux, sanitaires réservés, ...);
- d'augmenter le nombre de places en centre d'hébergement réservées aux couples/familles tout au long de l'année (et significativement durant la période hivernale) de manière à ne pas les séparer (sous peine qu'ils préfèrent dormir dans la rue);
- de favoriser la création de maisons d'accueil de petite à moyenne taille afin qu'elles restent conviviales et que chacune puisse y trouver sa place;
- afin d'éviter le risque d'augmentation de femmes « chroniques » en rue, de prendre des mesures spécifiques (places adaptées) à destination des jeunes filles sans domicile fixe (18-25 ans); de veiller à assurer une meilleure transition entre un passé institutionnel (placement) et l'autonomie (mise en place de structures de transition adaptées);
- d'augmenter le nombre de logements de transit via des subsides régionaux et de veiller à ce que les logements de transit soient adaptés à la mixité (sanitaires séparés) ou non mixtes;
- de gegevens van alle opvangcentra op te nemen en ze uit te breiden tot het straatwerk, de dagcentra, het begeleid wonen, teneinde een zo volledig mogelijk zicht te krijgen bij het verzamelen van de gegevens (met inachtneming van de wetgeving betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer);
- te zorgen voor meer informatie ten behoeve van de personen zonder vast verblijf wat betreft de sociale rechten die ze genieten : de toegang tot die rechten, het behoud ervan;
- de samenwerking aan te moedigen tussen de verschillende structuren en verenigingen die zich bezighouden met de begeleiding van de daklozen; de begeleiding van deze personen te steunen en te versterken;
- te zorgen voor de opleiding van sociale werkers wat betreft mentale gezondheid en de supervisie in de teams aan te moedigen;
- te zorgen voor meer plaatsen in de opvangcentra die voorbehouden worden aan en aangepast zijn voor alleenstaande vrouwen en zulks gedurende het hele jaar (en vooral tijdens de winter) en ervoor te zorgen dat er rekening wordt gehouden met hun bijzondere kwetsbare status;
- te zorgen voor meer plaatsen in de opvangcentra die voorbehouden worden aan en aangepast zijn voor alleenstaande vrouwen of mannen met kinderen en zulks gedurende het hele jaar (en vooral tijdens de winter);
- te zorgen voor meer aangename plekjes voor kinderen in de opvangcentra (speelzalen, eigen sanitaire voorzieningen, ...);
- het aantal plaatsen voor koppels en gezinnen in de opvangcentra uit te breiden voor het ganse jaar (en zeker tijdens de winter) om te voorkomen dat die gescheiden worden (zoniet verkiezen zij de nacht op straat door te brengen);
- te ijveren voor de oprichting van kleine en middelgrote opvangtehuizen opdat die gezellig zouden blijven en eenieder er zijn plaats zou vinden;
- om te voorkomen dat steeds meer vrouwen steeds langer op straat zouden leven, specifieke maatregelen (aangepaste plaatsen) te nemen voor jonge meisjes zonder vaste woonplaats (18-25 jaar); te zorgen voor een betere overgang tussen een verleden in instellingen (plaatsing) en autonomie (oprichting van aangepaste overgangsstructuren);
- het aantal transitwoningen uit te breiden met gewestelijke subsidies en erop toe te zien dat de transitwoningen aangepast zijn aan een gemengd publiek (afzonderlijke sanitair installaties) of niet gemengd zijn;

- de développer les logements supervisés pour les femmes sans-abri et de favoriser l'approche *housing first* (littéralement « logement d'abord »), pour ce même public. Il s'agit d'une démarche permettant à des personnes vivant à la rue d'avoir un accès direct, à bas seuil, au logement, avec un accompagnement psychosocial individualisé sur mesure;
- d'augmenter le nombre de lieux de vie (hébergements à bas seuil d'accès) destinés aux femmes « chronicisées » dans l'errance qui ne répondent pas aux conditions générales d'accès aux places en maison d'accueil ou logement privé;
- à côté des centres de jours pour hommes, de créer des centres de jours spécifiques aux femmes, de même que des installations sanitaires spécifiques (toilettes, douches, vestiaires, lessives ...);
- de mettre en place un accord de coopération avec la SNCB afin de garantir une offre minimale de sanitaires et de formuler une demande similaire à la STIB;
- de mener des campagnes de sensibilisation auprès du public sans-abri concernant les discriminations sexuelles (homosexualité, transsexualité) très prégnantes en rue, de même que des actions de prévention contre la violence et les agressions des femmes sans-abri;
- de renforcer les campagnes de prévention et de lutte contre les violences conjugales; de renforcer les moyens mis à disposition – et notamment dans les services d'urgence – pour dépister plus adéquatement les personnes victimes de violences conjugales et intrafamiliales; de développer et de promouvoir les services d'aide aux personnes victimes de violences conjugales et intrafamiliales;
- d'accorder une attention particulière aux épouses issues de l'immigration, isolées, victimes de violences psychologiques, d'humiliations et ne connaissant ni la langue ni le fonctionnement du pays d'accueil;
- de renforcer les services de médiation interculturelle notamment à destination des populations roms; de favoriser la mixité hommes-femmes de la profession;
- de soutenir le recrutement de traducteurs professionnels (H/F);
- de mettre en place une base de données de traducteurs (H/F) accessible gratuitement à tous les professionnels du secteur médical et associatif actif dans les domaines de la lutte contre la pauvreté et du sans-abrisme;
- de créer une base de données relative au surendettement propre à la Région de Bruxelles-Capitale incluant des gesuperviseerde woningen te ontwikkelen voor de dakloze vrouwen en voorrang te geven aan de *housing first* (letterlijk « huisvesting eerst ») voor datzelfde publiek. Dat is een initiatief dat mensen die op straat leven de kans geeft om een laagdrempelige toegang te krijgen tot een woning, met psychosociale begeleiding op maat;
- te zorgen voor meer leefplaatsen (opvang met laagdrempelige toegang) voor vrouwen die al lange tijd op straat leven en die niet voldoen aan de algemene toegangsvoorwaarden van de opvangtehuizen en de private huisvesting;
- naast de dagcentra voor mannen, specifieke dagcentra voor vrouwen met eigen sanitaire voorzieningen (toiletten, douches, kleedkamers, wasplaatsen) op te richten;
- een samenwerkingsovereenkomst met de NMBS te sluiten om een minimaanbod aan sanitaire voorzieningen te garanderen en een soortgelijk verzoek tot de MIVB te richten;
- bij de daklozen bewustmakingscampagnes te voeren over seksuele discriminaties (homoseksualiteit, transseksualiteit) die zich vooral op straat voordoen, alsook preventieacties tegen geweld en agressie tegen dakloze vrouwen;
- de campagnes ter voorkoming en bestrijding van partnergeweld uit te breiden; de ter beschikking gestelde middelen verhogen – met name voor noodopvang – voor betere opsporing van de personen die slachtoffer zijn van partnergeweld en geweld binnen het gezin; de diensten voor bijstand aan vooroemde personen uitbreiden en steunen;
- bijzondere aandacht schenken aan de echtgenotes die afkomstig zijn uit immigratie, die alleenstaand zijn, slachtoffer zijn van psychologisch geweld, van vernederingen en noch de taal, noch de werking van het onthaalland kennen;
- de diensten voor interculturele bemiddeling, onder meer voor de Roms, uit te breiden; de gemengdheid tussen mannen en vrouwen in het beroep te bevorderen;
- de aanwerving van beroepsvertalers (M/V) te ondersteunen;
- een gegevensbank van de vertalers (M/V) op te richten die gratis toegankelijk is voor alle professionals van de medische sector en de verenigingen die actief zijn in de strijd tegen armoede en dakloosheid;
- een eigen databank betreffende overmatige schulden te creëren voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, met

statistiques générées et anonymisées, dans le respect de la législation sur la protection de la vie privée.

### 3. Axe santé

Le Comité d'avis demande au Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et au Collège réuni :

- de soutenir la création de services ambulatoires mobiles en santé mentale mieux à même d'aller à la rencontre d'un public qui ne se déplace pas dans les consultations et notamment des personnes sans-abri;
- de renforcer le soutien à la maternité pour les femmes enceintes précarisées (aide matérielle, médicale et financière);
- de mettre en place des dispositifs permettant d'assurer un suivi médical à la sortie de l'hôpital pour les patients sans domicile fixe;
- de développer des initiatives et des espaces favorisant le bien-être et l'activité physique pour les nombreuses femmes dont la sédentarité imposée ou liée à la situation familiale a un impact sur la prévalence de l'obésité et des pathologies liées comme le diabète;
- de soutenir la mise en place de campagnes d'information/sensibilisation aux thématiques suivantes, en mettant l'accent sur le genre le plus touché selon les dernières études : suivi gynécologique, dépression; sur poids, anxiété, hypertension; diabète; tabac; alcoolisme et toxicomanie, suicide;
- de favoriser la création de lieux d'expression et de soutien pour les hommes qui souffrent de problème de santé mentale ou qui sont victimes de violences (soutien psychologique) et de soutenir la mise en place de campagnes d'information sur les lieux d'écoute qui leur sont destinés.

### 7. Vote

En date du 17 décembre 2012, le chapitre « santé et affaires sociales » est adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

*– Confiance est faite aux rapporteuses pour la rédaction du rapport (chapitre 4).*

*Les Rapporteuses,*

Céline FREMAULT  
Anne HERSCOVICI

*La Présidente,*

Dominique BRAECKMAN

anoniem gemaakte statistieken volgens het gender, met inachtneming van de wetgeving over de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

### 3. Gezondheid

Het adviescomité vraagt de Brusselse Hoofdstedelijke Regering en het Verenigd College :

- steun te verlenen voor de oprichting van mobiele ambulante diensten voor mentale gezondheid, die beter afgestemd zijn op een publiek dat niet naar raadplegingen gaat, met name daklozen;
- meer steun te verlenen voor zwangere vrouwen die in moeilijke omstandigheden leven (materiële, medische en financiële steun);
- voorzieningen op te richten voor medische begeleiding van patiënten zonder vaste verblijfplaats die het ziekenhuis verlaten;
- initiatieven en ruimtes te ontwikkelen voor het bevorderen van het welzijn en de fysieke activiteit van vele vrouwen die door hun gezinssituatie te weinig bewegen, wat kan leiden tot zwaarlijvigheid en ziektes die daarmee gepaard gaan, zoals diabetes;
- steun te verlenen aan informatie- en bewustmakingscampagnes inzake volgende thema's, met nadruk op het – volgens de recentste onderzoeken – meest kwetsbare gender : gynaecologie, depressie, overgewicht, angst, te hoge bloeddruk; diabetes; tabak, alcoholisme en druggebruik, zelfmoord;
- de oprichting te bevorderen van plaatsen waar mannen die lijden aan een mentaal probleem of onder geweld te-recht kunnen voor psychologische steun en steun te verlenen aan informatiecampagnes over dergelijke plaatsen.

### 7. Stemming

Op 17 december 2012 wordt het hoofdstuk « gezondheid en sociale zaken » aangenomen bij eenparigheid van de 11 aanwezige leden.

*– Vertrouwen wordt geschonken aan de rapporteurs voor het opstellen van het verslag (hoofdstuk 4).*

*De Rapporteurs,*

Céline FREMAULT  
Anne HERSCOVICI

*De Voorzitter,*

Dominique BRAECKMAN

0213/0241  
I.P.M. COLOR PRINTING  
☎ 02/218.68.00